

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS
PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE
PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN
SOCIAL, CASCO CENTRAL DE SAN JOSÉ,
III CUATRIMESTRE 2019.**

**KATHERINNE VANESSA MONNEY
CORDERO**

2019

TABLA DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.....	6
INDICE DE FIGURAS.....	7
RESUMEN.....	10
SUMARRY.....	12
CAPITULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1.1 Antecedentes del problema.....	15
1.1.1.1 Antecedentes internacionales.....	15
1.1.1.2 Antecedentes nacionales.....	20
1.1.2 Delimitación del problema.....	23
1.1.3 Justificación.....	23
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.3.1 Objetivo General.....	26
1.3.2 Objetivos específicos.....	26
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	26
1.4.1 Alcances de la investigación.....	26
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	26
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	29
2.1.1 Indigencia.....	29

2.1.1.1 Clasificación de la indigencia.....	29
2.1.2 Constructo de la salud.....	31
2.1.3 Salud mental.....	32
3.1.3.1 Determinantes de la Salud Mental.....	33
2.1.3.2 Autoestima.....	34
2.1.4 Sistema Nacional de Salud.....	36
2.1.4.1 Organizaciones de Bien Social.....	37
2.2 MODELOS Y TEORIAS.....	38
2.2.1 El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental de Phil Barker.....	39
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	46
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS Y OBJETOS DE ESTUDIO.....	47
3.3.1 Población.....	47
3.3.2 Muestra.....	48
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	48
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
3.4.1 Validez del cuestionario.....	48
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	51
CAÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	54
4.1 Generalidades.....	55

4.1.1 Datos Cuantitativos.....	55
4.1.2 Datos Cualitativos.....	80
CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	88
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	96
6.1 CONCLUSIONES.....	97
6.2 RECOMENDACIONES.....	98
6.2.1 Para las organizaciones de bien social, no gubernamentales.....	98
6.2.2 Para las autoridades asistenciales y docentes en enfermería.....	99
6.2.3 Para las instituciones gubernamentales.....	99
6.2.4 Para las universidades estatales y privadas.....	100
6.2.5 Para la sociedad.....	100
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ABREVIATURAS.....	108
ANEXOS.....	109
Anexo N°1 Agradecimiento.....	109
Anexo N°2 Declaración jurada.....	110
Anexo N°3 Carta de aprobación tutor.....	111
Anexo N°4 Carta de aprobación lector.....	112
Anexo N°5 Escala de Rosenberg.....	113
Anexo N°6 Consentimiento informado.....	114
Anexo N°7: Codificación de sentimientos, emociones y realidades.....	117
Anexo N°8 Instrumento.....	124
Anexo N°9 Validación cuestionario.....	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Distribución porcentual de la población encuestada según género, en el casco central de San José 2019.....	54
Tabla N°2 Distribución porcentual de la población encuestada según edad, en el casco central de San José 2019.....	55
Tabla N°3 Distribución porcentual de la población encuestada según nacionalidad, en el casco central de San José 2019.....	55
Tabla N°4 Distribución porcentual de la población encuestada según escolaridad, en el casco central de San José 2019.....	56
Tabla N°5 Distribución porcentual de la población encuestada según forma mayoritaria de gastar el dinero ganado en el trabajo, en el casco central de San José 2019.....	57
Tabla N°6 Distribución porcentual de la población encuestada según consumo de drogas lícitas o ilícitas, en el casco central de San José 2019.....	58
Tabla N°7 Distribución porcentual de la población encuestada según contacto con familiares, en el casco central de San José 2019.....	59
Tabla N°8 Distribución porcentual de la población encuestada que tiene contacto con su familia según ayuda económica, en el casco central de San José 2019.....	61
Tabla N°9 Distribución porcentual de la población encuestada según motivo que lo llevó a vivir en situación de calle, en el casco central de San José 2019.....	63
Tabla N°10 Distribución porcentual de la población encuestada según participación en actividades de bien social, en el casco central de San José 2019.....	63

Tabla N°11 Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima bajo en escala de Rosenberg según rango de edad, en el casco central de San José 2019.....	73
Tabla N°12 Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima medio en escala de Rosenberg según rango de edad, en el casco central de San José 2019.....	73
Tabla N°13 Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima alto en escala de Rosenberg según rango de edad, en el casco central de San José 2019.....	74
Tabla N°14 Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima baja en escala de Rosenberg según años viviendo en situación de calle, en el casco central de San José. 2019.....	78
Tabla N°15 Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima media en escala de Rosenberg según años viviendo en situación de calle, en el casco central de San José. 2019.....	78
Tabla N°16 Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima alta en escala de Rosenberg según años viviendo en situación de calle, en el casco central de San José. 2019.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución porcentual de la población encuestada según la tenencia de trabajo, en el casco central de San José, 2019.....	57
Figura N°2 Distribución de la población encuestada según la droga lícita o ilícita que consumen, en el casco central de San José, 2019.....	59
Figura N°3 Distribución porcentual de la población encuestada según la frecuencia de visita a su familia, en el casco central de San José, 2019.....	60
Figura N°4 Distribución de la población encuestada, que indicó tener relación con familiares, según el tipo de apoyo que reciben por parte ellos, en el casco central de San José, 2019.....	61
Figura N°5 Distribución de la población encuestada según los años de vivir en situación de calle, en el casco central de San José, 2019.....	62
Figura N°6 Distribución de la población encuestada, que indicó haber participado en una organización de bien social, según tiempo desde que participaron de las actividades de esta, en el casco central de San José, 2019.....	64
Figura N°7 Distribución de la población encuestada según el puntaje obtenido en la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.....	65
Figura N°8 Distribución de la población encuestada según interpretación en la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.....	66

Figura N°9 Distribución de la población encuestada que ha participado en Organizaciones de bien social según nivel de autoestima desde la interpretación de la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.....	67
Figura N°10 Distribución de la población encuestada que no han participado en Organizaciones de bien social según nivel de autoestima desde la interpretación en la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.....	68
Figura N°11 Distribución de la población encuestada con puntaje bajo en la escala de Rosenberg según escolaridad, en el casco central de San José, 2019.	69
Figura N°12 Distribución de la población encuestada con puntaje medio en la escala de Rosenberg según escolaridad, en el casco central de San José, 2019.	69
Figura N°13 Distribución de la población encuestada con puntaje alto en la escala de Rosenberg según escolaridad, en el casco central de San José, 2019.	70
Figura N°14 Distribución de la población encuestada con puntaje bajo en la escala de Rosenberg según su situación de trabajo, en el casco central de San José, 2019.....	71
Figura N°15 Distribución de la población encuestada con puntaje medio en la escala de Rosenberg según su situación de trabajo, en el casco central de San José, 2019.....	71
Figura N°16 Distribución de la población encuestada con puntaje alto bajo en la escala de Rosenberg según su situación de trabajo, en el casco central de San José, 2019.....	72
Figura N°17 Distribución de la población encuestada con puntaje bajo en la escala de Rosenberg según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.....	75

Figura N°18 Distribución de la población encuestada con puntaje medio en la escala de Rosenberg según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.....	76
Figura N°19 Distribución de la población encuestada con puntaje alto en la escala de Rosenberg según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.....	77

RESUMEN

Introducción: la vivencia conocida como situación de calle no es solo una problemática social, sino también un enigma para quien lo sufre, a nivel emocional y físico. La exclusión-social implica un deterioro importante de la condición integral del individuo, producto del consumo de múltiples drogas así como también factores emocionales, como la falta de autoestima, dignidad y sentido de la identidad, resultado de un profundo desconocimiento del rol y estatus dentro de la sociedad, de la dinámica cultural y económica de la comunidad en que vive y se desenvuelve estos individuos, es comprensible lo bajo que puede caer el nivel de salud mental de estas personas, debido a la poca atención que se les brinda en los ámbitos esenciales para la propia vida; encarnando la realidad de una población desfavorecida, ignorada y apartada de la sociedad, que en muchos casos pasan hasta el último instante de sus vidas desapercibidos, y que contribuye a la negación de una vida digna, larga y saludable del ser humano. **Objetivo general:** identificar el impacto en la salud mental de las personas en situación de calle que participan en programas de bien social, casco central de San José, III cuatrimestre 2019. **Metodología:** el estudio es mixto y se lleva a cabo utilizando una muestra de 20 personas mediante un instrumento de recolección que reúne ítems de elaboración propia, que evalúa características socioeconómicas, características de la situación de calle y redes de apoyo, junto con la Escala de autoestima de Rosenberg, que facilito la medición de bienestar como indicador de la salud mental. **Resultados:** el estudio revela la drogadicción como causante principal de la indigencia, siendo el crack la droga de mayor consumo; aspectos como la falta de apoyo afectivo y el estigma social, tratos inhumanos, discriminación y otras agresiones, son considerados como variables importantes para la autoconstrucción de la salud mental de las personas en situación de calle. Si bien la situación de calle propone grandes retos, el resultado del nivel de autoestima

de las personas que viven en indigencia es alta en la mayoría, siendo un hallazgo relevante y hasta poco esperable de encontrar en los entrevistados, contradiciendo completamente la percepción que se tiene sobre la vivencia de este tipo de personas y que supone la hipótesis de un posible sentimiento de comodidad de vivir en las calles, representado no solo un gran reto para las instituciones sino que también una amenaza a la salud tanto física como mental de la persona en situación de calle. Con respecto a la participación o no de esta población en organizaciones de bien social, no reflejo diferencia alguna en el sentido de bienestar el que participaran de forma frecuente. **Conclusiones:** se puede concluir que existe una deficiencia en el trabajo que actualmente se hace para atender a esta población, es necesario redirigir esfuerzos y replantear programas; sin embargo, se confirma la gran importancia que tiene la familia en la vida de las personas, siendo uno de los pilares, sino el más importante, en su equilibrio mental. La importancia de encontrar qué puede hacer que la persona en situación de calle encuentre motivación para seguir adelante, y que crea y confíe en sí mismo puede hacer a diferencia entre una vida digna y una en la que hasta las necesidades más básicas no son capaces de ser satisfechas.

Palabras claves: indigencia, autoestima, organizaciones de asistencia social, bienestar mental.

ABSTRACT

Introduction: the situation in the streets is not just a social problem but also implies social exclusion caused by the lack of self-esteem, dignity and sense of identity. Furthermore, it can highlight how low the level of mental health of a person can get due to the lack of attention that is given to them in the most essential areas of their lives. It represents the reality of a disadvantaged population, ignored and pushed back from society, that in most cases spends the last moments of their lives unnoticed, and contributes to the denial of a dignified, long and healthy life of a human being. **General objective:** to identify the impact that the participation in social programs in down San Jose has on the mental health of the homeless. **Methodology:** a mixed methods study that is carried out using a sample of 20 people that participated in a self-developed survey, which evaluates areas such as socioeconomic circumstances, the situation in the streets, support networks, and the Rosenberg self-esteem scale. **Results:** the study reveals a plethora of elements contributing to the living circumstances and mental health of the homeless, such as drug addiction (most notably to ‘crack’), which seems to be the principal cause of indigence, the lack of affection and support, social stigma, discrimination and inhumane treatment. Although the situation in the streets poses big challenges, the majority of the homeless that were interviewed were found to have a surprisingly high level of self-esteem. This was probably the most relevant finding in the study due to its complete contradiction of the assumed misery of these people and it shows the possible feeling of comfort with their living situation, which presents a huge challenge to the organizations trying to change their lives. How do you try to change the lives of people who do not necessarily want to be helped, despite their way of living posing large threats to their physical and mental health? **Conclusion:** it can be concluded that there is a deficiency in the work that is put in to practice to take care of the

homeless. It is necessary to redirect efforts and rethink the way programs are run. However, the huge importance that family has in a person's life is clear, being by far the most important pillar in their state of mental health. The importance of identifying what can make a person living in the street find motivation to move on and better themselves, and to believe and trust in themselves can make the difference between a dignified life and a life where even the most basics needs are not able to be satisfied.

Key words: indigence, homeless, self-esteem, organizations of social assistance, mental wellness.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

|

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

1.1.1.1 Antecedentes internacionales

La indigencia es un problema que va más allá de las implicaciones de no contar con el dinero para tener donde vivir o comer, sino que además se trata de las repercusiones a nivel de salud mental y física, así como los prejuicios, desprecios, la soledad, etc., que tienen sobre las personas que viven en situación de calle, y que lastimosamente a la gran mayoría no se les brinda la atención necesaria para poder sobrellevar el día a día o incluso poder cambiar su realidad.

Ortiz(1) menciona, en el documento presentado “Reconocer los factores de la no integración de las personas indigentes del centro de la ciudad de Guayaquil” del 2015, la pérdida de valores, de sensibilidad y humanismo de la sociedad hacia la problemática de la indigencia, en donde las personas en situación de calle no son tratadas con respeto debido a la falta de información y de educación que aumenta la brecha social de indiferencia.

La autora menciona que el 5% de las personas en situación de calle entrevistadas se encuentran satisfechas y felices con sus vidas actuales pero que la mayoría tiene una actitud negativa y sienten vergüenza hacia su condición de indigencia, abundando la ansiedad y depresión, sin embargo, a pesar de esto, el 75% indica sentirse capaz de desempeñar algún oficio y sentirse útil, solo necesitan una oportunidad de la sociedad, ciudadanos y estado, para encontrar un nuevo rumbo fuera de las calles.(1)

El trabajo de Ortiz Chica visibiliza la situación en cuanto a la falta de acción para el cambio de vida de estas personas que habitan en las calles, personas con grados académicos que podrían volver a sus campos de estudios o simplemente personas que quieren mejorar su condición de

vida; y que es deber de los ciudadanos y de los gobiernos del estado trabajar consciente e integralmente para disminuir poco a poco esa brecha de exclusión y así buscar la recuperación de la satisfacción de sus necesidades básicas oportunamente y el aumento de su autoestima y de esta forma la reinserción a la sociedad.(1)

Salamanca (2) hace mención, en su investigación del 2015 “Derecho constitucional a la salud: acceso de las personas indigentes a las prestaciones de salud en el sistema público”, de las dificultades, como la simple atención digna en los centros de salud, de las personas que viven en situación de calle de acceder a la seguridad social para la atención de su salud completa, a pesar de las promulgaciones y leyes que indican al estado chileno a cumplir con su obligación de garantizar la atención médica a toda la población, sumado a ello está la falta de medios que tiene esta comunidad para exigir su derecho ante el incumplimiento de las mismas, considerando que una adecuada atención en salud podría significar un gran cambio en las vidas de estas personas.

La dificultad en la atención de salud, física y mental, en la población en situación de calle es una barrera más que evita igualar las condiciones y derechos básicos que todas las personas, por su condición de seres humanos, tienen.

La autora indica los bajos aportes por parte del estado chileno a la salud, siendo de alrededor de un tercio del promedio de inversión de los países que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), visibilizando aún más las trabas con respecto a las posibilidades de obtención de la atención en salud que tienen los habitantes de la calle que no tienen otra opción, debido a su situación económica, que acudir a los reducidos servicios del estado.(2)

El documento presentado por Salamanca concluye que, a pesar de que se establece en la ley la responsabilidad del gobierno de velar por el cumplimiento del derecho fundamental a la salud de las personas que no cuentan con recursos económicos suficientes para tener acceso a prestaciones médicas, el gobierno no ofrece un mecanismo de defensa que permita a las personas en situación de calle exigir el cumplimiento de su atención, dejando de esta forma a miles de personas indigentes indefensas y desatendidas, muchas de las cuales requieren de un diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, tanto físico como mental, que les ayude a mejorar su situación actual.(2)

Gutiérrez(3) plasma en su trabajo de grado “De la indigencia en el Bronx al Plan distrital de desarrollo de Gustavo Petro (2012-2014)” del 2015 la intención que tiene el programa “Bogotá Humana” para la dignificación de los indigentes en la Calle del Bronx que se centra en una visión de inclusión, tratando de mejorar la relación del habitante de la calle y su entorno.

El autor menciona que, a pesar de contar con actores sociales como El Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), con la promoción de actividades artísticas y deportivas, el Centro de Atención Médica a Drogodependientes (CAMAD), que brinda atención psicológica a las personas en situación de calle, entre otros instrumentos que se brinda a la comunidad, la política de Petro, a corto plazo, no logra convencer a los habitantes de la calle, ya que muchos de ellos sienten desconfianza hacia el gobierno o incluso en muchos casos su adicción es tan grande que no ven posibilidad alguna de salir de las calles y se resignan a ella.

(3)

El documento evidencia la necesidad de trabajar en conjunto con la población, la creación de planes e instituciones no es suficiente si no se conoce de primera mano las necesidades e intereses de las personas, además, resalta la importancia de que cada esfuerzo se realice de forma

armónica y realmente con la intención de mejorar el problema de la indigencia entre cada entidad que trabaje para esta población, de manera que no solo se abarca la necesidad de comida o abrigo, sino que se trabaje desde la parte de la recuperación de la salud mental que juega un papel muy importante para la toma de decisiones de la persona a corto o mediano plazo. (3)

Pérez(4) indica en su investigación titulada “Los invisibles: personas en situación de calle en el proceso de reforma de atención en salud mental en Uruguay” del 2017 que las diferentes formas, a través de los años y contextos sociales, de referirse a estas personas que viven en las calles han hecho que la indigencia sea vista como un fenómeno de alta complejidad haciendo difícil de entender y buscar una solución, aún para las entidades designadas a trabajar con esta población, en donde se opta por soluciones homogéneas sin tomar en cuenta las individualidades del por qué están en las calles.

Pérez habla de la definición de exclusión como aquella ausencia de vínculos individuales, existiendo poca o nula socialización, en una sociedad de valores y derechos, pero también hace referencia a la exclusión en cuanto a las políticas sociales que no son capaces de satisfacer las necesidades de cada individuo; esta exclusión social desencadena un sentimiento de vulnerabilidad en la persona, lo que produce consecuencias psicológicas importantes que no son tratadas por los programas sociales habituales. (4)

En el documento se expone la actualidad en cuanto a la atención integral a las personas en situación de calle en Uruguay, en donde brinda ejemplos como el Programa de Atención a los Sin Techo (PAST), propuesto por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el cual ofrece servicios básicos como higiene, alimentación y un lugar donde dormir, pero también en consejería para orientarles a estructurar un plan de vida para poder reincorporarse a la sociedad, así como el Centro Cultural Urbano, que es un espacio en donde las personas sin hogar forman

parte de distintos talleres artísticos en donde pueden expresar sus sentimientos y pensamientos y de esta forma sacarlos de la rutina y crear un interés fuera de las calles. (4)

El investigador menciona por último que es necesario crear espacios que permitan una transformación de las lógicas capitalistas de la serialización de la subjetividad a una singularización subjetiva creando modos que modifiquen los valores ya establecidos en otros propios y particulares, esto mediante el calor de las relaciones sociales, la manera de desear, por una afirmación positiva de la creatividad, por una voluntad de amar y por una voluntad simplemente de vivir o sobrevivir, en donde por solo hecho de intentar o pensar otros modos de existencia ya se rompe el paradigma del diario vivir.(4)

Lo anterior se refiere a la necesidad en los actores sociales, gobierno e instituciones de cambiar la forma en que se ve la problemática de la indigencia, que no solo son personas adictas al alcohol o drogas, sino que son personas con un pasado, una historia de vida y situaciones que desequilibraron su salud, física pero sobre todo mental, y que los llevaron a lo que ahora es su situación de calle; y que de esta forma no requieren solo de un abrigo, techo y comida, sino que necesitan compañía, comprensión, consejería y apoyo para salir de las calles.(4)

Rodríguez(5) plasma en el documento de investigación “La salud en población urbana argentina desde una mirada multidimensional de la pobreza” del 2018 la brecha en salud tan amplia entre las personas sin limitaciones económicas y aquellas que viven en las calles, tomando en cuenta el estado de salud, la atención de salud y los hábitos saludables.

