

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

MAGISTER EN TRABAJO SOCIAL

**SALUD MENTAL Y FAMILIA: UNA CARACTERIZACIÓN DESDE LA  
PRÁCTICA.**

Profesor Guía: Paredes Garcés Julio Cristián.

Alumna: Salazar Donoso Maritza Elizabeth.

Tesis para optar al grado de Magister en Trabajo Social.

Santiago, 24 de Junio de 2021.



## **1.2 DEDICATORIA.**

La siguiente tesis tiene como propósito mostrar la realidad de familias que asisten a COSAM Cerro Navia y conocer sus historias a través de este estudio.

En estos 16 años de trabajo en salud mental pública, he tenido la posibilidad de conocer diversas historias y sus características, cada una de ellas distintas y complejas. A través de este estudio quisiera, con humildad, agradecer la tremenda posibilidad de crecer, personal y profesionalmente, en este espacio. Siendo este estudio un tributo a esta tremenda experiencia.

Dicho desafío no habría sido posible sin el apoyo de mi familia y especialmente el de mis hijos de 2 y 9 años, quienes con su infinito amor, me entregaron su tiempo para ver materializado este esfuerzo; en tiempos complejos, estos espacios son tremendamente valiosos.

Por ustedes, Agus y Laurita.

### **1.3 RESUMEN.**

La salud mental es entendida como un estado de completo bienestar psicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Las familias, como grupo primario de socialización por excelencia, cumplen un rol importante en cuanto a entregar a sus integrantes el cuidado y protección para que sus miembros logren satisfacer necesidades y alcanzar un óptimo desarrollo. Este estudio, de carácter cualitativo, busca comprender las principales características que presentan las familias que se atienden en el programa de psiquiatría infanto de adolescente de COSAM Cerro Navia, entre los años 2019 y 2020, y construir un perfil que permita identificar necesidades propias de la realidad actual y cómo desde el Trabajo Social, siendo una disciplina con vasta trayectoria en intervención con familia y salud, podemos repensar la intervención en el actual contexto social.

**1.4 Palabra Clave:** Salud Mental y Familia. Trabajo Social.

## 1.5CONTENIDO

1.2 DEDICATORIA.....	1
1.3 RESUMEN. ....	2
1.7.- CAPÍTULOS .....	4
1.8 Introducción. ....	4
1.9 PRESENTACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	6
2.0 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO.....	9
2.0.1PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN. ....	26
2.0.2 OBJETIVO.....	26
2.0.3 Objetivo general 1:.....	26
2.0.4 Objetivo Específicos 1: .....	27
2.0.5 Objetivo general 2:.....	27
2.0.6 Objetivos específicos 2:.....	28
2.0.7 SUPUESTO. ....	28
2.1 MARCO TEÓRICO. ....	29
2.1.1 Familia. Un grupo social primario por definición. Revisión de elementos básicos para su comprensión. .....	29
2.2 MARCO METODOLÓGICO.....	79
2.2.3Tipo de investigación: .....	81
2.2.4Técnicas de recolección de la información:.....	81
2.2.5 Nivel de investigación .....	82
2.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOPIADOS. ....	87
2.3.1 Introducción. ....	87
2.3.2 Características de las familias: ¿Cómo son distintas las tipologías familiares?.....	88
2.3.4 Convivencia familiar y personas significativas: el valor de las relaciones interpersonales.....	93
2.3.5 Lo socioeconómico, habitabilidad y redes de apoyo: indicadores de calidad de vida material e inmaterial.....	97
2.3.6 Salud mental y familia: una realidad invisible. ....	103
2.3.7Trabajo Social desde la intervención de crisis o desde la intervención Social con Familias. ....	107
2.4 CONCLUSIONES.....	114
2.5 APORTES PARA EL TRABAJO SOCIAL. ....	119
2.6 BIBLIOGRAFÍA. ....	128
2.7 ANEXOS. ....	132

## 1.7.- CAPÍTULOS

### 1.8 Introducción.

El siguiente estudio se compone de elementos que permitieron adentrarnos a la realidad de las familias que son parte de proceso de intervención en el COSAM Cerro Navia, específicamente en el programa de psiquiatría comunitaria infanto adolescente.