La autora menciona que a pesar de que en la población no pobre se encuentran padecimientos crónicos de carácter psicológico la cantidad de casos se triplica en la población indigente, como lo son estados de agitación, inquietud, desesperanza, tristeza, cansancio y nerviosismo en cada

1 de 2 personas en situación de calle; además, a pesar de que la población argentina tiene altos niveles de malestar psicológico las consultas de salud mental, en general, son muy poco frecuentes, en donde solo 1 de cada 10 adultos han recibido atención psicológica o psiquiátrica, posibilidad de recibirla que decrece grandemente en los indigentes.(5)

Rodríguez evidencia que en aquellos hogares cuyos ingresos los identifican como indigentes el consumo de alcohol y otras drogas es mayor, siendo de un 2,6% en hogares sin limitantes económicas a un 10% en hogares catalogados como “indigentes”; y de igual forma otros puntos como el fumado, calidad de sueño y actividad física dejan en desventaja al habitante de la calle.(5)

Este último antecedente concluye que esa brecha entre los pobres y no pobres es una deuda que sigue pendiente desde el ámbito desarrollo y derechos humanos, y que es necesaria la implementación de políticas públicas integradas que no solo velen por cumplir con el derecho a la salud física y mental, sino que también garanticen el cuidado y desarrollo efectivo de las capacidades humanas en condiciones de equidad, y además políticas dirigidas a mejorar los factores conductuales, estilos de vida, considerando que no son elecciones individuales sino que están condicionadas socialmente. (5)

1.1.1.2 Antecedentes nacionales

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021(6), 2012, busca conducir a actores sociales a promover la salud mental, prevenir enfermedades, brindar atención y rehabilitar a las personas con trastornos mentales, fundamentado en derechos humanos, integración, inclusión social, entre otros enfoques para atender la salud de los costarricenses, reconociendo que no hay salud física sin salud mental.

El documento señala que situaciones como la pobreza, los conflictos y la violencia social, entre otros, impactan directamente sobre la salud mental, además menciona otros factores como lo son los determinantes sociales, económicos y culturales que van muy de la mano con la problemática de la indigencia ya que evidencia que aspectos como hábitos alimenticios, existencia de redes de apoyo, ingreso económico, empleo, recreación, nivel de satisfacción de necesidades básicas, entre otros, afectan a la condición del habitante de la calle, que claramente se encuentran en desventaja, y pueden llevar a un desequilibrio e incluso padecimientos mentales. (6)

Este tipo de programas son una necesidad para todas las personas en donde aquellos que viven en situación de calle no son la excepción, ya que de esta forma las instituciones y organizaciones dedicadas a esta población pueden abordarlos de la forma más adecuada para restaurar su salud mental y de esta forma orientarles a una mejor toma de decisiones.

La Política Nacional: atención integral para personas en situación de abandono y situación de calle(7) del 2016 es un plan cuyo objetivo es buscar garantizar derechos a las personas en situación de abandono y calle mediante la corresponsabilidad entre las instituciones, organizaciones de sociedad civil, gobiernos locales y empresa privada, y estrategias de desarrollo humano, inclusión social y salud integral.

En esta política se mencionan datos del Sistema de Información de la Población Objetivo (SIPO) que indican, para este documento, que en San José hay alrededor de 1176 personas en situación de calle, representando el 65%, le sigue Limón con 229 personas, 13%, y de tercero la provincia de Alajuela con 115 personas, o sea 6%, seguido de Cartago con 112 personas, Heredia 79, Guanacac 78 y por último Puntarenas con 36 personas en situación de calle, del total de 1825 habitantes de la calle el 87% son hombres y el restante 13% son mujeres.(7)

Un dato importante que se menciona en este documento es que, dentro de esta encuesta realizada por el SIPO, se encuentra que solo el 5% del total de los indigentes presenta una limitante mental permanente, un 4% una limitante física permanente y otro 5% presenta una limitante física temporal, lo que demuestra que esta población, a pesar de parecer porcentajes bajos, realmente necesita de una atención integral y multisectorial.(7)

La indigencia es un fenómeno complejo en donde la persona que vive en ella, además de pasar por situaciones de vida que los llevaron a la calle, se enfrenta a situaciones de desigualdad que los dejan en desventaja con la sociedad y de alguna u otra forma su autoestima por los suelos, para abordar esta problemática es esencial conocer la situación de calle a fondo para así establecer los recursos necesarios para combatirla y asegurarle una mejor calidad de vida a las personas que se encuentran en indigencia.

Phillips (8) describe en su investigación “Factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad en el Gran Área Metropolitana II cuatrimestre 2018” los factores socio-personales, familiares, de amistad e institucionales de las personas que viven en situación de calle, plasmando así una cara más profunda de la problemática de la indigencia que brinda un mejor entendimiento del perfil de estas personas para el futuro abordaje de esta situación.

Los resultados de la investigación, además de indicar características personales como género, edad, educación, etc; revelan que la mayoría de las personas entrevistadas al preguntárseles sobre cómo se describen se consideran amables, humildes y agradecidos, así como sentirse realizados, queridos y felices consigo mismos.(8)

Los aspectos familiares también son evaluados, dando como resultado que muchas de las personas en situación de calle tomadas en cuenta para la investigación refiere no contar con el apoyo familiar o de otros para enfrentar sus problemas, no sintiéndose importante para sus familiares; y por último, desde la parte institucional los participantes refieren no recibir ayuda por parte del gobierno.(8)

Phillips (8) considera aspectos como el autoconcepto y la autoestima que son considerados parte esencial para una salud mental adecuada, además la familia y el estado son fundamentales como redes de apoyo para la rehabilitación del indigente y su salida de las calles de forma que se puedan reincorporar de manera adecuada a la sociedad.

1.1.2 Delimitación del problema

Los investigados son 20 personas en situación de calle, mayores de edad, que habitan en el casco central de San José, de los cuales 10 de ellos han sido participes de alguna organización de bien social y las otras 10 personas no, para poder identificar el impacto que tienen estas organizaciones en la autoestima del habitante de la calle.

1.1.3 Justificación

La indigencia, del latín *indigentia*, es definida por la Real Academia Española(9) como la falta de medios para alimentarse, vestirse, etc., y es conocida popularmente con sinónimos como deambulante, mendigo o vagabundo. Esta condición de pobreza extrema es una problemática de la que se podría decir todas las personas están al tanto, un familiar, un conocido o simplemente una persona que se encuentra en el camino representa la realidad de una población desfavorecida, ignorada y apartada de la sociedad, que en muchos casos pasan hasta el último

instante de sus vidas desapercibidos, que contribuye a la negación de una vida digna, larga y saludable del ser humano.

El indigente representa, no solo una problemática social, sino que también asume a la exclusión social que implica la falta de autoestima, dignidad y sentido de la identidad; por lo tanto, también puede llegar a representar lo bajo que puede caer el nivel de salud mental de una persona, debido a la poca atención que se les brinda en los ámbitos esenciales para la propia vida.

La salud mental es esencial para el aprovechamiento total de las capacidades de un individuo, para poder desenvolverse en el medio y vivir su vida al máximo, es por lo que una de las alternativas para buscar solución a la problemática de la indigencia, en vez de acudir al asistencialismo como única forma de ayuda al indigente, es conociendo la historia de vida de la persona, creando verdaderas conexiones y trabajando con ella en la creación de estrategias y espacios que se adapten a sus necesidades e intereses, que a su vez pueden mejorar y/o maximizar su estado de salud.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se dicta, en el artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”(10)

El gobierno y la sociedad se compromete, con respecto al artículo anterior, a sumar fuerzas para combatir esta problemática con la creación de entes o instituciones que puedan mejorar el panorama de vida de esta población, por ejemplo, la Comisión de Atención al Indigente del

Cantón Central de San José (COMAICSJ), Política Nacional Atención integral para personas en situación de abandono y situación de calle 2016-2026, la designación del IMAS como ente coordinador en materia de pobreza e indigencia, Chepe se Baña, organizaciones no gubernamentales, entre otros; sin embargo, no se conoce con certeza el impacto a la salud que se obtiene en los habitantes de la calle al ingresar y formar parte de estos programas.(11)

La persona en indigencia sufre de las implicaciones que conlleva el vivir en las calles como lo son la soledad, el hambre, el frío, la incomodidad del pavimento, la suciedad, entre otras, son condiciones que ninguna persona debería estar experimentando, pero que las viven por no contar con el apoyo necesario, muchas veces en salud mental, para superar la situación de calle; es por lo que la investigación explorará los beneficios o no beneficios en su salud mental, específicamente autoestima, del abordaje de las personas en situación de calle que han asistido a alguna Organización de Bien Social.

La indigencia es una situación presente desde hace miles de años, aún en la actualidad, que no ha podido ser disminuida, es por lo que mediante esta investigación se marca como meta visibilizar la experiencia y perspectiva del habitante de la calle para así poder usarla como realimentación de estos programas e instituciones de bien social y así brindar a las autoridades nuevas soluciones efectivas y eficaces de atacar este mal social.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto en la salud mental de las personas en situación de calle que participan en programas de bien social, 2019?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar el impacto en la salud mental a través del nivel de bienestar de las personas en situación de calle que participan en programas de bien social, 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la condición socio-económica del habitante de la calle.
- Conocer su vivencia personal de ser un habitante de la calle
- Explorar la condición de salud mental de los habitantes de la calle participantes de la investigación a través del nivel de bienestar expresado
- Establecer las posibles diferencias en el estado de la salud mental de aquellos usuarios que participan en programas de bien social de aquello que no participan

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

El alcance obtenido en esta investigación es que se logra reflejar el rostro humano de la población en situación de calle, al hablar de su perspectiva en indigencia, casco central de San José, III cuatrimestre 2019.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Como limitante de la investigación fue la emergencia mundial de la pandemia del Covid-19, resultando en la recolección de solo 20 entrevistas; de igual forma la razón de hacer la investigación mixta fue de trabajar primeramente en conjunto con una ONG determinada que

contaba con menos de 100 participantes, pero que posteriormente se tuvo que modificar debido a los cambios en protocolos de la misma, resultando en el trabajo dentro de la misma línea, pero con un cambio en el objetivo principal.

.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

|

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Indigencia

La indigencia, del latín *in*, no, y *digiere*, disponer, es un fenómeno que se encuentra en todo el mundo por lo que es claro que la forma de referirse y definición de la misma puede variar de un lugar a otro y de un idioma a otro, por ejemplo en español se le conoce como “situación de calle”, “habitantes de la calle”, “vagabundos”, “mendigos”, etc., en italiano “*senza dimora*”, en francés “*sans domicile fixe*”, en portugués “*moradores de rua*” y en inglés “*homeless*”. (12)

En el diccionario de Oxford(13) se encuentra el significado de “*homeless*” como “(of a person) *without a home, and therefore typically living on the streets*”, o sea una persona sin hogar, que por ende típicamente vive en las calles; y por otro lado, la Real Academia Española(9) define indigencia como “falta de medios para alimentarse, para vestirse, etc.”.

La problemática de la indigencia comprende diferentes formas de entenderla, su concepto abarca la cultura e idiosincrasia de cada país, la definición contempla la falta de vivienda física, así como la carencia de medios, dinero, para poder sustentar necesidades humanas básicas; por lo que lo más adecuado es tomar en cuenta las dos definiciones, ya que si se decidiera usar sólo una resultaría excluyente.

2.1.1.1 Clasificación de la indigencia

Nieto y Koller(12), en el 2015, hacen mención de unas categorías creadas por Terry Burke en donde se divide la indigencia en dos niveles, el primero sería la habitabilidad en la calle absoluta que se refiere a aquellas personas que viven en completa marginalidad viviendo en las calles, debajo de puentes o en edificios abandonados, y el segundo sería la habitabilidad en la calle relativa, que se divide a su vez en tres niveles más, personas que viven entre diversas formas de

alojamiento temporal como refugios, casas de huéspedes, hostales o casas de amigos; personas obligadas a vivir permanentemente en habitaciones individuales en pensiones privadas; y personas que tienen una “casa” con cuatro paredes y un techo pero que carece de condiciones mínimas de seguridad y de ciertos estándares propios de una vivienda humana.(12)

Caamal y Cahum(14), 2016, mencionan otra clasificación de las personas que viven en situación de calle, en donde se divide a los indigentes, entre aquellos sanos física y mentalmente pero que no cuentan con estudios o preparación alguna para desempeñar un trabajo, aquellos que tienen alguna discapacidad física, aquellos que son ancianos que carecen de familia y que son incapaces de velar por sí mismos, los indigentes alcohólicos y farmacodependientes sin discapacidad mental y por último aquellas personas que viven en las calles que tienen un padecimiento psiquiátrico.

En el documento anterior también se menciona que otra forma de clasificar a los indigentes es en 1)clásica o típica, que son aquellas personas que deambulan en la calle sin rumbo alguno, sin lazos familiares y que viven en condiciones antihigiénicas; 2)la indigencia funcional que son aquellas personas que cuentan con familia pero que se presentan como indigentes clásicos debido a su adicción a las drogas o el alcohol, y por ultimo 3)los indigentes institucionalizados que son aquellos albergados en instituciones públicas o privadas.(14)

La clasificación de la indigencia se hace necesaria para el correcto abordaje de cada persona que se encuentra en situación de calle ya que de esta forma se puede atender y tratar de acuerdo con sus capacidades y cualidades, características, fortaleza y debilidades.

2.1.2 Constructo de la Salud

Ideologías y corrientes de pensamiento han influenciado a través del tiempo a que las sociedades, tradiciones y creencias hayan estado cambiando periódicamente en todo el mundo, y lo que se entiende por salud no es la excepción; las prácticas para evitar caer en la enfermedad han existido desde los tiempos primitivos, sin embargo, presentan muchas diferencias a las que la mayoría de las personas del mundo aceptan y utilizan en la actualidad.

Sandoval, Vyhmeister y Parada(15), en el artículo “Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario” del 2018, explican que desde los griegos, con *Esculapio*, dios de la salud, y sus hijas *Pancea*, diosa de la curación, e *Hygea*, diosa del arte de estar sano y de donde proviene la palabra higiene, la salud era entendida por los filósofos griegos como un don de los dioses.

Los romanos dejaron de lado, conservando principios de higiene de los griegos y egipcios, el misticismo y tuvieron una visión más objetiva y amplia de la salud en donde le sumaron la mente, “mente sana, cuerpo sano”, y en donde Galeno consideró la libertad de pasión e independencia económica como requisitos para una vida con saludable, sumándole un mayor peso a la definición de salud e incorporando de una manera muy superficial la salud mental.(15)

El espíritu es visto, durante la edad media, como el elemento principal de la salud y la enfermedad física producto del castigo por pecados cometidos; hacia el siglo XV y XVI una mezcla de conocimiento de europeos y americanos surgió debido al descubrimiento del “Nuevo Mundo”, y en el siglo XVIII la importancia de la salud mental volvió a ser tomada en cuenta, de tal forma que se empezó a realizar acciones para impulsarla y promocionarla, y por otro lado debido al movimiento de la iluminación la educación, en este caso en salud, toma gran

importancia viéndose al hombre como un ser racional, único responsable de generar cambios en sí mismo pero necesitado de información para hacerlo. (15)

El estado de salud y las condiciones de vida de una persona son necesarias de relacionar finalmente, surgiendo de esta forma en el siglo XIX los determinantes de salud, y para el siglo XX surgen los enfoques biomédico, comportamental y socioeconómico que le dan una visión más holística y completa al proceso salud/enfermedad, enfoque que siguen en práctica aun en la actualidad.(15)

2.1.3 Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud(16) (OMS), en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” que se refiere al uso total de las capacidades físicas y mentales para desenvolverse funcionalmente en la sociedad, siendo un derecho fundamental para todos los seres humanos sin distinción alguna.

La Salud Mental es entonces, según el *Mental Health Action Plan 2013-2020*(17), el estado de bienestar en donde el individuo es capaz de explotar sus habilidades, puede lidiar con el estrés normal de la vida, puede trabajar productiva y eficazmente y es capaz de contribuir en su comunidad.

La salud mental es un concepto un poco abstracto o subjetivo, como se ha mencionado anteriormente, ya que se pueden encontrar varias definiciones de la misma pero que entre ellas se complementan, como por ejemplo, La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021(6), que agrega que es el proceso de bienestar caracterizado por la autorrealización, autoestima, la

autonomía y la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos, de esta forma delimitando y haciendo aún más claro lo que se entiende por salud mental.

2.1.3.1 Determinantes de la Salud Mental

El estado de salud se relaciona hasta el siglo XIX, como se menciona anteriormente, con los estilos de vida y el entorno en el que la persona que pasa por un proceso de salud-enfermedad se desenvuelve y es así como surgen los denominados determinantes de la salud, una forma más completa de estudiar y comprender de donde surgen los problemas de salud de la población.

El modelo explicativo de la producción social de la salud mental se desarrolla a partir de lo anterior, en donde Marc Lalonde en 1974 describe cuatro grupos de factores que mejoran o amenazan, siendo modificables o no, el estado de salud de una persona, determinando que su condición de salud mental depende de la parte biológica, cultural, social y ambiental.(6)

Los determinantes biológicos son aquellos elementos de aspecto orgánico de la persona, lo referente a la herencia genética que no es modificable, entre los más llamativos dentro de la salud mental, están los aspectos patogénicos como los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos del desarrollo y los procesos demenciales tipo Alzheimer.(6)

Los determinantes ambientales se refieren al ambiente humano que modifica el estado de salud de la persona, donde ella vive, como por ejemplo la seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, zonas verdes para el esparcimiento, la recreación, el deporte, etc.(6)

Los determinantes sociales, económicos y culturales toman en cuenta aspectos sociales y económicos en las que se desenvuelven la persona, incluye estilos de vida, hábitos alimenticios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, tipos de familia, recreación, organización social y

existencia de redes de apoyo, ingreso económico, nivel educativo, empleo, estrés, emociones, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones, entre otros.(6)

Los determinantes sociales son los que más influyen en la salud y que son los más modificables mediante actividades de promoción y prevención, además, son de gran importancia en la investigación ya que son los que más se relacionan con la situación de calle.(6)

Los determinantes de sistemas y servicios de salud comprenden, por último, el acceso, equidad, cobertura de atención, personal de Salud Mental, calidad, oportunidad, uso, disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, medicamentos y organización de los servicios, etc. A pesar de ser los determinantes que menos influyen en la salud estos son necesarios para la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades mentales (6)

2.1.3.2 Autoestima

Silva y Mejía(18), en el documento “Autoestima, adolescencia y pedagogía” del 2016, definen la autoestima como una actitud interna con la que los individuos se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciban dentro del mundo, en donde todas las personas tienen una imagen propia y una de su relación con el medio en el que se desarrollan, esto mediante valores y objetivos meta que definen la apreciación y valoración de ellos mismos.

El concepto que se tiene de sí mismo es construido día a día basándose en pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias a lo largo de toda la vida, dentro de la construcción de la autoestima se encuentran algunos elementos de la persona que lo conforman como lo son la autoeficacia, autodignidad, el autoconcepto y la autorrealización.(18)

La autoeficacia se refiere a cuando la persona es capaz de juzgar que tan eficaz es, siendo una motivación intrínseca para poder ajustar su conducta en función de logros que quiera alcanzar,

es importante que una persona se sienta autoeficaz para que de esta forma este motivado, dejando de lado fracasos anteriores y dando más importancia a los logros por más pequeños que sean, a intentar hacer todo lo que se proponga.(18)

El segundo elemento es la autodignidad que significa, dignidad siendo el valor interno por la razón de ser un ser humano, el reconocimiento propio del valor mismo en donde se afirme el derecho a vivir, ser feliz y conocer de lo que se es merecedor a aspirar, reconociéndose como sujeto único y como miembro de una sociedad.(18)

El autoconcepto hace referencia a la concepción o creencia de sí mismo: ¿quién soy yo? Tiene que ver con la identidad que la persona construye para su propia consciencia pero que, a pesar de ser construido por ella misma, la visión que tengan los demás influye notablemente en su autoconcepto.(18)

La autorrealización, finalmente, es el estado de plenitud y felicidad que siente una persona al haber alcanzado todos su planes y deseos máximos, sin embargo, es importante mencionar que la autorrealización no se termina de obtener ya que cada vez que una meta esta cerca de cumplirse nuevas se crean, siendo evolutiva.(18)

La autoestima pasa, durante su formación, por cuestiones sociales, lo que permite entender que el soporte social, familia, amigos y conocidos, es vital en la composición de cómo el individuo se percibe.