En este texto de investigación de tipo cualitativa, podrán encontrar elementos referentes a la investigación para optar al grado de Magister en Trabajo Social y que tienen relación con conocer las características de familias y su relación con la existencia de problemas de salud mental en el actual contexto social.

Con 16 años de experiencia recogida en la intervención con familias en un contexto de salud mental, surge la necesidad de sistematizar el conocimiento adquirido con este grupo social primario y saber cómo vive hoy en día.

La necesidad de investigar desde el Trabajo Social, en relación con qué se dice y hace desde la intervención con este grupo social, desde nuestro trabajo disciplinar, justifica este trabajo, buscando ser un aporte para el conocimiento y construcción de nuevas estrategias de intervención.

La escasa sistematización de las experiencias de intervención es un aspecto que requiere de mayor profundidad y recurrencia. El sistema de Salud cuenta con plataformas de datos que permiten la organización de información respecto a

medir lo que hace en este ámbito, pero no hay una práctica recurrente y sistematizada para la construcción de unas propuestas de intervención adecuadas a las especificidades de estos contextos. No es una práctica periódica analizar con mayor profundidad las características de la población y desde aquí la intervención está lejana a identificar la raíz de los problemas sociales que dan origen a los padecimientos que vive la población adscrita.

Para ellos sostenemos, como supuesto de investigación, que las familias que se atienden en la programa de psiquiatría infanto adolescente del COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020 en su mayoría presentan situaciones de alta vulnerabilidad social que estas, a su vez, no logran identificar.

El diseño para este estudio será del tipo descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo.

## **1.9 PRESENTACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN.**

Históricamente, el concepto de salud ha sido abordado y desarrollado como un aspecto relevante de la vida de los seres humanos. Este apunta a lograr un estado de bienestar, satisfacción, desarrollo y felicidad de los individuos y familias.

Dicha definición ha sido consagrada en la convención de los Derechos Humanos como un elemento fundamental (OMS, 1948), permitiendo a los individuos desarrollar capacidades y habilidades para lograr armonía con su entorno inmediato, aportando así a la sociedad en los distintos ámbitos de la vida.

La existencia y sobrevivencia de la humanidad en este siglo, trae consigo cambios en los estilos de vida, hábitos y comportamiento de los seres humanos propios de estas sociedades, experimentado en los últimos años procesos importantes de transformación. Siendo esta situación un elemento relevante en la forma en la que las familias hoy se configuran, constituyen y funcionan.

En este siglo, dicha condición se ejemplifica con el envejecimiento exponencial y acelerado de la población, la baja en las tasas de natalidad, y el incremento de problemas de carácter psicosocial como, por ejemplo, la violencia intrafamiliar, consumo y abuso de sustancias, que hoy en día son problemas de compleja resolución, que la población debe enfrentar y padecer en su cotidiano.

La OMS plantea, en estudios epidemiológicos, que estos aspectos han deteriorado la calidad de vida de la población, trayendo consigo un aumento de trastornos y enfermedades. Un ejemplo de ello son las cifras de aumento en tasas de embarazo adolescente o casos con intento de suicidio, en población menor de 20 años de edad (MINSAL, 2013).

A lo anterior, se suma nuestra historia como chilenos, que está marcada de sufrimiento y dolor, generados por 17 años de dictadura cívico militar; heredando una compleja condición social y cultural, la cual hasta ahora no ha sido resuelta. Nuestra sociedad padece de enormes heridas y traumas psíquicos provocados por la represión, desaparición y persecución forzada de miles de personas contrarias al pensamiento político de quienes tomaron el control de nuestro país vulnerando los derechos humanos (Lira, PSICOLOGIA DE LA AMENAZA POLITICA Y EL MIEDO, 1991)