2.1.4 Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud, según el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud(19) del 2011, es el conjunto de instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, que tienen como una de sus finalidades proteger y mejorar la salud de la población, independientemente si obtienen o no algún reconocimiento económico.

El Sistema Nacional de Salud está conformado, además de las instituciones que conforman el Sector Salud como el Ministerio de Salud (MINS) , Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Dirección Nacional de Centro de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CENCINAI) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS); por los servicios de salud privados, organizaciones comunitarias, universidades, municipalidades, organismo de cooperación internacional, instituciones de bien social no gubernamentales , y la población en general.(19)

La Política Nacional de Atención Integral para personas en situación de abandono y situación de calle (7) menciona que dentro de las instituciones que trabajan con y para las personas indigentes se encuentran las siguientes:

-Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia es un órgano adscrito del Ministerio de Salud cuyo trabajo es el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas, y cuya misión es mejorar las condiciones de vida de las personas por medio de intervenciones en promoción de la salud mental y preventivo-asistenciales para modificar hábitos y actitudes para desarraigar el consumo de drogas y minimizar sus riesgos y consecuencias, brinda servicios de atención interdisciplinaria y

farmacológica de manera gratuita a toda la población, incluidas las personas en situación de calle.(7)

-El Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) tiene la finalidad de coordinar, diseñar e implementar políticas, planes y estrategias para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de las personas farmacodependientes.(7)

-El Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) es el ente rector de políticas nacionales a favor de las mujeres, su trabajo con la población femenina en situación de calle ha sido la aplicación de un diagnóstico de necesidades y capacitación del personal del Centro Dormitorio de San José, y la formación en el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos.(7)

-El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) tiene como fin acabar con la pobreza extrema mediante la planeación, dirección, ejecución y control del plan nacional destinado a dicho fin. El IMAS se encarga, por medio el Área de Acción Social y Administración de Instituciones (AASAI), de servir de vínculo entre el Estado Costarricense y las organizaciones de bien social para su dirección técnica, supervisión, financiamiento, fiscalización económica y coordinación.(7)

2.1.4.1 Organizaciones de bien social

Una institución de bien social es aquella asociación sin fines de lucro constituida de forma voluntaria con el propósito de apoyar a personas en condición de pobreza extrema y pobreza básica. (20)

Entre las organizaciones de bien social más populares se encuentra:

-El Ejército de Salvación, desde 1907, tiene la finalidad de mejorar las condiciones económicas y de educación de las personas con mayores necesidades, por medio de proyectos como el

programa de rehabilitación centro modelo, ubicado en la Unión de Cartago, y el programa de atención a personas en situación de indigencia, Refugio de la Esperanza, que actualmente brinda el servicio de alimentación a esta población.(7)

-La Asociación Misionera Club de Paz es un centro que por medio de recurso material, acompañamiento emocional, espiritual y programas de rehabilitación se propone mejorar la calidad de vida de las personas en situación de calle, consumidores de alcohol y otros que asisten a la obra social La Puerta Abierta.

-La Asociación Hogar de Indigencia el Buen Samaritano desde 1993 brinda el servicio de baño y alimentación a la población en situación de calle de Alajuela.(7)

-La Asociación Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente, ubicado en Tirrases de Curridabat, es una institución que surgió del interés y la preocupación de personas rehabilitadas de Alcohólicos y Anónimos por la población adulta mayor, desde 1995 ha atendido alrededor de 520 personas en esta situación teniendo un 85% de recuperación.(7)

-Hogar Casa de Reeducción de Adictos (CREA): es una institución sin fines de lucro que desde 1984 se dedica a la rehabilitación de personas que padecen de drogadicción y alcoholismo y cuyo trabajo se basa en la superación de fases para poder lograr la reeducación del individuo enfatizando que la persona debe ser la que se proponga a avanzar en el programa, tener respeto propio y ser un miembro útil para la sociedad.(21)

2.2 MODELOS Y TEORÍAS

La historia de las enfermedades mentales se remonta desde la antigüedad, demostrada en textos griegos y egipcios, pero es hasta finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, gracias al impulso

humanístico y el movimiento reformista de la Psiquiatría, que inicia la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos y con esto la Enfermería Psiquiátrica, y es que en 1880 se crea la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América y dos años más tarde egresan las primera enfermeras especialistas en este campo.(22)

Linda Richards, Mary Davis y May Kennedy son grandes pioneras de la Enfermería Psiquiátrica que enfatizaban en la necesidad de mejorar el nivel de comprensión y de intervención integral para tratar a cualquier tipo de usuario, desde entonces la enfermería en este campo ha tenido un gran avance como producto de la actividad investigativa con la formación de postgrados y la creación de modelos conceptuales y teorías de enfermería, facilitando establecer indicadores de calidad para la atención en salud mental. (22)

Los modelos conceptuales refuerzan la identidad de la enfermería creando un pensamiento y un lenguaje compartido, y es que con el desarrollo de la enfermería como ciencia se hace necesaria la fundamentación teórica de la práctica que sustente su ejercicio profesional.(22)

2.2.1 El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental de Phil Barker

Phil Barker nace y crece en la costa escocesa y se desarrolla como pintor, escultor y filósofo en su juventud, conocimientos que sirven de base, como las filosofías orientales, con la idea de la crisis como oportunidad de cambio, mezcladas con su pasión por el agua y su futuro desarrollo en la enfermería, para así crear su modelo teórico. (23)

Su “océano de experiencias” toma un nuevo rumbo después de haber iniciado como auxiliar en un manicomio en 1970, en donde su interés por la dimensión humana, las experiencias vividas y las historias de personas con estrés emocional lo llevan a interesarse por la enfermería, consiguiendo diplomarse en 1974.(23)

Después de realizar su doctorado en 1980 es que Baker inicia a sentir curiosidad acerca de la vida y de los individuos con los que trabaja, cuestionándose acerca del abordaje que se le da a una persona que experimenta un sufrimiento extremo, la pérdida del yo o una crisis espiritual y en donde en lugar de limitarse a cuidarles o tratarles, él se propone descubrir y aprender qué era lo que llevaba a esas personas a padecer su sufrimiento, y es en 1993, siendo catedrático de la *Psychiatric Nursing Practice* en la Universidad de Newcastle que desarrolla su Modelo de la Marea en la Recuperación, siendo el centro de su modelo el conocimiento de las historias de los usuarios. (23)

Fuentes teóricas

La vida se compone de una travesía de experiencias, buenas y malas, que a medida que suceden son precedente del futuro que espera, es una cadena de situaciones que se entrelazan para contar la historia de vida de una persona, en donde un simple cambio, en un momento difícil, puede hacer la diferencia que esta necesita para mejorar.

El modelo de la marea es un método filosófico, en donde se destaca la importancia de conocer las necesidades y la historia de vida de la persona, que ayuda a entender que significa para ella su salud mental y como se le puede ayudar a recorrer el viaje hacia su recuperación, por esto, el modelo de la marea en la recuperación no se es prescriptiva, sino que se compone de principios que sirven como guía para el profesional para desarrollar aquellas respuestas que satisfagan la necesidad individual y contextual del paciente.(23)

El agua es la metáfora principal que hace referencia a la experiencia de vida de la persona y al sistema de cuidados que se ven asistidos por la enfermera, la conducta y la experiencia humana puede compararse con el flujo y el poder del agua, como en la teoría del caos en donde las

mareas van y vienen sin patrón alguno, y que un simple cambio puede crear otros impredecibles.(23)

La naturaleza del ser humano se presenta en los planos físico, emocional, intelectual, social y espiritual haciéndose necesaria una relación enfermero-paciente genuina relacionándose de forma directa a la experiencia continua de la persona, proceso llamado puente, para así crear una forma en la que la persona sea capaz de poder “cruzar las aguas turbias” de su malestar.(23)

El modelo Tidal o de la Marea está inspirado en filosofías orientales, por ejemplo, la filosofía budista de Shoma Morita, en donde se deja de lado la trillada resolución de problemas y explica que en vez de querer cambiarse a uno mismo o al problema que lo aqueja en ese instante es necesario, para mejorar la situación en la que se vive, poder preguntarse ¿Cuál es mi objetivo en la vida y qué debo hacer ahora para poder alcanzarlo?(23)

Barker coincide con Thomas Szasz que la vida es algo que debe vivirse de la mejor manera que se pueda en vez de tratar de resolver los problemas para vivirla, ya que la vida no es un problema para poder solucionarla, de aquí que el reto de enfermería, entendiendo que hay varias formas de entender el mundo, es ayudar a las personas a vivirla de forma inteligente y competente, en donde es posible mejorar el estilo de vida y situación de la persona mediante el empoderamiento de la misma, aumentando su fortaleza personal y no centrándose en los problemas. (23)

El modelo de la marea se compone de 10 compromisos, valores esenciales, que tanto el cuidador como el paciente deben asumir para llevar a cabo el viaje hacia su recuperación:

-Valorar la voz: en el modelo creado por Barker se busca alentar a que el paciente sea capaz de contar su historia de vida, de principio a fin, en donde no solo sea respecto al problema de salud

mental que le aqueja, sino que también comparta sus expectativas en cuanto a la resolución que espera obtener. (23)

-Respetar el lenguaje: se alienta a que la persona pueda contar su historia con sus propias palabras y formas únicas de expresarse, ya que por si solo su lenguaje representa quién es, respetando su singularidad. (23)

-Desarrollar la curiosidad genuina: por lo general, el profesional suele interesarse simplemente por lo que está mal y necesita ser resultado, sin embargo, este no es el objetivo del modelo de la marea, por lo que en este caso se debe de mostrar un interés genuino para conseguir que el usuario pueda abrirse lo suficiente y sentir esa confianza para ser un “libro abierto” y poder entender mejor a quien explica la historia y la historia. (23)

-Llegar a ser el aprendiz: Los usuarios son los únicos expertos en sus historias de vida, por lo que si el profesional de enfermería quiere conocer su poder este debe ser el aprendiz. La idea de que la persona está totalmente a cargo de sí misma es una premisa fundamental. (23)

-Utilizar el equipo de herramientas disponible: a través del relato de historia de la persona se puede conocer qué no ha funcionado y que podría funcionar para su futuro, y es precisamente esto lo que se debe usar como herramienta para así crear un método de trabajo hacia la recuperación de la salud mental. (23)

-Trabajar un paso más allá: si bien el cuidador y el usuario deben trabajar juntos, el ir un paso más allá hace referencia a realizar el primer paso, trabajar en el ahora, pero imaginando que sucederá después para así poder avanzar. (23)

-Dar el don del tiempo: No hay nada más valioso que el tiempo que comparten el cuidador y el usuario juntos para una comunicación interpersonal constructiva que ayude a acercarse hacia el máximo objetivo. (23)

Revelar la sabiduría personal: A menudo es difícil encontrar las palabras para poder expresar plenamente las experiencias personales y las emociones y la complejidad que estas tienen, por lo que es importante ayudar a los usuarios a poder expresar toda esa sabiduría que sus historias de vida contienen para así utilizarla como apoyo en el proceso de recuperación. (23)

Saber que el cambio es constante: el cambio es el único factor que es inevitable en todos, sin embargo, el crecimiento es opcional, por lo que las decisiones deben tomarse siempre en pro del crecimiento de la persona, manteniendo el curso de reclamación y recuperación. (23)

Ser transparente: el trabajo en equipo que se requiere para poner en acción el modelo de la marea requiere que ambas partes, cuidador y usuario, sean lo más transparentes posible entre ellos, en especial el profesional de enfermería ya que está en una posición privilegiada, ayudando a la persona a comprender exactamente qué se está haciendo y por qué y llevando a cabo los planes de cuidado juntos. (23)

Principales conceptos y definiciones

Phil Barker habla, como base teórica, del “océano de experiencias” como la vida de cada persona, en donde las crisis psiquiátricas amenazan con “hundirlas” y en donde el objetivo del modelo es devolver a las personas a “flote” para que puedan continuar con su viaje de vida, haciéndoles ver que, aunque el cambio es un proceso constante y continuo, los pequeños cambios tendrán un impacto importante, y ayudándoles a sacar ese poder propio para así tomar control de sus vidas, utilizarlo de manera constructiva. (23)

El concepto más importante de esta teoría es *el agua* donde la vida es el océano, lleno de experiencias, que puede ser atacada por tempestades, corrientes turbias, o piratería; el barco puede verse enfrentando la posibilidad de hundirse o tener que naufragar, teniendo que acudir a un puerto seguro para someterse a reparaciones, recuperarse del trauma, y volver a flote.(23)

Barker busca responder con su filosofía terapéutica cuatro interrogantes: ¿Por qué? ¿Por qué ahora? Que se refiere a consolidar por qué la persona está pasando por esta dificultad en su vida, ¿Qué funciona? Que es buscar encontrar que ha funcionado o podría funcionar para abordar al usuario tomando en cuenta su historia, personalidad y circunstancias, siendo esto un ejercicio centrado en la persona a tratar, ¿Qué es la teoría propia de la persona? En donde se intenta comprender cómo entiende la persona su experiencia, y ¿Cómo limitar las restricciones? En donde se identifica lo que podría hacer la enfermera para ayudar a la persona, siendo reducido, y cuánto podría hacer la persona para realizar un cambio significativo.(23)

Metaparadigmas

-Enfermería: Barker define el objetivo de la enfermería como *trephotaxis* que significa en griego “proveer las condiciones necesarias para promover el crecimiento y el desarrollo”, el cual es un ejercicio centrado en la identificación de qué necesitan las personas ahora, y descubrir como satisfacer esas necesidades, siendo una forma de investigación humana.(23)

-Persona: Las personas son vistas como filósofos innatos que dedican sus vidas a establecer el significado y el valor de sus experiencias, convirtiéndose en sus propias historias, las cuales son definidas por las relaciones entre ellos y sus madres, padres, hijos, hermanos, amigos o cualquier persona que se cruce en su camino.(23)

-Salud: Barker habla de la salud como el resultado de una reacción autónoma, modelada culturalmente a una realidad creada socialmente, que es capaz de cambiar, crecer y curarse, siendo consecuencia del autoconocimiento, la autodisciplina y los recursos internos con los que cuenta la persona.(23)

-Entorno: el entorno es el contexto en el que el “océano de experiencias” toma lugar y en el que se encuentra con la enfermera para crecer y desarrollarse, e incluye familia, cultura y otras relaciones. (23)

Las personas pasan por miles situaciones y problemas en la vida , cada individuo es una historia distinta, sin embargo, es posible decir que la indigencia es, sin duda alguna, una experiencia que representa grandes retos desde la parte física y mental; y es que la situación de calle simboliza ese gran tifón en el mar de experiencias de la persona que se encuentra viviendo en esas condiciones siendo, cualquiera la causa que lo haya llevado a la misma, grandes mareas y tormentas, como adicciones, baja autoestima o falta de apoyo entre otros, las que los obligan a naufragar sin rumbo alguno, pero que a pesar de la dificultad de salir de esas corrientes turbias familiares, amigos, desconocidos o institución, en muchos casos, podrían ser capaces de “repara su bote” y ayudarle a volver a navegar.

El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental de Phil Barker plantea que la importancia de la salud mental y del personal de enfermería, radica en esa ayuda o ese acompañamiento que se le puede dar a la persona, conociendo su historia de vida y por lo que ha pasado, respetándolo, para tratar de que vuelva a vivir de una forma saludable, reparar todas esas depresiones, faltas del yo, del autoestima y muchas otras cosas que se pueden ver afectadas desde la parte mental que son impedimento para salir de la situación de calle.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es mixto, se planea realizar una interpretación a partir de los resultados de entrevistas semiestructuradas y el relato de experiencias personales de los individuos en situación de calle que han asistido y las que no a un programa de bien social para así, mediante la comparación, determinar el impacto que tienen estas organizaciones en la salud mental de los indigentes.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo ya que se desea encontrar cómo es que, a partir de los estrategias planteadas y experiencias de los participantes, los programas de bien social impactan en la salud mental, propiamente la autoestima, de las personas en situación de calle, esto a partir del punto de vista de los participantes del programa.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La población con la que se planea trabajar es con las personas en situación de calle que habitan en el casco central de San José, esta población comprende tanto hombres como mujeres de edad variada que cumplen con la condición de ser indigentes, mayores de edad y que se encuentran en San José en el periodo del tercer cuatrimestre del 2019.

3.3.1 Población

El IMAS indica según sus informes que la población en situación de calle en la provincia de San José es de alrededor de 1700 personas, hombres y mujeres de todas las edades.

3.3.2 Muestra

La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia, conformada por 20 participantes que cumplen con los criterios propios de la investigación.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas en situación de calle	Menores de edad
Habitante del casco central de San José	En estado de intoxicación en el momento de la entrevista

3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez del cuestionario

El autoestima, por su relación directa con el bienestar de una persona, se considera un buen indicador de la salud mental, existiendo una relación entre el autoestima y trastornos depresivos, ansiosos, entre otros, siendo el grado en que las personas se sienten satisfechas o insatisfechas presentando conductas de aprobación o desaprobación; por lo cual se ha visto la necesidad de contar con un instrumento que sea capaz de medir el autoestima de una persona, siendo el más utilizado y validado La Escala de Rosenberg (ERA).(24)

La escala de Rosenberg fue creada en 1965, por el sociólogo estadounidense Morris Rosenberg, consta de 10 ítems enfocados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, los primeros cinco ítems se encuentran formulados de forma positiva y los cinco ítems restantes se

encuentran formulados en forma negativa, presenta altos índices de fiabilidad con una consistencia interna de 0.77 y un coeficiente mínimo de reproducibilidad de 0.90. (25)

El documento “Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios” del 2017(25), realiza la medición de confiabilidad de la Escala de Rosenberg con una muestra de 1341 estudiantes universitarios de Santa Marta, Colombia., entre los 18 y 30 años.

Como resultado de la investigación colombiana, la medida de confiabilidad para la ERA muestra un coeficiente aceptable para alfa de Cronbach de 0.72.

El estudio “Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes paceños” del 2019 (24) evalúa el nivel de confiabilidad, mediante la medición del alfa de Cronbach, por medio de las respuestas obtenidas al realizar las preguntas de la Escala de Rosenberg a 983 estudiantes de dos unidades educativas de la ciudad de La Paz, Bolivia, con nivel secundario, constituida por 481 varones y 502 mujeres con edades que oscilan entre los 12 y 17 años.

El resultado de la investigación boliviana indica un alfa de Cronbach de 0,96, lo que significa que la escala de autoestima es altamente confiable, mostrando que no existe ninguna mejora en el caso de eliminar alguno de los ítems y se recomienda mantener los reactivos establecidos.(24)

El cuestionario utilizado en la presente investigación es aplicado en el casco central de San José, específicamente Barrio Cuba, participan 20 personas, hombres y mujeres en estado de indigencia, mayores de edad.