Si bien el Estado chileno ha avanzado en construir un sistema social que apunta a disminuir las heridas psicológicas y sociales de este complejo periodo de nuestra historia y, en cuanto al sistema de salud como tal, se han creado mecanismos para fortalecer y reforzar la atención en salud con acceso y oportunidad; en este sentido, el trabajo realizado no ha logrado resolver, en estos 30 años, las necesidades existentes, siendo más bien insuficiente la respuesta entregada por el Estado. Un ejemplo de esto es que el sistema presenta listas de espera para acceder a la atención de especialidad y, en el caso de la salud mental, la demora en los tiempos de espera puede sobrepasar varios meses. Se observa una creciente incidencia en casos de enfermedades y trastornos en esta área, pese a

la existencia de un modelo de atención en salud mental creado hace más de 10 años. Casos como el déficit atencional, la depresión, intentos suicidas y el consumo problemático de sustancias en población menor de 20 años, preocupa de sobremanera, siendo una situación que aumenta en incidencia cada año.

En pleno siglo XXI, se hace urgente instalar, en la agenda pública, las brechas de las actuales condiciones del sistema de atención de salud y las falencias presentes en él. El Estado de Chile no ha resuelto aún la creación de un marco legislador que articule efectivamente las acciones que a nivel nacional e institucional se realizan en este ámbito de la política pública.

Este estudio busca contribuir a una mejor comprensión y toma de decisiones, basada en evidencia recogida desde la experiencia de atención de las familias atendidas en el programa de psiquiatría infanto adolescente perteneciente a COSAM Cerro Navia y comprender las principales características que presenta este grupo social, respecto a los problemas de salud mental que puedan presentar. A su vez, se pretende contribuir al debate actual en el campo de la salud y las ciencias sociales y construir nuevas propuestas de intervención, basadas en la sistematización de la información y experiencia recogidas en este estudio.

Este trabajo se enmarca en el campo de acción como Trabajadora Social de COSAM Cerro Navia, situada en este espacio por más de 15 años, ejerciendo funciones en el programa de Psiquiatría Infanto Adolescente, el cual brinda

atención a niños, niñas, adolescentes de 3 a 17 años 11 meses y sus respectivas familias.

## **2.0 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO.**

Como hemos visto hasta ahora, la salud mental, según la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar, físico, mental, social y espiritual, en el cual los individuos son conscientes de sus propias capacidades, pueden afrontar las tensiones normales de la vida, pueden trabajar de forma productiva, fructífera y ser capaces de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2000).

A partir de esta definición, dicho ámbito debe apuntar a buscar el bienestar integral de los individuos con el propósito no solo de generar la satisfacción de las necesidades básicas, sino que la integración, a través del desarrollo de capacidades y habilidades, potenciando sus recursos para alcanzar armonía con y para su entorno inmediato, pudiendo ser un aporte a la sociedad en los distintos ámbitos de su vida.

Considerando lo anterior, la salud mental debe apuntar también a buscar el bienestar integral a través de un desarrollo armónico, siendo estos elementos partes de un sistema de engranajes complejo y articulados, que para su existencia contemplan elementos culturales, históricos, sociales e individuales, que se encuentran en perfecta sincronía para lograr su cometido.

Luego del retorno a la democracia a fines de los ochentas, Chile instala mesas de trabajos tripartitas, representadas por distintos actores de la vida social y civil, con el afán de instalar en la agenda pública la necesidad de dar respuesta a los efectos que la vida moderna y nuestra propia historia socio política han generado en la población. En este contexto, de diversas transformaciones en la vida social y modificaciones en la política pública, se implementa el modelo de psiquiatría comunitaria, como parte del aparato de atención en salud mental, buscando dar respuesta a las necesidades de la población desde una perspectiva integral y territorial.

Desde la intervención del Trabajo Social, hemos recogido elementos que dan cuenta de una compleja realidad, presente en contextos sociales de alta vulnerabilidad. Esta disciplina, desde su origen, cuenta con una vasta trayectoria en el trabajo con familia en contexto de vulnerabilidad social. Las características de esta población, en términos generales, es estar expuesta a diversos padecimientos complejos de resolver si no existe una estructura social que garantice derechos y vele por la entrega de apoyos, a través de políticas públicas solidas. Esta condición de vulnerabilidad se agudiza permanentemente si Chile no cuenta con marcos regulatorios que articulen integralmente el sistema de atención en salud existente. En este sentido, la salud mental presenta brechas y respuestas insuficientes para la demanda actual. Esta se caracteriza, en los últimos años, por presentar un crecimiento exponencial en la prevalencia de enfermedades y la tardía respuesta, que genera la cronicidad de éstas, como ya lo hemos mencionado anteriormente.