Una vez concluido el cuestionario, se procede a la valoración de este por parte del estadista de la Universidad Hispanoamericana, Roger Bonilla, mediante el cálculo del Alpha de Cronbach,

este mide consistencia interna del instrumento aplicado. Se extrae un núcleo de preguntas, se procede a binarizar (0= sí, 1=no) y arroja un resultado del 65% (satisfactorio) de Alpha de Cronbach.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental debido a que se pretende observar el comportamiento al natural, si causar ninguna alteración o manipulación de resultados de las entrevistas.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar los aspectos sociodemográficos y económicos en las personas de situación de calle.	Aspectos sociodemográficos y económicos	El factor sociodemográfico hace referencia al estudio estadístico de las características sociales de una población, habrá tantas variantes como aspectos se quieran estudiar.(26) Por otra parte, los aspectos socioeconómicos hacen referencia a es la identificación de los diferentes modos en que la sociedad ha organizado la producción y distribución de los bienes.(26)	Son características medibles de la población de estudio, éstas abarcan: edad, género nivel académico, condiciones económicas, ocupación, entre otros.	Sociodemográfica Socioeconómica	Género Edad Nacionalidad Escolaridad Trabajo Distribución del dinero Consumo de drogas	Entrevista P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8
Indicar la existencia de redes de apoyo con las que cuentan las personas en situación de calle	Redes de apoyo	Una red de apoyo es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien para colaborar con alguna causa.(27)	Son personas, familiares o amigos, que apoyan o pueden ayudar de una u otra forma a mejorar el estilo de vida de otro.	Red de apoyo de familiares o amigos con las que cuenta la persona en situación de calle	Contacto con familiares Frecuencia de visita Tipo de apoyo	Entrevista P9 P10 P11 P12

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Exponer la situación actual de calle en la que se encuentran los entrevistados	Situación de calle	La situación de calle se define como “falta de medios para alimentarse, vestirse, etc.”(9)	La Situación de calle contempla la falta de vivienda física, así como la carencia de medios, dinero, para poder sustentar necesidades humanas básicas.	Situación de calle	Tiempo en la calle Causal de la situación de calle Participación en ONG Tiempo de participación	Entrevista P13 P14 P15 P16
Analizar la salud mental por medio del nivel de bienestar/ autoestima de las personas en situación de calle.	Bienestar	Se define bienestar como el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica..(18)	Son características que indican un sentimiento de satisfacción y tranquilidad en el que se encuentra una persona para así evaluar su salud mental.	Bienestar/autoestima	Control de situaciones Aceptación de si Vínculos psicosociales Autonomía Proyectos presiones del día a día.	Entrevista P17 P18 P19 P20 P21 P22 P23 P24 P25 P26

Objetivo específico	Variable	Unidad	Sub unidad	Instrumento
Determinar la percepción de las personas en situación de calle sobre su situación actual	Percepción	Percepción de las personas en situación de calle.	Situación de calle	Entrevista P27 P28

A continuación, se presentan los resultados que se obtienen de la aplicación del instrumento en la investigación, el tamaño de la muestra corresponde a 20 habitantes de calle, mayores de edad que habitan en el casco central de San José.

La caracterización sociodemográfica, factores socioeconómicos y sociodemográficos, así como redes de apoyo, autoestima y la situación de calle de la población de estudio se realiza por medio de la presentación de figuras y tablas, mientras que para el apartado de percepción se procede a transcribir tal y como ellos las indicaron en el instrumento empleado, grabación de audio, para recopilar información.

Tabla N° 1

*Distribución porcentual de la población encuestada según género,
en el casco central de San José.
2019*

Género	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Femenino	4	20%
Masculino	16	80%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

Un 20% (n=4) de la población estudiada corresponde a mujeres y el 80% (n=16) corresponde a hombres. Siendo el género masculino quien predomina.

Tabla N° 2

*Distribución porcentual de la población encuestada según edad,
en el casco central de San José.
2019.*

Edad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
18-28 años	5	25%
29-39 años	9	45%
40-50 años	1	5%
51-60 años	5	25%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 70% de la población en situación de calle encuestada se encuentran entre 18 a 39 años

Tabla N° 3

*Distribución porcentual de la población encuestada según nacionalidad,
en el casco central de San José.
2019.*

Nacionalidad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Costarricense	14	70%
Nicaragüense	5	25%
Otro	1	5%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

La nacionalidad peruana representa el menor registro, marcada como otro, con 5% (n=1).

Tabla N° 4

*Distribución porcentual de la población encuestada según escolaridad,
en el casco central de San José.
2019.*

Escolaridad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Ninguna	1	5%
Primaria incompleta	8	40%
Primaria completa	3	15%
Secundaria incompleta	5	25%
Secundaria completa	1	5%
Universidad completa	2	10%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 85% de la población encuestada no tiene estudios o no concluye primaria ni secundaria y es la minoría, con un 15% (n=3), quienes tienen bachillerato o nivel universitario.

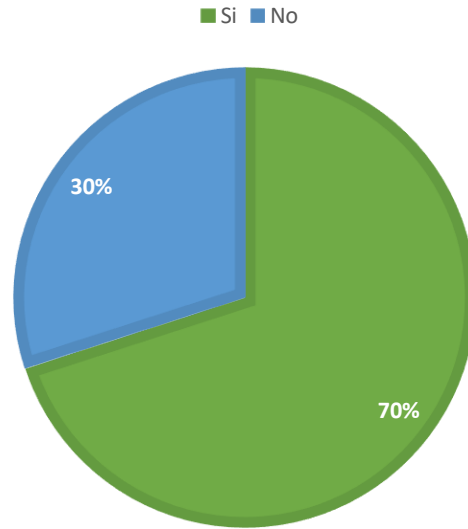


Figura N°1 Distribución porcentual de la población encuestada según la tenencia de trabajo, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 70% de los entrevistados realizan alguna actividad laboral, informal, de la cual obtiene remuneración económica.

Tabla N° 5

Distribución porcentual de la población encuestada según forma mayoritaria de gastar el dinero ganado en el trabajo, en el casco central de San José, 2019.

Uso del dinero gastado en el trabajo	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Comida	5	36%
Alcohol/Droga	7	50%
Pago de habitación	1	7%
Enviar a la familia	1	7%
Total	14	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 50% (n=7) de los entrevistados que indican que trabajaban gastan mayormente el dinero gastado en la compra de alcohol/drogas.

Tabla N° 6

Distribución porcentual de la población encuestada según consumo de drogas lícitas o ilícitas, en el casco central de San José. 2019.

Consumo de drogas lícitas o ilícitas	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 100% (n=20) de los entrevistados indican que consumen una o varias drogas lícitas o ilícitas.

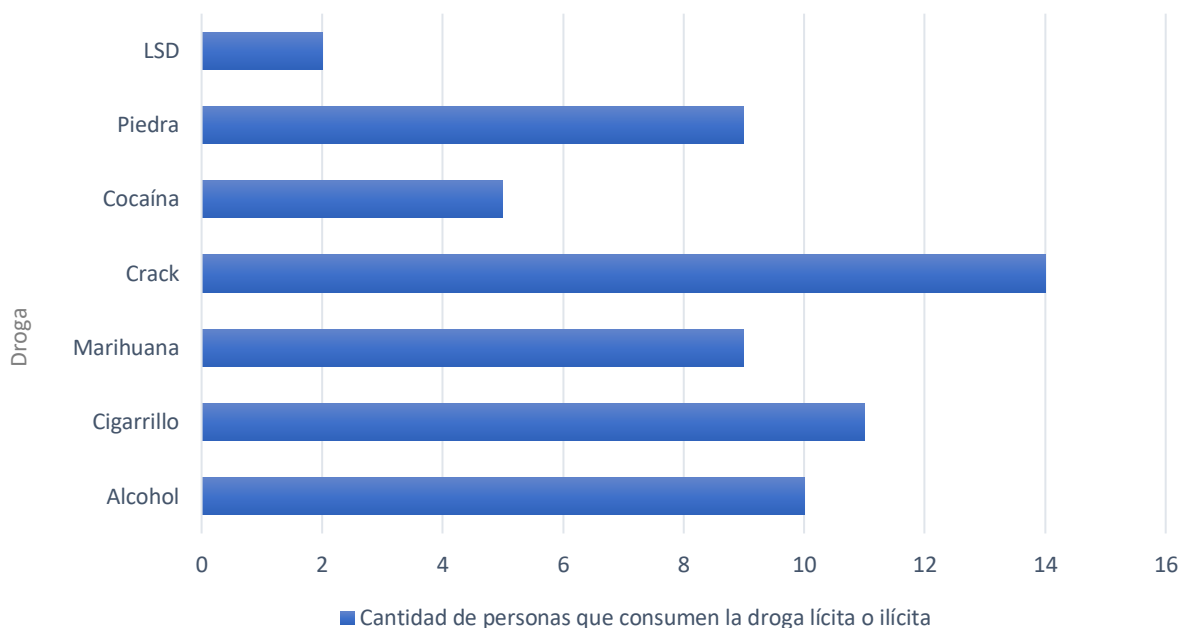


Figura N°2 Distribución de la población encuestada según la droga lícita o ilícita que consumen, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El crack es la droga más consumida por los entrevistados (n=14)

Tabla N° 7

Distribución porcentual de la población encuestada según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.

Tiene contacto con familiares	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Si	11	55%
No	9	45%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

La mayoría de los entrevistados, 55% (n=11) indican tener contacto con al menos un familiar

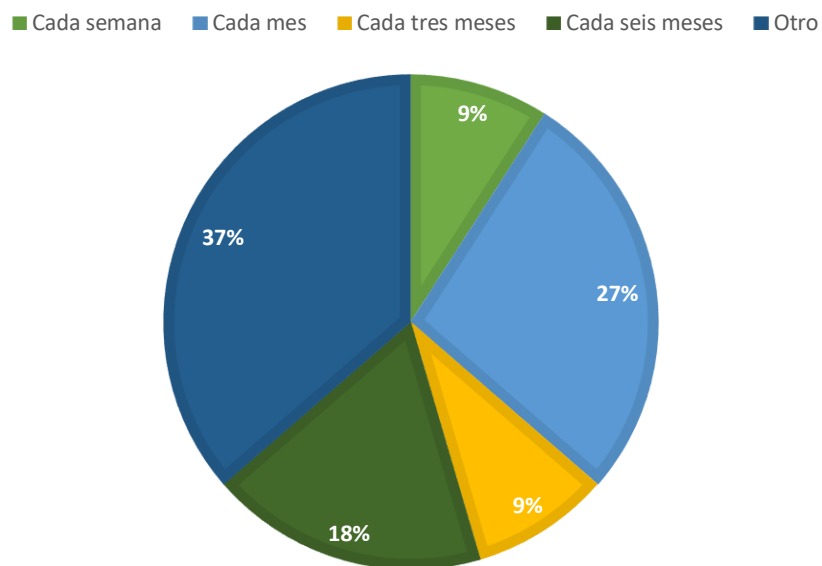


Figura N°3 Distribución porcentual de la población encuestada según la frecuencia de visita a su familia, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 37% (n=4) de los entrevistados que indican tener contacto con su familia, mencionan que lo hacen cada día.

Tabla N° 8

Distribución porcentual de la población encuestada que tiene contacto con su familia según ayuda económica que reciben, en el casco central de San José. 2019.

Ayuda económica por parte de familia/allegados	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Si	1	9%
No	10	91%
Total	11	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

Una persona en situación de calle indica recibir ayuda económica por parte de los familiares.

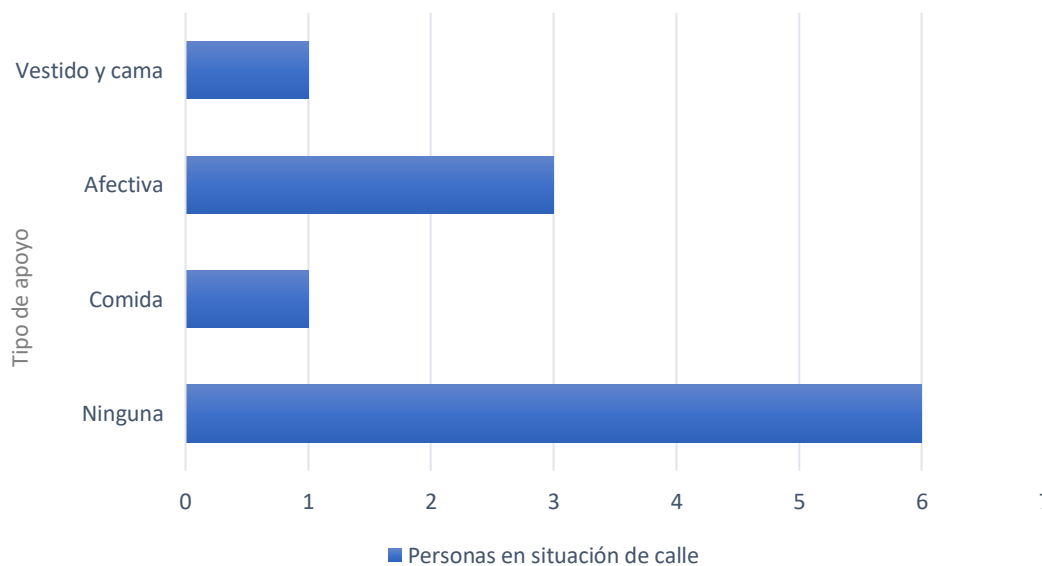


Figura N°4 Distribución de la población encuestada, que indicó tener relación con familiares, según el tipo de apoyo que reciben por parte ellos, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

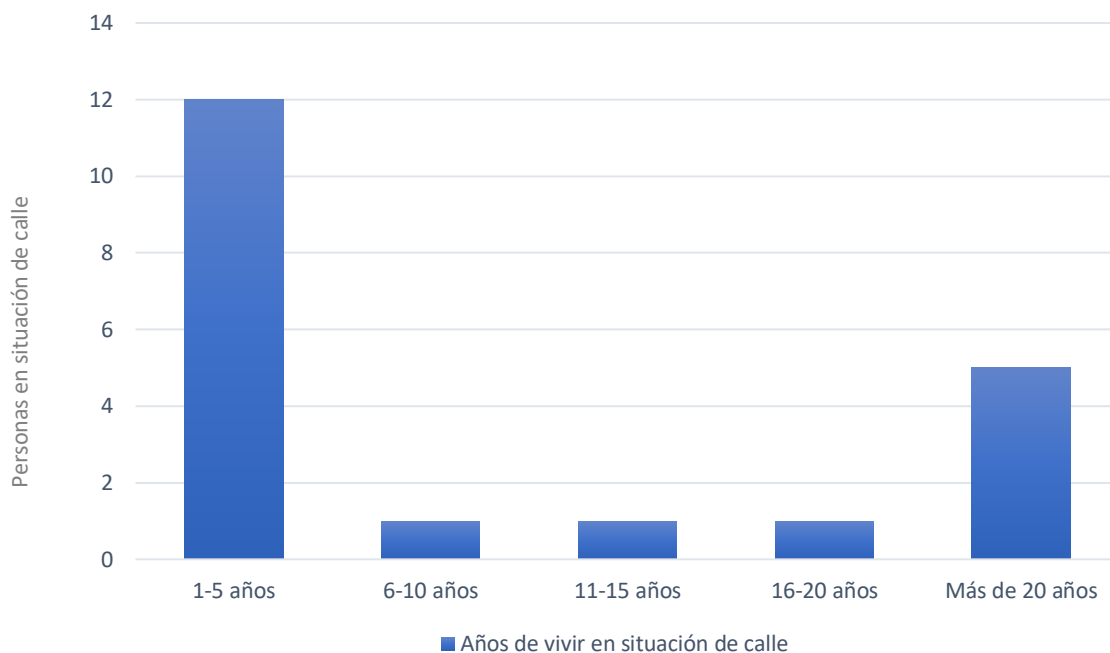


Figura N°5 Distribución de la población encuestada según los años de vivir en situación de calle, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

La mayoría de los entrevistados (n=12) llevan menos de 6 años viviendo en las calles, sin embargo, el grupo que le sigue son aquellos (n=5) que han vivido más de 20 años en situación de calle.

Tabla N° 9

Distribución porcentual de la población encuestada según motivo que lo llevó a vivir en situación de calle, en el casco central de San José.

2019.

Motivo de vivir en situación de calle	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Drogadicción	11	55%
Rechazo familiar	2	10%
Situación económica	2	10%
Otro	5	25%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 55% (n=11) de los entrevistados están en situación de calle debido a la drogadicción, el 25% que indica la opción otro son motivados por muerte de un familiar, problemas familiares y motivos personales.

Tabla N° 10

Distribución porcentual de la población encuestada según participación en actividades de bien social, en el casco central de San José.

2019.

Participación en actividades de bien social	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
Si	10	50%
No	10	50%
Total	20	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 50% de la población entrevistada ha participado en actividades de alguna organización de bien social, la gran mayoría de estos indican haber asistido a Hogares Crea

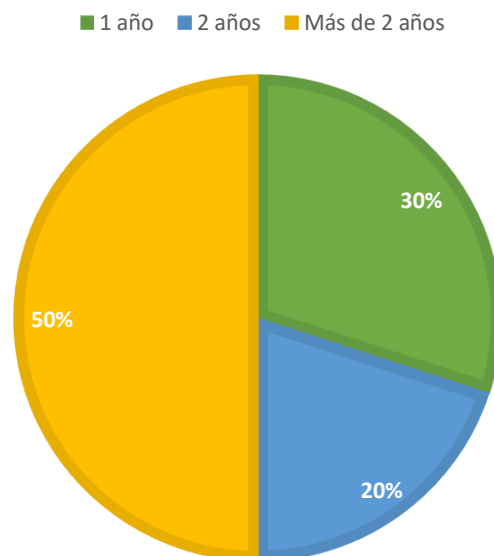


Figura N°6 Distribución de la población encuestada, que indicó haber participado en una organización de bien social, según tiempo desde que participaron de las actividades de esta, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

La mayoría de la población encuestada 50% (n=5), que indica haber participado en una organización de bien social, participa hace más de dos años, con respecto al momento de haber realizado la investigación.

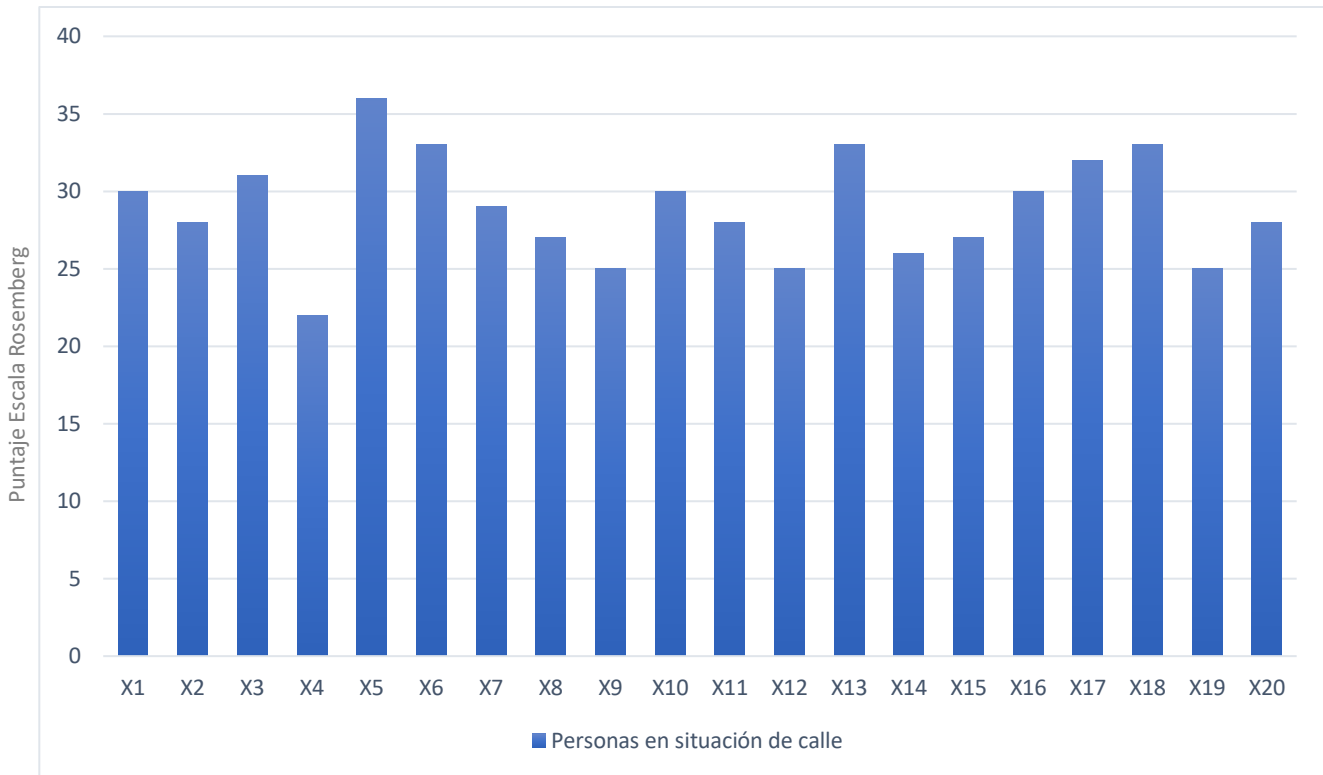


Figura N°7 Distribución de la población encuestada según el puntaje obtenido en la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El puntaje más alto en la evaluación de la autoestima es de 36 puntos, mientras que el más bajo fue de 22 puntos. La moda se encuentra entre los puntajes 25, 28, 30 y 33 con 3 participantes obteniendo estos puntajes respectivamente. El promedio es de 28.9 puntos, mientras que la media es de 28.5 puntos, de esta forma se puede resumir que en promedio los entrevistados presentan una autoestima media, según la interpretación de la Escala Rosenberg.