Los elementos y condiciones anteriormente expuestos contribuyen y/o agudizan el desarrollo de enfermedades y/o trastornos mentales, que empeoran las condiciones de vida de los individuos y familias, afectando su cotidianeidad social y la productividad económica. Se considera pertinente que este problema sea abordado integralmente debido, a su propia complejidad. Esto aumenta los costos en cuanto al valor de la atención, pero es una inversión que los gobiernos de turno deben realizar para no cronificar esta situación, ya que, a la larga, el costo para el Estado es mayor cuando la población baja la productividad por el aumento de licencias médicas afectados los años de vida saludables.

En Chile al igual que el resto del mundo, se han producido cambios en los hábitos y comportamiento de los individuos, esto asociados a los procesos de transformación de las sociedades debido a elementos culturales y sociales propios de la modernidad y a la implementación del modelo económico neoliberal, creando proceso de identidad asociado al individualismo, consumo explosivo y los efectos dejados por la dictadura cívico militar. En este último elemento Lira lo plantea de la siguiente manera:

*“El golpe militar tuvo como propósito poner fin a un gobierno constitucional y con ello al proyecto político que éste encarnaba. Para llevar a cabo este propósito se desató una represión generalizada en contra de los partidarios del gobierno derrocado. En pocas horas se produjeron cambios drásticos en las relaciones sociales que sobrepasaban completamente el marco de las experiencias individuales y sociales anteriores”. (Lira, Psicología de la Amenaza Política y del Miedo, 1991)*

Dichas consecuencias han fragmentado nuestra memoria, planteado por Lira:

*“La memoria colectiva es la transmisión intergeneracional de hechos históricos, realizada frecuentemente de forma oral e informal (Ross, 1992). La memoria colectiva es la imagen colectivamente creada y compartida sobre un hecho histórico, en este caso traumático. Halbwachs va a definir la memoria colectiva como la memoria de los miembros de un grupo, que reconstruyen el pasado a partir de sus intereses y marco de referencias presentes. Esta memoria colectiva asegura la identidad, la naturaleza y el valor de un grupo. Por último, esta memoria es normativa, es como una lección a transmitir sobre los comportamientos prescriptivos del grupo (Schuman & Scott, 1989; Jodelet, 1991; Namer, 1987; Páez & Basabe, 1993)”. (Lira, Subjetividad y Política. Diálogos en América Latina, 1997)*

El gobierno militar se llevó nuestra memoria colectiva, generando profundas heridas y consecuencias psíquicas en la población. Además, produjo un quiebre en un conjunto de acciones de tipo organizacional y comunitario, que merman la estructura y los lazos sociales, existente hasta ahora.

A partir de los elementos anteriormente expuestos, cabe preguntarse ¿cómo afectan estos cambios sociales a la familia chilena?, ¿se ha visto modificadas sus características y funcionamiento?, ¿cómo afectan estos cambios a la salud mental de las familias que se atienden en el programa psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro Navia?

Otros elementos propios de la modernidad que afectan la condición y composición de las familias es el envejecimiento acelerado de la población y la baja en las tasas de natalidad (MINSAL, 2013); la modernización y globalización tecnológica, los valores sociales impuestos por el modelo social y económico imperante, como el individualismo; no solo cambian las formas de relaciones interpersonal y por ende la estructura familiar, sino que también afectan nuestra calidad de vida. Si a estos elementos se le suman la contaminación ambiental, el incremento de

enfermedades crónicas físicas y especialmente mentales y las crisis sociales y sanitarias del último tiempo, se demuestra, en definitiva, un preocupante y complejo panorama social.