Según la Escala de Rosenberg (anexo N° 5) el tener una autoestima media, de 26 a 29 puntos, no representa problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

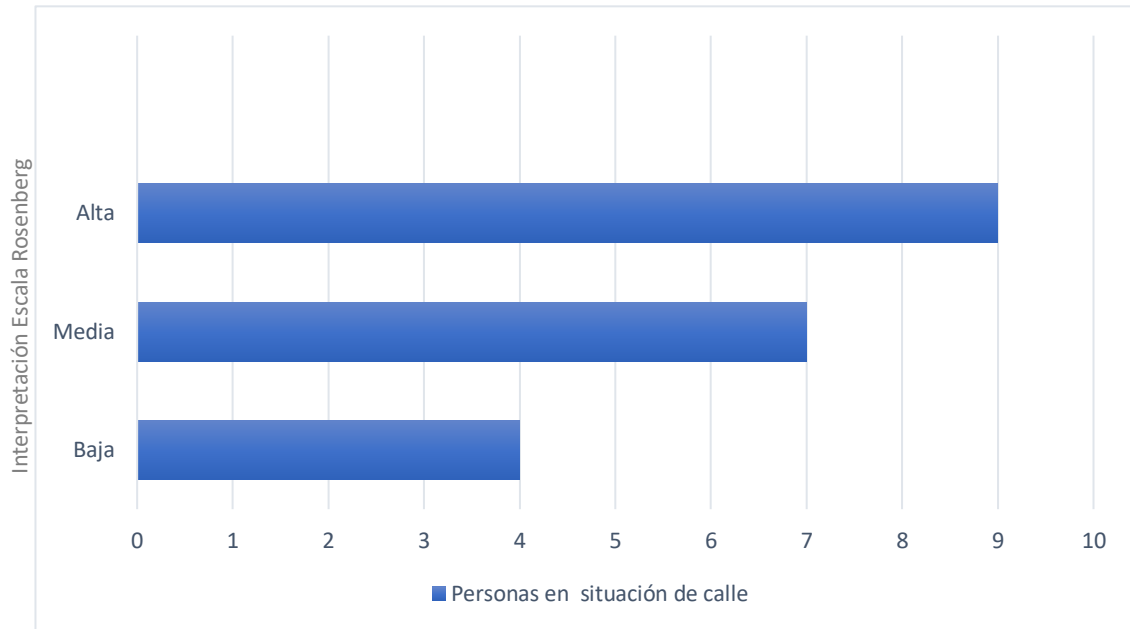


Figura N°8 Distribución de la población encuestada según interpretación de la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

Cuatro entrevistados tienen una autoestima que se considera baja según la interpretación de la Escala de Rosenberg.

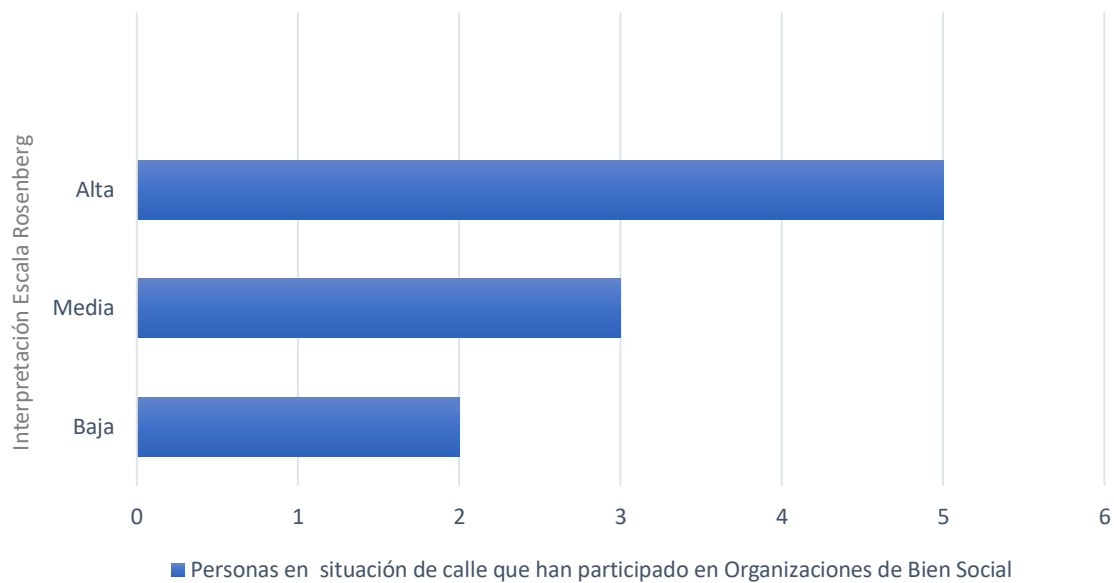


Figura N°9 Distribución de la población encuestada que ha participado en Organizaciones de bien social según nivel de autoestima desde la interpretación de la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

La autoestima alta según la escala de Rosenberg fue el resultado que más obtienen las personas en situación de calle encuestadas, siendo el 50%.

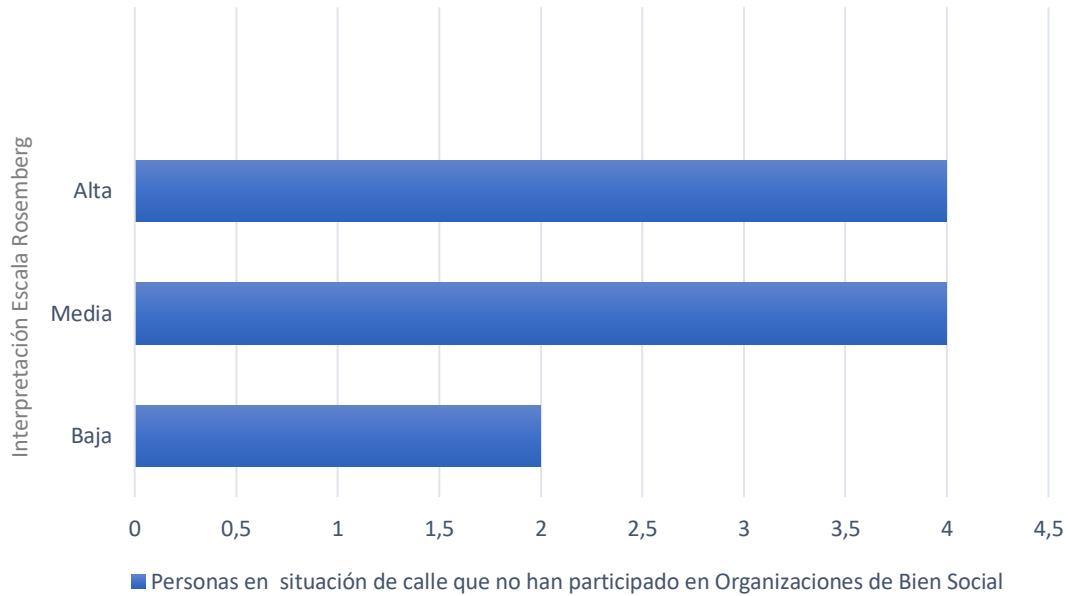


Figura N°10 Distribución de la población encuestada que no han participado en Organizaciones de bien social según nivel de autoestima desde la interpretación en la Escala de Rosenberg, en el casco central de San José, 2019

Fuente: elaboración propia, 2020.

La población en situación de calle que indica no participar en programas de bien social obtiene como resultado autoestima alta y baja en igual cantidad, representando el 40% cada uno.

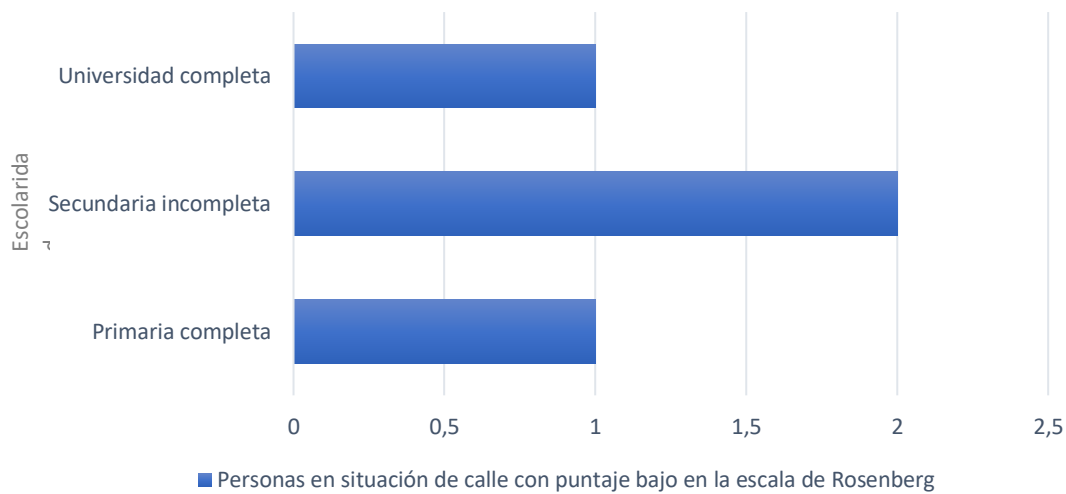


Figura N°11 Distribución de la población encuestada con puntaje bajo en la escala de Rosenberg según escolaridad, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 50% de las personas en situación de calle que obtienen un puntaje de autoestima bajo tiene un grado de escolaridad de secundaria incompleta.

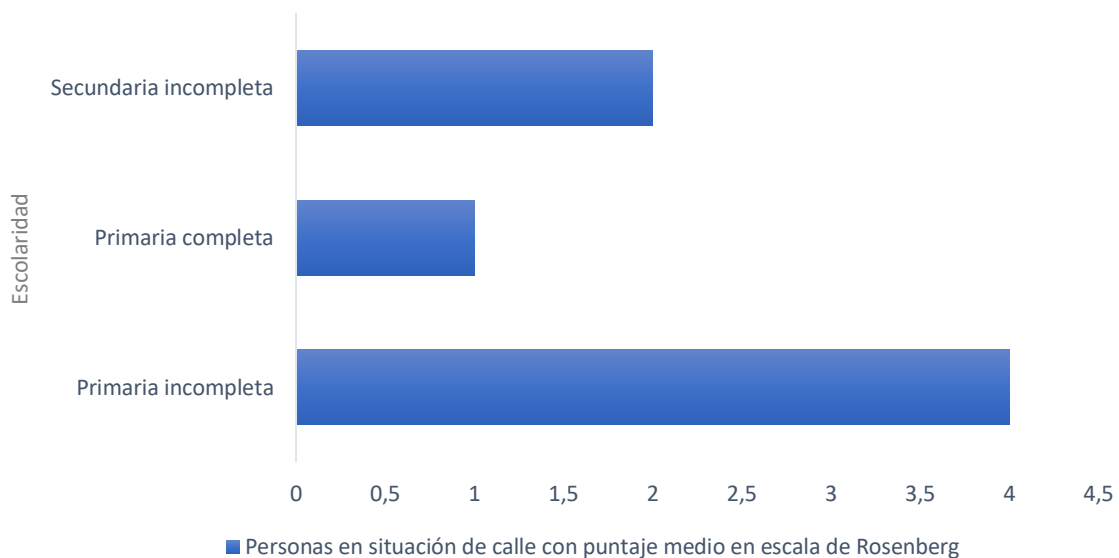


Figura N°12 Distribución de la población encuestada con puntaje medio en la escala de Rosenberg según escolaridad, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 57% de los entrevistados con resultado de autoestima medio en la escala de Rosenberg tiene como grado académico primaria incompleta.



Figura N°13 Distribución de la población encuestada con puntaje alto en la escala de Rosenberg según escolaridad, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 55% de los entrevistados con puntaje alto de autoestima tienen un grado de escolaridad de primaria incompleta.

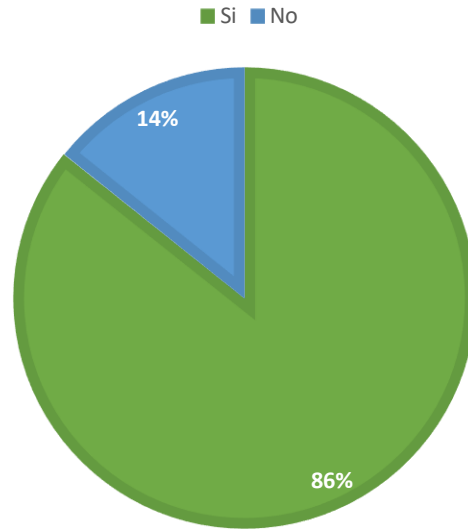


Figura N°14 Distribución de la población encuestada con puntaje bajo en la escala de Rosenberg según su situación de trabajo, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 86% de los entrevistados con puntaje bajo de autoestima no tienen ninguna ocupación.

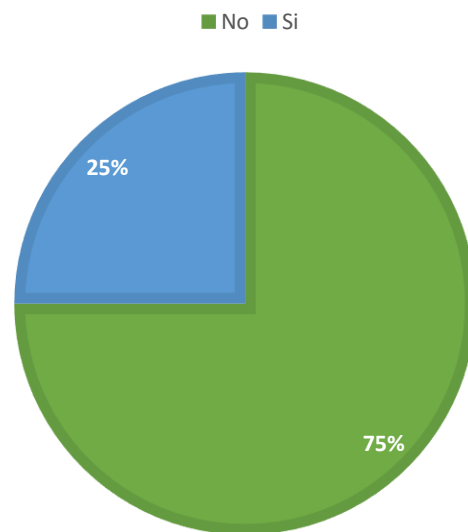


Figura N°15 Distribución de la población encuestada con puntaje medio en la escala de Rosenberg según su situación de trabajo, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020

El 75% de los entrevistados con puntaje medio de autoestima indican que no trabajan.

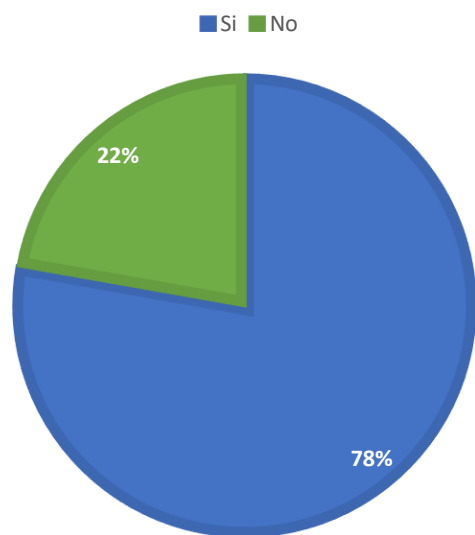


Figura N°16 Distribución de la población encuestada con puntaje alto en la escala de Rosenberg según su situación de trabajo, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020

El 78% de los entrevistados con puntaje alto de autoestima se desenvuelve en alguna actividad laboral.

Tabla N° 11

Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima bajo en escala de Rosenberg según rango de edad, en el casco central de San José. 2019.

Rango de edad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
18-28 años	1	25%
29-39 años	3	75%
Total	4	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 75% de la población encuestada con autoestima alto tiene una edad de entre 29 a 39 años, de manera general se puede decir que en son adultos jóvenes

Tabla N° 12

Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima medio en escala de Rosenberg según rango de edad, en el casco central de San José. 2019.

Rango de edad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
18-28 años	1	14%
29-39 años	3	43%
40-50 años	1	14%
51-60 años	2	29%
Total	7	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 43% de las personas en situación de calle con autoestima medio tienen entre 29 a 39 años, sin embargo, el segundo grupo de edad más grande en cuanto a edad es del de 51 a 60 años.

Tabla N° 13

Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima alta en escala de Rosenberg según rango de edad, en el casco central de San José. 2019.

Rango de edad	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
18-28 años	1	11%
29-39 años	5	56%
40-50 años	2	22%
51-60 años	1	11%
Total	9	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 56% de los entrevistados con autoestima alta tienen una edad entre los 29 a 39 años, seguidamente del 22% con 40 a 50 años de edad.

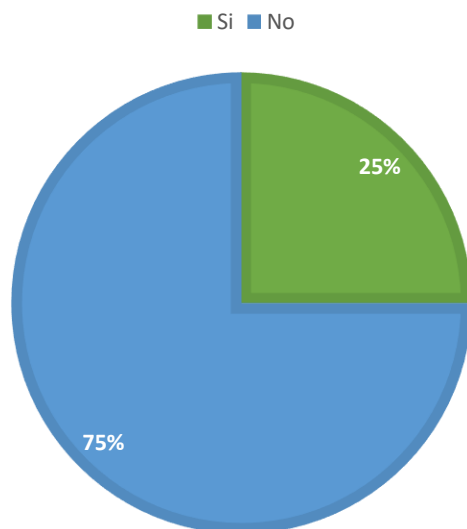


Figura N°17 Distribución de la población encuestada con puntaje bajo en la escala de Rosenberg según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

La mayoría de las personas en situación de calle que obtienen como resultado autoestima baja en la escala de Rosenberg no tienen contacto con sus familiares, 75% (n=3), la única persona que indica visitar a sus parientes se siente apoyada desde la parte afectiva por los mismo.

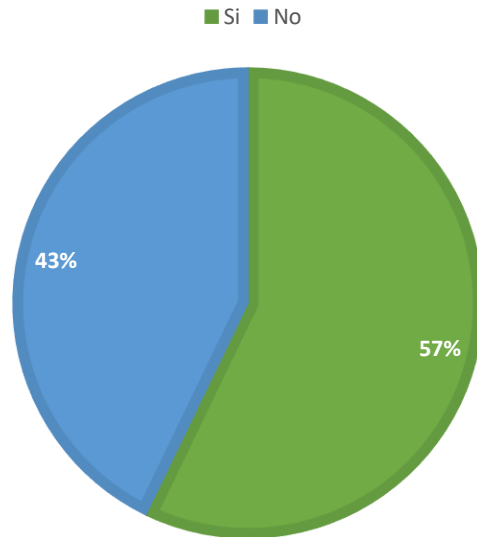


Figura N°18 Distribución de la población encuestada con puntaje medio en la escala de Rosenberg según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 57% (n=4) de los entrevistado indican tener contacto con su familia y sentirse apoyados desde la parte afectiva y con vestido y cama, una persona en situación de calle indicó que a pesar de visitar a su familia no obtiene ningún apoyo por parte de ellos.

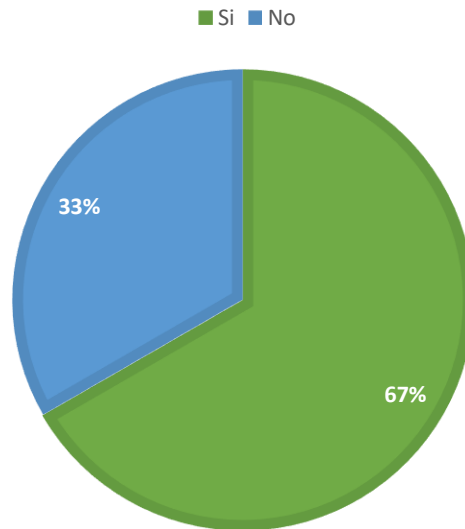


Figura N°19 Distribución de la población encuestada con puntaje alto en la escala de Rosenberg según contacto con familiares, en el casco central de San José, 2019.