Respecto a la propia situación de salud mental, la OMS plantea, en uno de sus últimos estudios epidemiológicos, cifras que son preocupantes, como el aumento de intentos suicida y consumo problemático de sustancias en población menor de 20 años, por mencionar algunas. Estos aspectos han deteriorado la calidad de vida de la población lo que trae consigo aumento de trastornos y enfermedades en este ámbito (OMS, 2010). Que luego de una década la situación en cuanto a cifra ha aumentado preocupantemente, sin considerar que en Chile en el último año se ha suscitado nuevos aspecto del acontecer nacional que agregan componentes estresores a la compleja realidad de las familias.

Nos encontramos a casi 30 años de la implementación del primer plan nacional de salud mental, el cual tuvo como principal objetivo instalar el tema de salud mental en la política pública y bajar a los centros de salud la idea de considerar este ámbito de la vida de las personas como eje central para la búsqueda de bienestar, a partir de una mirada integral y territorial, dando un cambio a la mirada de asilo o encierro de las personas padecientes de una enfermedad (Porter, 1989, pág, 15). Son importante los acuerdos tomados en la Convención de Caracas a inicios de los 90s, donde nuestro país tuvo un rol protagónico y en el cual se acordó avanzar en ver la salud mental como eje central de la vida de las personas,

sacando la mirada del manicomio como parte de la recuperación, con perspectiva de los Derechos Humanos y realizar intervenciones en el contexto cercano y comunitario, por mencionar algunos de los avances logrados. Además se ha avanzado en educar a la población a tomar importancia en considerar la salud mental como un elemento que busca el bienestar. Este trabajo se ha logrado a través de los centros comunitarios de salud mental, que denominaremos COSAM o centro de salud mental comunitarios de ahora en adelante.

Estos centros de salud tienen como misión dar oportuna respuesta a las necesidades de tratamiento, reinserción y rehabilitación psicosocial de los usuarios en sus contextos sociales cercanos, integrándolos a su medio, habilitando herramientas que les permita erradicar el estigma social que por muchos años se ha asociados a las enfermedades mentales que padece la población (COSAM Cerro Navia, 2014).

En este escenario, ¿qué pasa con la atención en infancia y adolescencia en salud mental? ¿Cómo se abordan la intervención con familias que presentan múltiples problemáticas que afectan su calidad de vida? ¿Cuál es la situación de salud mental que presentan las familias que se atienden en este programa?

Para este segmento de la población existe el modelo de atención en salud mental basada en la modelo de psiquiatría comunitaria y las orientaciones técnicas entregada por MINSAL-SENDA, las cuales son ejecutadas por los COSAM.

Para este grupo etario que se atiende en COSAM, existe subprogramas de atención y entrega de planes de prestaciones definida administrativa y

técnicamente en convenio de atenciones; estos dan respuesta especializada a las necesidades que en salud mental se presentan en esta población. Dicha atención se concreta a través de distintas ofertas programáticas, a través de la entrega de servicios conveniados, que se materializan en programas de atención en acuerdo con el Servicio de Salud Metropolitano Occidente desde ahora SSMOCC. Los programas de atención son los siguientes: programa de trastornos del comportamiento y emociones en la infancia y adolescencia, trastorno de déficit atencional e hiperactividad, trastorno autista, distimia, primer brote esquizofrenia y depresión severa, estas últimas canastas de atención incorporadas a mediados de este año. A través de convenios entre MINSAL/SSMOCC y los Municipios, se comprometen a entregar las atenciones definidas y establecidas para cada año en dicho convenio.

La cantidad de atenciones acordadas se calcula por tasa de prevalencia de enfermedades según población tratante. Para la población infanto adolescente se estima que el 10% de la población menor de 2 años requiere atención en esta área; el 15% de la población corresponde a edades entre los 2 a 9 años requiere de atención en salud mental y entre los 10 a 19 años corresponde al 20% de esta población. Los valores de las prestaciones son reguladas y calculadas por el fondo nacional de salud FONASA (MINSAL, 2012).