Fuente: elaboración propia, 2020.

El 32% (1/3) de las personas en situación de calle que obtienen un resultado de autoestima alto en la escala de Rosenberg no tienen contacto con sus familiares, el restante 67% que si visitan a sus familiares indican sentirse apoyados desde la parte afectiva, sin embargo, la mayoría de estos (n=4) refieren no tener ningún tipo de apoyo.

Tabla N°14

Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima bajo en escala de Rosenberg según años viviendo en situación de calle, en el casco central de San José.

2019

Años viviendo en situación de calle	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
1-5 años	4	100%
Total	4	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 100% de los entrevistados con autoestima baja llevan viviendo en las calles de 1 a 5 años.

Tabla N°15

Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima media en escala de Rosenberg según años viviendo en situación de calle, en el casco central de San José.

2019

Años viviendo en situación de calle	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
1-5 años	5	72%
6-10 años	1	14%
11-15 años	1	14%
Total	7	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 72% de la población entrevistada con autoestima media tiene de 1 a 5 años viviendo en las calles, siendo el máximo de rango de tiempo en indigencia de 11 a 15 años.

Tabla N°16

Distribución porcentual de la población encuestada con resultado de autoestima alta en escala de Rosenberg según años viviendo en situación de calle, en el casco central de San José.

2019

Años viviendo en situación de calle	Personas en estado de indigencia	
	Absoluto	%
1-5 años	4	45%
16-20 años	1	11%
Más de 20 años	3	34%
Total	9	100%

Fuente: elaboración propia, 2020

El 45% de las personas en indigencia entrevistadas llevan de 1 a 5 años viviendo en las calles, sin embargo, el grupo que representa el 34% de ellos llevan hasta más de 20 años en situación de callejización.

A continuación, se muestra la transcripción de las respuestas grabadas en audio, segunda parte del cuestionario, de los participantes, correspondiente a la evaluación de la percepción que tienen las personas en situación de calle con respecto a la indigencia y sus emociones.

-¿Qué pensamientos, conductas, sentimientos o emociones han surgido al estar en situación de calle?

Participante 1: “A veces me siento súper mal, me siento que estoy mal, en el estado en el que uno está y antes que uno estaba en su casa con la familia y eso, y ver como uno anda aquí. Total, todo pasa.”

Participante 2: “Diay sinceramente, cuando uno está drogado o alcoholizado uno no piensa, no analiza, ni nada, siente que está contento o sedado; pero ya en el momento en el que uno no tiene nada se levanta con frío en las noches, y cosas así, entonces uno piensa, uno le pregunta a Dios que por qué, sinceramente, uno tiene que estar en esta vida, entonces ya uno empieza a sentir eso y pensar que si uno puede ser mejor y estar en la casa, que pudiera haber sido otra persona, que por qué Dios escogió esta vida para mí, si yo no pienso mal ni actúo mal, si más bien he cambiado un montón de cosas que hacía antes y así, daño, digamos eso es lo que yo siento, que la familia por qué a uno no lo busca.”

Participante 3: “Demasiadamente mal, pero me impide tocar lo ajeno,”

Participante 4: “Diay mal”

Participante 5: “Pues mal porque no he cambiado por mí mismo, porque no lo he querido, porque eso nace de uno; pero bien porque tengo mucha gente que me ayuda”

Participante 6: “Yo me siento en paz, la gente de uno es la gente de la calle, la que lo apoya a uno, la que lo quiere, la que está a lado de uno, porque en la vida no hay que confiarse ni de donde viene”

Participante 7: “Cuando llega la 1 de la mañana, las 2 de la mañana, “¡Hay Diosito, ayúdame, que aquí, que allá!, nos acordamos del hombre, en realidad es así. Ya cuando nos cae una platica, que llega una señora con la fé “vea dos mil colones para que vaya a comer”, y salimos así... y

se nos olvida comer, porque es así, son cosas que a mucha gente le rueda el piso, pero son verdades.”

Participante 8: “Triste, porque me siento solo, es bastante duro”

Participante 9: “Muy feo, sin mi familia, triste”

Participante 10: “Diay que me maltratan mucho, me señalan mucho en la calle, me hace sentir mal, me desprecian mucho en las calles, como un animal.”

Participante 11: “Demasiado fatal, por humillaciones, golpes, humillan mucho, la gente humilla mucho a las mujeres.”

Participante 12: “Diay mal porque no estoy con mis hijas”

Participante 13: “Eso es relativo, en el momento, y con las personas que me esté relacionando, no soy una persona que en un momento estoy viviendo una emoción y después..., no, en ese aspecto puedo manejar algunos que otros temperamentos, y gracias a Dios los identifico y entonces no permito que jueguen conmigo.”

Participante 14: “Achantado, de viaje. Afligido, porque diay, usted sabe que vivir en la calle no es bonito.”

Participante 15: “Más sentimientos que a muchas personas, porque al tener necesidad, se llega a sentir lo que es la necesidad entre las personas, bajo esa coraza que uno tiene dura hay un gran corazón. Muchas veces me siento solo, pero di, ya son muchos años, ya son 31 años de vivir en la calle, entonces diay, lo asimila uno.”

Participante 16: “De momento me siento, diay, a veces frustrado, porque diay no haya uno que hacer, muchas veces que cuando uno tiene ganas de comer, frío, o talvez no entró al dormitorio

por X cosa y diay tener que quedarse en la calle es duro, y más con estos fríos que hace en la noche, y uno se pone a pensar, yo pudiendo estar en un cuarto, alquilando, algo así tuanis y no, estoy aquí en la calle, eso lo frustra un montón a uno.”

Participante 17: “Para mí ha sido muy duro, gracias a Dios tengo a mi esposo a la par, él es mi apoyo. Pero se aprende a vivir, se aprende a vivir poco a poco, pero ahí vamos, con el apoyo de mi esposo ahí vamos, adelante, para sobrevivir.”

Participante 18: “Diay mal, mal porque quisiera tener un hogar, una familia, sentirme bien conmigo mismo.”

Participante 19: La vida es una balanza, uno escoge donde uno quiere estar, cada quién tiene su camino, le doy gracias a Dios donde estoy, donde estuve y donde voy a estar.

Participante 20: “Diay. Muy mal obviamente, pero por el vicio uno está ahí metido. Pero sinceramente me siento muy mal de andar en la calle.”

-¿Qué es lo que más le ha afectado personalmente al vivir en situación de calle?

Participante 1: “La droga, eso es todo, si no fuera por la droga yo no estaría aquí. Todo es duro, pero lo más duro es dormir en la calle, tener frío y también sentir el rechazo de los seres humanos, de la sociedad. Para la sociedad nosotros somos los más ratas, las escorias humanas, los pedereros para ellos somos lo más bajo del mundo.”

Participante 2: “Cuando yo veo a familias y así, pienso en mi familia y ahí es donde a mí me afecta, y cuando empieza el frío en las madrugadas, ahí es cuando a uno le afecta.”

Participante 3: “Aceptar el perdón de la sociedad.”

Participante 4: “Diay todo, que le pueden hacer un daño a uno, y que es feo vivir en la calle”

Participante 5: “El comer, claramente, porque ganas de trabajar me sobran.”

Participante 6: “Ahorita, por ejemplo con esta pandemia, todo el mundo le cierra las puertas, nadie llego a dejarle un poco de alcohol, para lavarse las manos, nadie llego a dejarnos mascarillas, nadie llego a dejarnos nada, todo para el saco de ellos, los demás que se mueran, los ratones de laboratorio de la calle, pero bueno, vamos a ver que les pasa a ellos, si se murieron bueno, ahí quedaron, nosotros vivimos, vea lo que es Dios de grande que nosotros seguimos invictos, y la gente que tiene mucha plata ahorita se están muriendo”

Participante 7: “La droga, vea, ahora lo que estoy haciendo es consumir mota para un poco dejar eso, me estoy volviendo así porque ahora me da por irme a bañar, irme a trabajar, me pone un poco más en movimiento, en cambio la piedra lo que hace es que le baja el autoestima, no te da por bañarte, ¡que no hace en uno! Yo he perdido... Imagínese, caí en el 2012 en la Reforma, y salí el 17 del 2017, y fue mi primera vez. Si sale más limpio, pero si se consume, hay más droga que en la calle. Hay mucha gente que lo desprecia a uno, creen que uno es una basura, una cochinada, lo que ellos no saben es que uno vale más que esa persona. Yo la otra vez vi un chavalo, que estaba humillando a una persona y le digo yo “sabe que pa’ yo no tengo ningún problema con usted, porque legalmente no es conmigo, pero primero véase sus defectos y después los de él, porque todos somos iguales, pero diay, sufrimos igual, dormimos igual, entonces no menosprecie, porque usted no sabe si puede resbalar y caer en el mismo vicio”.

Participante 8: “No tengo a mi mamá, no tengo en donde estar, no hay quién lo reciba a uno.”

Participante 9: “El frío y el estar sufriendo”

Participante 10: “No tener el apoyo de mi familia ni de ninguna institución, que me quiera ayudar porque como indigentes y nos señala. Ni el IMAS me quiere ayudar, tengo dos años de estar en indigencia, no fumo, no soy drogadicto, he pedido ayuda, pero no me quieren ayudar”

Participante 11: “La municipalidad no respeta a los indigentes, nos moja, nos maltrata, nos quitan los cartones, nos quitan todo, las cobijas, ellos no saben que más adelante puede ser un hijo de ellos que puede estar en la calle. Las noches con frío, que llegue la muni y que ponga la manguera y nos mojen los cartones, las cobijan y nos echen como un perro, que llegue la muni y nos golpean.”

Participante 12: “El no ver a mis hijas”

Participante 13: “Parece tonto lo que le voy a decir, pero nada, absolutamente nada, gracias a Dios, uno tiene que aprender a desarrollar una habilidad de adaptación, y aprovechar todas las oportunidades que se le presentan constantemente. Una cosa es ver, y otra es observar, una cosa es oír y otra es escuchar, una cosa es hablar y otra es expresarse, entonces si una conversación no me deja nada, no tengo que seguirla, simplemente sigo mi camino y punto. El Señor me da todo, todos los recursos que necesito constantemente, ahora, de mi situación no culpo a nadie, es mi situación, y no tengo por qué achacársela a nadie, esas son pamplinas, esas son justificaciones baratas, uno está así porque le da la gana. A mí me gusta, de una u otra manera, aunque usted no lo crea, no tengo que pagar casa, no tengo que pagar luz, no tengo que pagar absolutamente nada, ni el precio no tengo que comprarlo, ni el amor no tengo que comprarlo. No tengo que justificarme, ni echarle la culpa a nadie, si no quisiera esto, si algo me perjudicara, tenga plena seguridad que cambiaría de *hobbie*. La persona que se justifica no crece emocionalmente.”

Participante 14: “La comida”

Participante 15: “Lo que me ha costado más es que me he acostumbrado a vivir en ella y no es bueno, cuando usted hace un estilo de vida en la calle no es bueno, porque cuesta más salir de ella.”

Participante 16: “Legalmente son las drogas, yo soy uno que yo estoy tratando de dejar el vicio, digamos, porque yo tengo mis vicios, cuesta, y al saber que uno no tiene un lugar en donde estar, tiene uno que estarse preocupando cómo hago para comer.”

Participante 17: “Cuesta, sobrevivir en la calle cuesta, muy dura, nadie se preocupa por uno, que vengan que le digan ¿Tiene casita, tiene en dónde bañarse, tiene en dónde comer? En veces uno va a una soda y pide que comer, más bien lo que hacen es despreciarlo a uno por andar en la calle, son muchas cosas.”

Participante 18: “No tener un trabajo, para poder yo desenvolverme, yo quiero trabajar, quiero esforzarme, quiero luchar por ser alguien de bien, quiero luchar por un futuro mejor para mí.”

Participante 19: “Cuando yo tenía mi esposa, a veces yo quiero. Yo vivía con una tica, mucho tiempo, ella tenía plata, yo tenía plata, trabajaba en un buen trabajo, ahora me quieren robar mis cosas, yo a nadie le vendo, ya no meten miedo porque yo camino con este chuzo, me entiende, yo no quiero hacer eso, no me cuadra. Yo soy bueno, por lo menos si yo le regalo dos tejitas a él, dos tejitas yo se lo regalo, me gusta ser caritativo.”

Participante 20: “La dormida, la comida, diay imagínese que cuando uno se acuesta en una acera ¿Qué es lo más duro? Pensar el día de mañana no tener que comer.”

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

|

5. Discusión de resultados

El siguiente capítulo contiene el análisis y discusión de los resultados obtenidos, mediante la realización de las entrevistas, y procesados en gráficas y tablas en el capítulo anterior. La información será presentada siguiendo el orden de lo propuesto en los objetivos específicos, de tal forma que los puntos a tocar son condición socioeconómica del habitante de la calle, vivencia personal, condición de salud mental, específicamente autoestima, y por último las posibles diferencias en la salud mental, autoestima, que tienen aquellos investigados que han tenido contacto con alguna organización de bien social y los que no, además de otras consideraciones pertinentes.

La persona en situación de calle se caracteriza, según la información que más impera en esta investigación, como masculino (80%), de nacionalidad costarricense (70%) y con edades entre los 29-39 años, predominantemente; al compararlo con la información obtenida por el SIPO(7), los datos según el género mayoritario concuerdan, pudiendo ser relacionado con los roles patriarcales impuestos por la sociedad, en donde el hombre puede y debe solucionar sus problemas solos y no pedir ayuda, y la baja existencia de asistencia por parte de las entidades gubernamentales hacia el género masculino.

La mayoría de las personas en situación de calle son de nacionalidad costarricense y al compararlo con el estudio de Phillips(8) se contradice el pensamiento habitual de que la indigencia es un fenómeno que se ve alimentado por la inmigración y las limitantes que conlleva.

El 50% de los entrevistados pertenece al grupo etario denominado *adulthood* (aproximadamente de los 27 a los 59 años), en donde si bien no se encuentran estudios nacionales sobre el escenario de las personas adultas en indigencia, se puede hablar de que se considera la etapa en la que la

persona es completamente funcional, en términos de estudio, trabajo y aporte social, comparable con el 75% de los entrevistados por Ortiz(1) que indican sentirse capaz de desempeñar algún oficio y sentirse útil, y que, igual a la mayoría de la población entrevistada, solo están a la espera de una ayuda para poder reincorporarse a la sociedad.

Los entrevistados tienen, en su mayoría, una escolaridad baja que se ve representada en un 40% de la muestra con primaria incompleta y un 25% con secundaria incompleta, por lo que se puede decir que la posibilidad de conseguir un trabajo u otro oficio formal que les permita obtener ingresos económicos óptimos es baja, siendo un factor atribuible, no totalitario, de la condición de calle.

El 70% de los entrevistados indicaron, a pesar de lo anterior, tener un tipo de ocupación informal del cual generan ingresos de aproximadamente 5000 colones diarios, monto que es inconcebible para poder solventar las necesidades básicas para vivir de una forma saludable.

El 50% de las personas en situación de calle gastan, lamentablemente, el dinero ganado en su trabajo en alcohol y otras drogas, lo cual no representa un panorama alentador para poder salir de la condición de indigencia, referente a esto el IMAS (7), menciona que en los últimos años los niveles de desempleo han aumentado y que asociado a la pobreza son aspectos que intervienen en el consumo de drogas.

Las personas en situación de calle indican en su totalidad ser consumidoras activas de alguna sustancia lícita o ilícita, siendo las más común el crack, droga que según el IAFA(28) causa una adicción sumamente fuerte y posterior a su uso las personas, entre otros síntomas, suelen experimentar depresiones intensas; si se toma en cuenta este efecto sobre la salud mental y el hecho de que crea una gran dependencia causando un círculo vicioso las posibilidades de poder

salir de la adicción, que es una de las principales causas de la situación de calle, sin algún tipo de ayuda resulta casi imposible.

Todos los entrevistados y la mayoría de las personas en situación de calle son consumidoras activas de drogas, sin embargo, con respecto a lo anterior es importante indicar que muchas veces el consumo es producto de la indigencia y no al contrario, como lo indica uno de los participantes, “Diay sinceramente, cuando uno está drogado o alcoholizado uno no piensa, no analiza, ni nada, siente que está contento o sedado...”

La droga es utilizada en muchos casos como un tipo de escapatoria para olvidar el frío, el hambre y el hecho de no tener un hogar; y que si bien sigue representando una de las mayores causales de la situación de callejización el conocer estos casos debería ser obligatorio y tomado en cuenta por las instituciones que trabajan tratando a esta población ya que el abordaje debe ser distinto.

El 55% de las personas en situación de calle tienen contacto con algún familiar, de estos el 37% de los entrevistados ven a sus familiares todos los días, contrario a las creencias populares que las personas en condición de calle están completamente desamparadas, pero que, a pesar de tener algún tipo de contacto con su familia el 55% indican no recibir ningún tipo de apoyo y solo el 27% de ellos reciben apoyo de forma afectiva.

El soporte social es de gran importancia, según Nunes Baptista et al.(29), frente a cuestiones relacionadas con el bienestar y calidad de vida, ayudando a mantener la salud física y mental de los individuos, pero que si no es percibido por la persona como satisfactorio no es suficiente; incluso, según Phillips(8), uno de los obstáculos más significativos que impiden a estas personas abandonar la condición de calle es la ausencia de apoyo.

La familia es el soporte social más importante en la vida de un individuo, pero no son los únicos que cumplen con esa función, ya que la influencia de los pares, amigos, puede ser de igual forma positivamente determinante en el desarrollo de la autoestima y otras habilidades, supliendo las necesidades no satisfechas por un posible núcleo familiar disfuncional.

El Modelo de la Marea tiene como objetivo principal devolver a la persona a “flote” para que pueda continuar con su viaje de vida, esto después de pasar por un proceso de recuperación de la salud mental, para ello la persona, desde la metáfora creada por Barker, debe ir o ser llevada a la isla o muelle más cercano para ser tratada.

La familia, amigos o personas cercanas representan ese salvavidas o ese pequeño bote, o incluso en algunos casos, esa isla que ayuda a la persona en su recuperación es así que se explica la gran importancia de que las personas en situación de calle, incluso todas las personas, cuenten con redes de apoyo que les ayuden a buscar ayuda y que así puedan volver a vivir de forma digna y saludable.

El 60% (n=12) de los entrevistados llevan de uno a cinco años viviendo en condición de indigencia, esto puede verse desde dos perspectivas, la primera siendo que el periodo de tiempo se puede considerar relativamente corto por lo que el grado de afectación no ha llegado a su punto máximo o que, por lo contrario, también podría ser un tiempo sumamente duro física y emocionalmente ya que es una transición muy fuerte, de pasar de una vida “normal” a una vida en las calles.

La población entrevistada comenta, de manera general, que lo más duro, para ellos, de vivir en indigencia es la adicción que no les permite ver más allá de su situación, el frío y el hambre que

pasan, sin saber que esperar al día siguiente y la soledad, el no tener a nadie que lo espere en casa.

El individuo en situación de calle se ve afectado por el entorno social, nivel educativo, estilos de vida, uso de drogas ilícitas, tipos de familia, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico, empleo, estrés, emociones, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones e igualdad de oportunidades y equidad para obtener atención en salud, siendo estos algunos de los determinantes de la salud mental, observables en la investigación, que juegan un papel sumamente importante en la salud del indigente y que se puede decir que afectan de gran manera su autoestima.

La mitad de los entrevistados alcanzan a tener lo que se denomina una autoestima alta, significando que la persona posee la motivación necesaria para asumir nuevos retos, trabaja por cumplir sus metas, que tiene una actitud positiva hacia sí mismo y que aceptan sus errores y busca enmendarlos, sin embargo al observar la situación en la que se encuentran se torna un poco contradictorio, ¿Cómo una persona que no tiene un lugar en donde dormir, comida ni abrigo puede verbaliza sentirse orgulloso con su situación actual? ¿Es posible que, a pesar del frío, la incomodidad y el hambre, una persona se acostumbre a ello y lo acepte como propio?

Uno de los participantes indica “uno tiene que aprender a desarrollar una habilidad de adaptación, y aprovechar todas las oportunidades que se le presentan constantemente...Si no quisiera esto, si algo me perjudicara, tenga plena seguridad que cambiaría de *hobbie*”, perspectiva que vale la pena resaltar, elevándolo a una hipótesis que valdría la pena investigar posteriormente, ya que establece con ello la interrogante de si se podría estar dando un cambio de *mindset* en donde tal vez, no en todos los casos, la persona en situación de calle llega a adaptarla como su nueva vida sin más, sintiéndose cómoda dentro de su nueva realidad.

El teórico Barker propone que “las personas son vistas como filósofos innatos que dedican sus vidas a establecer el significado y el valor de sus experiencias”, será entonces que esta población ha establecido mecanismos de afrontamiento y construido realidades para manejar su entorno, convirtiéndolos en personas más adaptadas y con ello con una mejor autoestima, como se mencionó anteriormente, es una hipótesis valiosa de explorar en futuros estudios.

Barker habla de esa persona náufraga que se encuentra perdida, que desde la perspectiva de la misma metáfora pueden haber dos tipos de personas, aquellas que nadan en busca de una costa o aquellos que se mantienen, tal vez cansados de nadar y no encontrar lugar en donde sanar, flotando a la deriva; a pesar de esto, y como indica otro participante “Lo que me ha costado más es que me he acostumbrado a vivir en ella (la calle)..., cuando usted hace un estilo de vida en la calle no es bueno, porque cuesta más salir de ella”, es importante intentar impedir que se llegue a ese estado de confort, ya que claramente no es nada saludable.

Los entrevistados que han asistido a actividades de alguna organización de bien social obtienen, al realizar la comparación de la autoestima y la participación en organizaciones de bien social, de manera general un resultado de autoestima alta, sin embargo, la diferencia en el grado del impacto de la misma en la salud mental no puede ser confirmado de manera contundente, ya que en ambos grupos se presenta la misma cantidad de personas con resultado de autoestima bajo y solo una persona hace la diferencia entre el autoestima medio y alto del grupo que si ha asistido a actividades de alguna de las organizaciones y los que no.

La mayoría de las personas entrevistadas dan a entender, según lo indicado por ellos mismos, que el haber participado en organizaciones, al menos en las que ellos mencionaron, no ha generado un impacto en sus mecanismos de afrontamiento, incluso se acusa de algunos maltratos por parte de las mismas instituciones.

Muchos de los entrevistados indican que las drogas funcionan, como se mencionó anteriormente, como escapatoria de la realidad en la que viven o incluso como “tratamiento” para mejorar su situación, como manifestó uno de los participantes “...ahora lo que estoy haciendo es consumir mota para un poco dejar eso, me estoy volviendo así porque ahora me da por irme a bañar, irme a trabajar, me pone un poco más en movimiento..”, práctica que si bien ellos indican mejorar su estado, reduce aún más las posibilidades de salir de la calle.

Lo anterior pone en evidencia las carencias de muchos de los programas actuales de atención al indigente, y es aquí en donde radica la importancia de que las instituciones que trabajan con habitantes de la calle deben conocer a fondo cada persona que está siendo tratada y eliminar posibles concepciones erróneas de lo que es esta problemática, para poder plantear un método de trabajo que permita obtener los resultados deseados, o sea, la reincorporación a la sociedad.

El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental plantea un abordaje que merece entonces ser recalcado, en donde el conocimiento y respeto de las historias de vida, el entendimiento desde la perspectiva del usuario de la salud mental y la potencialización de los poderes personales de cada persona para poder dirigirse hacia los objetivos planteados, siguiendo a Shoma Morita con la pregunta de ¿Cuál es mi objetivo en la vida y qué debo hacer ahora para poder alcanzarlo?, representa un abordaje holístico que busca satisfacer las necesidades individuales y contextuales del paciente.

La investigación tiene el objetivo de valorar el impacto de organizaciones de bien social en la salud mental/autoestima, sin embargo, se observaron otras variables que también pueden tener algún grado de importancia en el bienestar de la persona, como por ejemplo la edad, ya que dentro de este mismo grupo se encuentran la mayor cantidad de personas (n=8) que se consideran “funcionales”, que pueden desarrollar algún tipo de trabajo con mayor facilidad y el

tiempo de vivir en situación de calle, ya que dentro del grupo de personas que obtuvieron puntaje alto de la autoestima se encuentran aquellas que en su mayoría han vivido la mayor cantidad de años como indigentes.

Desde el punto de vista de Barker el hecho de contar con más años es tomado desde la historia de vida de una persona como años de experiencia en donde tal vez ha sido “salvado” varias veces que, si bien no ha logrado recuperar al 100% su salud mental, ha podido aprender algunas cosas, o incluso ha aprendido a nadar permitiéndole, aún si es sufriendo, mantenerse a flote.

El contacto con familiares resulta ser el indicador que más sugiere impacto en la autoestima de la persona en situación de calle, en donde el mayor porcentaje de personas que si tienen contacto con sus familiares (87%), fueron aquellas que obtuvieron como resultado en la Escala de Rosenberg una autoestima alta, este último dato vuelve a resaltar la gran importancia que tiene la familia y el apoyo de la misma, o el simple hecho de saber que ellos están allí.

El nivel educativo no representa un factor predisponente en el grado de bienestar y autoestima que el individuo en situación de calle pueda tener ya que, según los resultados obtenidos en los tres niveles de autoestima, alto, medio y bajo, se encuentran desde personas con primaria incompleta hasta universitarios.

La salud mental de estos individuos es, en síntesis, adecuada considerando los niveles de autoestima y bienestar que expresaron, este sentido de bienestar está asociado más a estar en contacto de forma frecuente con su grupo primario de apoyo, que el participar o no de organizaciones de bien social, la mayoría reconoce su realidad y de igual manera entiende y acepta su realidad, siendo este un mecanismo saludable de sobrevivencia.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

No se puede determinar que haya un impacto significativo en la salud mental de las personas en situación de calle al participar en actividades de organizaciones de bien social por lo que es posible pensar en que realmente no se está haciendo el trabajo necesario para poder atender a esta población, que se deben de redirigir esfuerzos y replantear programas.

La importancia de encontrar qué puede hacer que la persona en situación de calle encuentre motivación para seguir adelante, que sea capaz de proponerse y cumplir sus objetivos, creyendo y confiando en sí mismo puede hacer a diferencia entre una vida digna y una en la que hasta las necesidades más básicas no son capaces de ser satisfechas.

La condición socioeconómica de la mayoría de los habitantes de la calle entrevistados se resume en masculinos, costarricenses de entre 29 a 39 años de edad, y en donde sobresale con importancia su escolaridad de primaria incompleta y que en su mayoría se desempeñan realizando algún tipo de trabajo del cual obtienen cierta cantidad de remuneración económica, pero que debido a que todos son consumidores de drogas lícitas o ilícitas el dinero ganado es gastado principalmente en la compra de drogas.

La gran mayoría de los entrevistados llevan de 1 a 5 años viviendo en situación de calle, llevados a ella principalmente por la drogadicción, a pesar de su indigencia la mayoría de ellos indican tener algún tipo de relación con sus familiares pero que generalmente es una relación vacía sin ningún tipo real de apoyo.

La mayoría de las personas en situación de calle entrevistadas obtienen sorprendentemente, de acuerdo con la evaluación realizada con la Escala de Rosenberg, un resultado de autoestima alta lo cual hace pensar que esta población ha establecido mecanismos de afrontamiento y

construido realidades para manejar su entorno, convirtiéndolos en personas más adaptadas y resultando en una mejor autoestima.

El participar en actividades de programas de bien social no refleja, según lo obtenido en esta investigación, una diferencia sustancial en la salud mental/autoestima del individuo en estado de callejización, sin embargo, se observa que si hay una diferencia entre las personas que tienen de alguna u otra forma la presencia de redes de apoyo, confirmando así la gran importancia que tiene la familia en la vida de las personas, siendo uno de los pilares, sino el más importante, en su equilibrio mental.

La situación de calle, para finalizar, es más compleja que personas durmiendo en la calle sin nada que comer; son vivencias anteriores, traumas, patrones aprendidos y un sin número de problemas mentales que enfrentan día a día aquellos a los que llamamos indigentes y que detrás de esa piel sucia, ese pelo descuidado o esa ropa desalineada son seres humanos con un corazón lleno de deseos y merecedores de comprensión y una mano solidaria.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Para las organizaciones de bien social, no gubernamentales:

-Contribuir en la elaboración y puesta en práctica de programas de voluntariado que velen no solo por las necesidades básicas, sino también por la salud mental para así iniciar un viaje hacia la recuperación y posible reinserción social de las personas en situación de calle.

-Crear una base de datos que permita cuantificar e identificar a los habitantes de calles que asisten a las diversas actividades de todas las organizaciones de bien social para así contribuir con un censo de esta población para que así el gobierno pueda idear planes en pro de estos.

-Fomentar el apoyo y la participación en las investigaciones futuras sobre este y cualquier tema, permitiendo a los y las estudiantes participar en la organización para la obtención de información necesaria para su trabajo investigativo.

6.2.2 Para las autoridades asistenciales y docentes en enfermería

-Incentivar a los estudiantes, personal de la carrera de Enfermería y profesionales para la realización de proyectos investigativos, trabajos comunales o ferias de salud dirigidos a los habitantes de calle, ya que ellos también merecen salud.

-Impartir talleres y charlas educativas a personas en situación de calle, sobre estilos de vida saludables, enfermedades de transmisión sexual (ETS), promoción de la salud, en especial la salud mental como métodos de afrontamiento, expresión de emociones, resolución de conflictos, redes de apoyo, etc.

-Liderar o participar en programas de voluntariado en pro de la salud de las personas en situación de calle.

6.2.3 Para las Instituciones Gubernamentales:

-Tomar en cuenta a esta población para realizar campañas de inclusión social, de tolerancia y no discriminación hacia el habitante de la calle.

-Destinar más recursos económicos que combatan la indigencia mediante la creación o fortalecimiento de lugares aptos para la atención integral, no solo enfocarse en las necesidades básicas de ropa, techo y comida, sino que también darle la importancia a la reconstrucción de su salud mental y la obtención de herramientas que les permitan desempañarse dentro de la sociedad y vivir una vida “normal”.

-Capacitar y sensibilizar a los funcionarios del sector público, en especial a la policía municipal y aquellos que trabajen directamente con esta población, sobre el tema de la situación de calle para así mejorar el trato hacia ellos.

-Fortalecer los programas de rehabilitación, evaluando la funcionabilidad de estos, así como los programas de educación impartidos en escuelas y colegios sobre el consumo de drogas.

-Supervisar rigurosamente las instituciones gubernamentales y privadas que proveen programas de rehabilitación para que, a partir de la realimentación de los participantes, estas sean más eficaces y eficientes y de esta forma puedan realmente combatir esta problemática social.

-Garantizar el acceso a la información de becas, pensiones, ayudas sociales disponibles para esta población.

6.2.4 Para las universidades estatales y privadas:

-Este documento sirve de guía para futuras investigaciones sobre el tema, ya que, a nivel nacional e internacional, los estudios sobre la situación de calle y sus consecuencias tanto en la salud física y mental de las personas en indigencia son casi inexistentes.

6.2.5 Para la sociedad:

-Velar por brindar un ambiente familiar sano y empático en donde los miembros de esta se sientan comprendidos, respaldados y apoyados, y puedan desarrollarse emocionalmente de la mejor manera.

-Educar y educar a las futuras generaciones para evitar la estigmatización hacia las personas en situación de calle, ya que son seres humanos que merecen inclusión, tolerancia y apoyo.

-Ser entes del cambio, ser empáticos, involucrarse en voluntariado con organizaciones de bien social que trabajen con las personas en situación de calle de forma activa e integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chica Ortiz JJ. Reconocer los factores de la no integración de las personas indigentes del centro de la ciudad de Guayaquil. Univ Guayaquil [Internet]. agosto de 2015 [citado 2 de octubre de 2019];91. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7505>
2. Salamnca Colipe CA. Derecho constitucional a la salud: acceso de las personas indigentes a las prestaciones de salud en el sistema público [Internet]. 2015 [citado 3 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://repositoriodigital.ucsc.cl/handle/25022009/935>
3. Gutierrez Gordillo JS. De la indigencia en el Bronx al Plan distrital de desarrollo de Gustavo Petro (2012-2014) [Internet]. 2015 [citado 4 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/11911?show=full>
4. Pérez Riet Correa S. Invisibles : personas en Situación de Calle en el proceso de Reforma de atención en Salud Mental en Uruguay. Univ Repúb [Internet]. 2017 [citado 2 de octubre de 2019];46. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10947>
5. Rodríguez Espínola S. La salud en población urbana argentina desde una mirada multidimensional de la pobreza [Internet]. 1a edición. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: UCA : Educa; 2018. 42 p. (Barómetro de la deuda social argentina. Serie del Bicentenario (2010-2016). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324213191_Serie_del_Bicentenario_2010-2016_Ano_VII_DOCUMENTO_DE_INVESTIGACION_DOCUMENTO_DE_INVEST

IGACION_LA_SALUD_EN_POBLACION_URBANA_ARGENTINA_DESDE_UNA_
MIRADA_MULTIDIMENSIONAL_DE_LA_POBREZA

6. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 [Internet]. [citado 4 de octubre de 2019].
Disponible en: <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
7. Política Nacional: atención integral para personas en situación de abandono y situación de calle [Internet]. [citado 4 de octubre de 2019]. Disponible en:
[https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Poli%C4%9Btica%20final%203%20de%20julio%20\(5-7-16\).pdf](https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Poli%C4%9Btica%20final%203%20de%20julio%20(5-7-16).pdf)
8. Phillips Hidalgo K. Factores socio-personales que intervienen en el proceso de consumo de psicoactivos en población indigente mayor de edad en el Gran Área Metropolitana II cuatrimestre 2018. 2018 [citado 2 de enero de 2020]; Disponible en:
<http://13.65.82.242.uh.remotexs.xyz/xmlui/handle/cenit/3423>
9. Indigencia | Definición de indigencia - «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. Real Academia Española. 2014 [citado 3 de octubre de 2019].
Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=LOUfuO9>
10. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas [Internet]. [citado 3 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
11. Atención de personas habitantes de calle se aplica mediante política pública y acciones articuladas – Presidencia de la República de Costa Rica [Internet]. Presidencia de la República de Costa Rica. 2018 [citado 3 de octubre de 2019]. Disponible en:

<https://presidencia.go.cr/comunicados/2018/01/atencion-de-personas-habitantes-de-calle-se-aplica-mediante-politica-publica-y-acciones-articuladas/>

12. J. Nieto C, H. Koller S. Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2015 [citado 15 de octubre de 2019];5(3):2162-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-48322015000302162&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Homeless | Definition of Homeless by Lexico [Internet]. Lexico Dictionaries | English. [citado 15 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.lexico.com/en/definition/homeless>
14. Cahum Chan MY, Caamal Solis CR. El concepto de indigencia institucionalizada a través de una casa de beneficencia: el caso del comedor « Nuestra Señora Virgen de la Estrella» de Peto, Yucatán. 2016 [citado 15 de octubre de 2019];200. Disponible en: <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1253>
15. Sandoval XCM, Vyhmeister RP, Parada BV. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2018;18(2):215-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>
16. OMS | Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 18 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
17. Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. [citado 19 de octubre de 2019]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=32389362E096E4CBA184260F9E7ACC3B?sequence=1

18. Silva Escorcía I, Mejía-Pérez O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Rev Electrónica Educ [Internet]*. 2015 [citado 19 de octubre de 2019];19(1):241-56. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194132805013>
19. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. *Minist Salud [Internet]*. 2011 [citado 20 de octubre de 2019];153. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file>
20. Administración de Acción Social y Administración de Instituciones de Bienestar Social | Instituto Mixto de Ayuda Social [Internet]. [citado 20 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.imas.go.cr/general/administracion-de-accion-social-y-administracion-de-instituciones-de-bienestar-social>
21. HOGAR CREA COSTA RICA – Somos fe y esperanza [Internet]. [citado 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://hogarcreacostarica.com/>
22. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid [Internet]*. 17 de julio de 2015 [citado 13 de febrero de 2020];6(2):1108. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/172>
23. Alligood MR. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 8.^a ed. España: Elsevier; 2015.

24. Martínez Raya GD, Alfaro Urquiola AL. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes paceños. Fides Ratio - Rev Difus Cult Científica Univ Salle En Bolív [Internet]. marzo de 2019 [citado 7 de abril de 2020];17(17):83-100. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2071-081X2019000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Ceballos Ospino GA, Paba Barbosa C, Suescún J, Oviedo HC, Herazo E, Campo Arias A. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. Pensam Psicológico [Internet]. 3 de agosto de 2017 [citado 7 de abril de 2020];15(2):29-39. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1463>
26. Pérez Contreras B, González Otero K, Polo Bolaño Y. Perfil sociodemográfico y económico de estudiantes universitarios [Internet]. 2018 [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://revistas.cecar.edu.co/busqueda/article/view/391>
27. Pérez Porto J, Merino M. Definición de red de apoyo - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. 2016 [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/red-de-apoyo/>
28. Cocaína y crack [Internet]. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. 2018 [citado 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/blog/452-cocaina-y-crack-siete-maneras-en-las-que-destruyen>
29. Baptista MN, Rigotto DM, Cardoso HF, Rueda FJM. Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. Psicol Desde El Caribe [Internet]. 2012

[citado 10 de mayo de 2020];29(1):1-18. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171002>

ABREVIATURAS

AASAI – Área de Acción Social y Administración de Instituciones

CAMAD – Centro de Atención Médica a Drogodependientes

CCSS – Caja Costarricense del Seguro Social

CENCINAI – Dirección Nacional de Centro de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral

COMAICSJ – Comisión de Atención al Indigente del Cantón Central de San José

COVID-19 – Coronavirus disease 2019

CREA – Hogar Casa de Reeducción de Adictos

ERA – Escala de Rosenberg de Autoestima

ETS – Enfermedades de transmisión sexual

IAFA – Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICD – El Instituto Costarricense sobre Drogas

IDAPC – El Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal

IMAS – Instituto Mixto de Ayuda Social

INAMU – Instituto Nacional de la Mujer

INCIENSA – Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

MIDES – Ministerio de Desarrollo Social

MINSA – Ministerio de Salud

OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS – Organización Mundial de la Salud

PAST – Programa de Atención a los Sin Techo

RAE – Real Academia Española

SIPO – Sistema de Información de la Población Objetivo

ANEXOS

Anexo N°1

AGRADECIMIENTO

A mi tutora MSc. Keyla Palma Delgado, por su profesionalismo y pronta resolución de dudas, por sus recomendaciones, su dedicación y apoyo.

A Cristina Gomar, entonces directora de De la Mano con la Calle y a el equipo y voluntarios, por su apoyo y su orientación en el tema de la situación de calle y su perspectiva como ONG en la atención de la persona indigente, además de la oportunidad de participar como voluntaria en las distintas actividades de dicha organización.

A los participantes de la investigación por su colaboración y el permiso para aplicar el instrumento de investigación, en especial a Ericka por su gran ayuda.

¡Muchas Gracias!

Katherinne Vanessa Monney Cordero

Anexo N°2: Declaración jurada

Yo Katherinne Vanessa Monney Cordero, cédula de identidad número 1-1698-0167, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de gradación, para optar por el título de licenciatura titulado **“IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN SOCIAL, CASCO CENTRAL DE SAN JOSÉ, III CUATRIMESTRE 2019”** es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 28 de mayo de 2020



Katherinne Vanessa Monney Cordero

1-1698-0167

Anexo N°3: Carta de aprobación del tutor

San José, 28 de mayo, 2020

Señora
Msc. Vanessa Aguilar Zeledón
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Sirva la presente para comunicarle que la estudiante **Katherinne Vanessa Monney Cordero**, cédula 1-1698-0167, me ha presentado para el efecto de revisión y aprobación el trabajo de investigación denominado **IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN SOCIAL, III CUATRIMESTRE 2019**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería

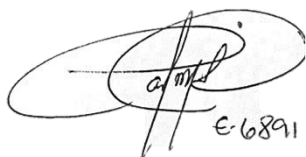
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante si obtiene la siguiente calificación

A) Originalidad del Tema	10%	9%
B) Cumplimiento de entrega de avances	20%	20%
C) Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación	30%	28%
D) Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	20%	18%
E) Calidad de detalle del marco teórico	20%	19%
Total	100%	94%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura

Atentamente



E-6891

Msc. Keyla Palma Delgado
Enfermera en Salud Mental
EE-6891

Anexo N°4: Carta de aprobación del lector

San José, 07 de julio de 2020

**Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente**

La estudiante KATHERINNE VANESSA MONNEY CORDERO, cédula de identidad número 1-1698-0167, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: “IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN SOCIAL, III CUATRIMESTRE 2019” el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas y evaluando los aspectos relativos a la congruencia entre el tema, objetivos, cuadro de variables, instrumento, análisis y tabulación de los datos se determina dar aval al documento final para pasar a la fase del filólogo.

Atentamente,



Licda. Pilar Acosta Rojas

Cédula identidad 2-0650-0038

Carné Colegio Profesional E-9108

Anexo N°5: Escala de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: autoestima media. No representa problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo
B. De acuerdo

C. En desacuerdo
D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: **IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN SOCIAL, CASCO CENTRAL DE SAN JOSÉ, III CUATRIMESTRE 2019.**

Nombre del Investigador (a) Principal: **KATHERINNE VANESSA MONNEY CORDERO**

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente recolección de información tiene como objetivo investigar el impacto en la salud mental de las personas en situación de calle, específicamente en el bienestar y autoestima, que participan en programas de bien social con el fin de exponer si el modo de trabajo que proponen estas organizaciones benefician o no al habitante de la calle al aumentar su autoestima, todo lo que esto conlleva, y así la búsqueda de cambios de estilo de vida para la reinserción social y salida de la calle del mismo, y de igual forma exponer la opinión que tienen la muestra de interés para así dar a conocer las necesidades de esta población.

La investigación tiene un tiempo de duración aproximado a 6 meses en total, sin embargo, la participación para contestar las preguntas del cuestionario tomará no más de 10 minutos.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

1. El cuestionario se conforma de dos partes, su participación consiste en contestar en la primera parte un marque con "X" la respuesta a la pregunta que refleje su situación actual, seguidamente en la segunda parte contestará de forma abierta y oral dos preguntas sobre su percepción con respecto a la situación de calle.
2. Para participar en la investigación solo se pide como requisito contestar de forma verdadera, sin omitir ningún detalle para que los resultados de la investigación reflejen la realidad de la situación de calle.

3. Al participar en la investigación se compromete a ser lo más abierto posible y honesto para así recolectar la mayor cantidad de detalles que sirvan para un correcto análisis del problema de investigación.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: debido a que se requiere compartir información relacionada a una situación como lo es la de calle algunas personas podrían experimentar incomodidad o ansiedad, sin embargo, es importante enfatizar que la información será recolectada totalmente de forma anónima por lo que no se mencionará ningún tipo de información en la que sea posible revelar su identidad.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores y la población en general, aprendan más acerca de la realidad de la situación de la calle, así como sus necesidades y una posible intervención que sea ideal para así poder disminuir el impacto directo en las personas que viven en ella y en el país.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) Katherinne Vanessa Monney Cordero quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 8850-4324 en el horario lunes a viernes 1 pm a 5 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2211-3000**, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Katherine Vanessa Money Cordero 1-1698-0167

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

NOTA: Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

Anexo N°7: Codificación de sentimientos, emociones y realidades

Investigador	Participante	Subunidad de análisis
¿Qué pensamientos, conductas, sentimientos o emociones han surgido al estar en situación de calle?	“A veces me siento súper mal, me siento que estoy mal, en el estado en el que uno está y antes que uno estaba en su casa con la familia y eso, y ver como uno anda aquí. Total, todo pasa. ”	Conformismo
	“ Diay sinceramente, cuando uno está drogado o alcoholizado uno no piensa, no analiza, ni nada, siente que está contento o sedado; pero ya en el momento en el que uno no tiene nada se levanta con frío en las noches , y cosas así, entonces uno piensa, uno le pregunta a Dios que por qué, sinceramente, uno tiene que estar en esta vida , entonces ya uno empieza a sentir eso y pensar que si uno puede ser mejor y estar en la casa, que podiera haber sido otra persona , que por qué Dios escogió esta vida para mí, si yo no pienso mal ni actúo mal, si más bien he cambiado un montón de cosas que hacía antes y así, daño, digamos eso es lo que yo siento, que la familia por qué a uno no lo busca.”	Incertidumbre Reproche Comparación con otra persona/situación
	“Demasiadamente mal, pero me impide tocar lo ajeno, ”	Honradez
	“Diay mal”	Reconocimiento
	“Pues mal porque no he cambiado por mí mismo, porque no lo he querido , porque eso nace de uno; pero bien porque tengo mucha gente que me ayuda ”	de su propia situación
	“Yo me siento en paz, la gente de uno es la gente de la calle, la que lo apoya a uno, la que lo quiere , la que está a lado de uno, porque en la vida no hay que confiarse ni de donde viene ”	Agradecimiento

	<p>“Cuando llega la 1 de la mañana, las 2 de la mañana, “¡ , que aquí, que allá!, nos acordamos del hombre, en realidad es así. Ya cuando nos cae una platica, que llega una señora con la fé “vea dos mil colones para que vaya a comer”, y salimos así... y se nos olvida comer, porque es así, son cosas que a mucha gente le rueda el piso, pero son verdades.”</p>	<p>Respaldado</p> <p>Desconfianza</p> <p>Tristeza</p>
	<p>“Triste, porque me siento solo, es bastante duro”</p>	<p>Soledad</p>
	<p>“Muy feo, sin mi familia, triste”</p>	
	<p>“Diay que me maltratan mucho, me señalan mucho en la calle, me hace sentir mal, me desprecian mucho en las calles, como un animal.”</p>	<p>Humillación</p> <p>Desprecio</p>
	<p>“Demasiado fatal, por humillaciones, golpes, humillan mucho, la gente humilla mucho a las mujeres.”</p>	<p>Identificación de</p>
	<p>“Diay mal porque no estoy con mis hijas”</p>	
	<p>“Eso es relativo, en el momento, y con las personas que me esté relacionando, no soy una persona que en un momento estoy viviendo una emoción y después..., no, en ese aspecto puedo manejar algunos que otros temperamentos, y gracias a Dios los identifico y entonces no permito que jueguen conmigo.”</p>	<p>pensamientos y</p> <p>conductas</p> <p>Afligido</p>
	<p>“Achantado, de viaje. Afligido, porque diay, usted sabe que vivir en la calle no es bonito.”</p>	<p>Humanidad</p>
	<p>“Más sentimientos que a muchas personas, porque al tener necesidad, se llega a sentir lo que es la necesidad entre las personas, bajo esa coraza que uno tiene dura hay un gran corazón. Muchas veces me siento solo, pero di, ya son muchos años, ya son 31 años de vivir en la calle, entonces diay, lo asimila uno.”</p>	<p>Resiliencia</p> <p>Frustración</p>
	<p>“De momento me siento, diay, a veces frustrado, porque diay no haya uno que hacer, muchas veces que cuando uno tiene ganas de comer, frío, o talvez no entró al dormitorio por X cosa y diay tener que quedarse en la calle es duro, y más con estos fríos que hace en la noche, y uno se pone</p>	<p>Apoyo</p>

	<p>a pensar, yo pudiendo estar en un cuarto, alquilando, algo así tuanis y no, estoy aquí en la calle, eso lo frustra un montón a uno.”</p> <p>“Para mí ha sido muy duro, gracias a Dios tengo a mi esposo a la par, él es mi apoyo. Pero se aprende a vivir, se aprende a vivir poco a poco, pero ahí vamos, con el apoyo de mi esposo ahí vamos, adelante, para sobrevivir.”</p> <p>“Diay mal, mal porque quisiera tener un hogar, una familia, sentirme bien conmigo mismo.”</p> <p>La vida es una balanza, uno escoge donde uno quiere estar, cada quién tiene su camino, le doy gracias a Dios donde estoy, donde estuve y donde voy a estar.</p> <p>“Diay. Muy mal obviamente, pero por el vicio uno está ahí metido. Pero sinceramente me siento muy mal de andar en la calle.”</p>	<p>Necesidades básicas</p> <p>Bajo autoestima</p> <p>Resignación</p>
<p>¿Qué es lo que más le ha afectado personalmente al vivir en situación de calle?</p>	<p>“La droga, eso es todo, si no fuera por la droga yo no estaría aquí. Todo es duro, pero lo más duro es dormir en la calle, tener frío y también sentir el rechazo de los seres humanos, de la sociedad. Para la sociedad nosotros somos los más ratas, las escorias humanas, los piedreros para ellos somos lo más bajo del mundo.”</p> <p>“Cuando yo veo a familias y así, pienso en mi familia y ahí es donde a mí me afecta, y cuando empieza el frío en las madrugadas, ahí es cuando a uno le afecta.”</p> <p>“Aceptar el perdón de la sociedad.”</p> <p>“Diay todo, que le pueden hacer un daño a uno, y que es feo vivir en la calle”</p> <p>“El comer, claramente, porque ganas de trabajar me sobran.”</p> <p>“Ahorita, por ejemplo con esta pandemia, todo el mundo le cierra las puertas, nadie llevo a dejarle un poco de alcohol, para lavarse las manos, nadie llevo a dejarnos mascarillas, nadie llevo a dejarnos nada, todo para el saco de ellos, los demás que se mueran, los ratones de</p>	<p>Drogadicción</p> <p>Vivienda</p> <p>Rechazo</p> <p>Exclusión social</p> <p>Situación familiar</p> <p>Inseguridad</p>

	<p>laboratorio de la calle, pero bueno, vamos a ver que les pasa a ellos, si se murieron bueno, ahí quedaron, nosotros vivimos, vea lo que es Dios de grande que nosotros seguimos invictos, y la gente que tiene mucha plata ahorita se están muriendo”</p>	<p>Necesidades básicas</p>
	<p>“La droga, vea, ahora lo que estoy haciendo es consumir mota para un poco dejar eso, me estoy volviendo así porque ahora me da por irme a bañar, irme a trabajar, me pone un poco más en movimiento, en cambio la piedra lo que hace es que le baja el autoestima, no te da por bañarte, ¡que no hace en uno! Yo he perdido... Imagínese, caí en el 2012 en la Reforma, y salí el 17 del 2017, y fue mi primera vez. Si sale más limpio, pero si se consume, hay más droga que en la calle. Hay mucha gente que lo desprecia a uno, creen que uno es una basura, una cochinado, lo que ellos no saben es que uno vale más que esa persona. Yo la otra vez vi un chavalito, que estaba humillando a una persona y le digo yo “sabe que pa’ yo no tengo ningún problema con usted, porque legalmente no es conmigo, pero primero véase sus defectos y después los de él, porque todos somos iguales, pero diay, sufrimos igual, dormimos igual, entonces no menosprecie, porque usted no sabe si puede resbalar y caer en el mismo vicio”.</p>	<p>Sufrimiento</p> <p>Redes de apoyo</p> <p>Irrespeto</p> <p>Costumbre</p> <p>Desempleo</p>
	<p>“No tengo a mi mamá, no tengo en donde estar, no hay quién lo reciba a uno.”</p>	
	<p>“El frío y el estar sufriendo”</p>	
	<p>“No tener el apoyo de mi familia ni de ninguna institución, que me quiera ayudar porque somo indigentes y nos señala. Ni el IMAS me quiere ayudar, tengo dos años de estar en indigencia, no fumo, no soy drogadicto, he pedido ayuda, pero no me quieren ayudar”</p>	
	<p>“La municipalidad no respeta a los indigentes, nos moja, nos maltrata, nos quitan los cartones, nos quitan todo, las cobijas, ellos no saben que más adelante puede ser un hijo de ellos que puede estar en la calle. Las noches con frío, que llegue la</p>	

	<p>muni y que ponga la manguera y nos mojen los cartones, las cobijan y nos echen como un perro, que llegue la muni y nos golpean.”</p>	
	<p>“El no ver a mis hijas”</p>	
	<p>“Parece tonto lo que le voy a decir, pero nada, absolutamente nada, gracias a Dios, uno tiene que aprender a desarrollar una habilidad de adaptación, y aprovechar todas las oportunidades que se le presentan constantemente. Una cosa es ver, y otra es observar, una cosa es oír y otra es escuchar, una cosa es hablar y otra es expresarse, entonces si una conversación no me deja nada, no tengo que seguirla, simplemente sigo mi camino y punto.</p> <p>El Señor me da todo, todos los recursos que necesito constantemente, ahora, de mi situación no culpo a nadie, es mi situación, y no tengo por qué achacársela a nadie, esas son pamplinas, esas son justificaciones baratas, uno está así porque le da la gana.</p> <p>A mí me gusta, de una u otra manera, aunque usted no lo crea, no tengo que pagar casa, no tengo que pagar luz, no tengo que pagar absolutamente nada, ni el aprecio no tengo que comprarlo, ni el amor no tengo que comprarlo. No tengo que justificarme, ni echarle la culpa a nadie, si no quisiera esto, si algo me perjudicara, tenga plena seguridad que cambiaría de <i>hobbie</i>. La persona que se justifica no crece emocionalmente.”</p>	
	<p>“La comida”</p>	
	<p>“Lo que me ha costado más es que me he acostumbrado a vivir en ella y no es bueno, cuando usted hace un estilo de vida en la calle no es bueno, porque cuesta más salir de ella.”</p>	
	<p>“Legalmente son las drogas, yo soy uno que yo estoy tratando de dejar el vicio, digamos, porque yo tengo mis vicios, cuesta, y al saber que uno no tiene un lugar en donde estar, tiene uno que estarse preocupando cómo hago para comer.”</p>	

	<p>“Cuesta, sobrevivir en la calle cuesta, muy dura, nadie se preocupa por uno, que vengan que le digan ¿Tiene casita, tiene en dónde bañarse, tiene en dónde comer? En veces uno va a una soda y pide que comer, más bien lo que hacen es despreciarlo a uno por andar en la calle, son muchas cosas.”</p>	
	<p>“No tener un trabajo, para poder yo desenvolverme, yo quiero trabajar, quiero esforzarme, quiero luchar por ser alguien de bien, quiero luchar por un futuro mejor para mí.”</p>	
	<p>“Cuando yo tenía mi esposa, a veces yo quiero. Yo vivía con una tica, mucho tiempo, ella tenía plata, yo tenía plata, trabajaba en un buen trabajo, ahora me quieren robar mis cosas, yo a nadie le vendo, ya no meten miedo porque yo camino con este chuzo, me entiende, yo no quiero hacer eso, no me cuadra. Yo soy bueno, por lo menos si yo le regalo dos tejititas a él, dos tejititas yo se lo regalo, me gusta ser caritativo.”</p>	
	<p>“La dormida, la comida, diay imagínese que cuando uno se acuesta en una acera ¿Qué es lo más duro? Pensar el día de mañana no tener que comer.”</p>	

Anexo N°8: Cuestionario

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA



Estimado participante, la presente entrevista tiene como objetivo obtener información para determinar el impacto en la salud mental de las personas en situación de calle que participan en programas de bien social, 2019, mediante la comparación de aquellas que no lo hacen. Lo anterior, como parte de la tesis para optar por el título de Licenciatura de Enfermería de la estudiante de la Universidad Hispanoamericana Katherine Monney Cordero.

Toda la información que usted pueda aportar será de gran valor para el estudio. Se garantiza la total confidencialidad de la información, la cual será de conocimiento único del estudiante. Por favor responda con total sinceridad.

Muchas gracias por su colaboración.

Instrucciones generales:

Responda, en la primera parte, cada enunciado marcando una equis “X” en la respuesta que se adapte a su situación actual, no hay respuestas buenas ni malas, todas sirven; para efectos del control de la información la segunda parte de la entrevista será grabada (audio).

Primera parte.

Aspectos sociodemográficos y económicos

P1. Género

1. () Femenino

2. () Masculino

P2. Edad:

1. () 18-28 años

2. () 29-39 años

3. () 40-50 años

4. () 51-60 años

5. () más de 60 años

P3. Nacionalidad:

1. () Costarricense

2. () Nicaragüense

3. () Colombiano

4. () Venezolano

5. () Otro: _____

P4. Escolaridad:

1. () Ninguna

2. () Primaria incompleta

3. () Primaria completa

4. () Secundaria incompleta

5. () Secundaria completa

6. () Universidad incompleta

7. () Universidad completa

8. () Técnico

P5. ¿Trabaja? (Si su respuesta es **No**, continúe a la pregunta #7)

1. () Sí Su ingreso diario es de: _____

2. () No

P6. El dinero ganado lo usa mayormente en:

1. () Comida

4. () Enviar a la familia

3. () Alcohol/Droga

5. () Otro: _____

2. () Pago de habitación

P18. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P19. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P20. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P21. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P22. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P23. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P24. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P25. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. () Muy de acuerdo | 3. () En desacuerdo |
| 2. () De acuerdo | 4. () Muy en desacuerdo |

P26. A veces creo que no soy buena persona.

1. () Muy de acuerdo

3. () En desacuerdo

2. () De acuerdo

4. () Muy en desacuerdo

Segunda parte.

Percepción

P27. ¿Qué pensamientos, conductas, sentimientos o emociones han surgido al estar situación de calle?

P28. ¿Qué es lo que más le ha afectado personalmente al vivir en situación de calle?

Anexo N°9: Validación de cuestionario (Tabla del programa STAT)

. alpha p17- p26, item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	average			alpha
			item-test correlation	item-rest correlation	interitem covariance	
p17	20	+	0.7088	0.5813	.0991228	0.5758
p18	20	+	0.4704	0.3788	.1320175	0.6338
p19	20	+	0.7415	0.6553	.1045322	0.5783
p20	20	+	0.8616	0.8178	.1001462	0.5621
p21	20	+	0.4666	0.2254	.1247076	0.6606
p22	20	+	0.2311	0.0287	.1494152	0.6885
p23	20	-	0.5848	0.4645	.1173977	0.6108
p24	20	+	0.4524	0.3135	.1283626	0.6353
p25	20	-	0.2383	0.0063	.1516082	0.7016
p26	20	+	0.5661	0.2973	.1114035	0.6524
Test scale				.1218713	0.6568	

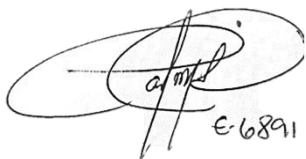
Carta de autorización para publicación de la tesis

Viernes 14 de agosto, 2020

Señora
Msc. Vanessa Aguilar Zeledón
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Yo, Keyla Palma Delgado en mi calidad de tutora de la señorita **Katherine Vanesa Monney Cordero**, cédula de identidad 1-1698-0167 y sustentante de la tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería con el tema **IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN SOCIAL, CASCO CENTRAL DE SAN JOSÉ, III CUATRIMESTRE 2019**, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas por el Tribunal de la Defensa el día de la presentación de la misma.

Sin otro particular me despido



Msc. Keyla Palma Delgado
Cedula 109580134
Carné Código Profesional EE-6891

Carta De Autorización De Los Autores Para La Consulta

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 14 de agosto, 2020

Señores:

Universidad Hispanoamericana

Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Katherinne Vanessa Monney Cordero con número de identificación 1-1698-0167 autor (a) del trabajo de graduación titulado IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE BIEN SOCIAL, CASCO CENTRAL DE SAN JOSÉ, III CUATRIMESTRE 2019. presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar por el título de Licenciatura en enfermería; SI autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



1-1698-0167

Firma y Documento de Identidad