Con este plan se busca implementar un modelo de atención ambulatorio más comunitario y situado en el territorio, toda vez que los estudios existentes demuestran que dicho modelo entrega características de atención equitativa, disminuyendo la discriminación y exclusión social que viven las personas con

enfermedad mental. Así, este plan comprende acciones de carácter promocional, intersectorial y un fuerte trabajo con la comunidad que se hace participe en la creación de espacio que permitan mejorar las condiciones de vida y satisfacción de necesidades. Además de mejorar las condiciones que permitan la participación, disminución de factores de riesgo, el diagnóstico precoz de enfermedades y la inclusión de personas con enfermedad mental. (MINSAL 2008)

En este contexto, la implementación de los COSAM apunta a la creación de núcleos descentralizados del modelo de atención de salud local, entregando una atención de especialidad cercanos a la comunidad, construyendo política local situados territorialmente.

En este sentido, y en los últimos tres años, se ha avanzado en implementar un modelo de gestión de centro de salud mental que apunte a disminuir las brechas existentes y nodos críticos en la atención. Este modelo apunta a ampliar la oferta de los COSAM, equipar a los equipos de mejores herramientas y comprensión integral de los problemas de salud, considerando las determinantes sociales y necesidades pensando en las personas; además de apuntar a instalar la atención a través de la creación de protocolos, que garanticen la entrega de una buena atención de calidad. Para ello, la capacitación de los equipos técnicos y de gestión es fundamental (MINSAL, 2018).

Con este modelo de gestión se apunta a resolver nodos críticos como son los tiempos de espera, lograr que dicha atención de especialidad no se extienda en los plazos y garantizar el acceso oportuno. Para ello, se amplía la cobertura y

oferta de nuevas atenciones y se instalan equipos de refuerzo para hacer frente a aspecto complejos de la atención, como es la población de SENAME, por ejemplo. Lo anterior, para de tal manera garantizar que no se presente falta de acceso o vulneración de derechos. Estos planes de especialidad entregan atención integral compuesta por equipo interdisciplinarios, que no siempre cuentan con - o más bien carecen de - manuales de atención y/o protocolos actualizados para el tipo de demanda que presenta una mayor complejidad (Vicente, 2012). El modelo de gestión apunta a avanzar en esta brecha y crear comités de calidad que permitan la sistematización y creación de material técnico para la atención de las diversas situaciones presentada en la intervención.

En relación con lo anterior, es importante señalar que Chile no invierte lo necesario en Salud Mental debido, principalmente, a la ausencia de un sistema de protección social que garantice el pleno acceso con equidad y oportunidad. No ha existido la voluntad política para materializar la creación de dicho sistema, mantenido las inequidades y agudizando las brechas existentes. Pese a los esfuerzos realizados a más de 10 años de la implementación de Plan Nacional de Salud Mental, la tendencia ha sido a disminuir el presupuesto más que aumentarlo, siendo escasa la inversión que se realiza en materia de política pública en salud mental.

Las condiciones antes señaladas evidencian la escasa inversión que se realiza al presupuesto ministerial, siendo importante recordar que Chile solo invierte el 2.0% del presupuesto de salud, muy por debajo de los estándares establecidos en los países con mayores índices de desarrollo económico perteneciente a la OCDE

(MINSAL, Plan nacional de salud mental 2016-2025., 2015), siendo esta área relevante para abordar el padecimiento subjetivo que los individuos presentan y las brechas existentes solo agudizan la inequidad de acceso a la atención. Esta situación es un problema social crítico que demanda ser resuelto.

En el estudio de Errazuriz y C.O, respecto a la situación de financiamiento de la salud mental en Chile, se plantea que según MINSAL en 2007, dentro del presupuesto para el sector público, se destinó 2,14% del presupuesto total de salud a salud mental. En el año 2012, el porcentaje del presupuesto de salud que el sector público destinó a salud mental fue de 2,16%, cifra que está muy debajo de 5,0% que propuso como meta el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para el año 2010. Comparado con otros países de ingreso alto y medio alto, el porcentaje del presupuesto asignado a salud mental en Chile también parece relativamente bajo, el porcentaje destinado a salud mental sitúa a nuestro país muy por debajo de los porcentajes que muestran otros países de ingresos altos como Estados Unidos de Norteamérica (6,0%), Australia (9,6%), Reino Unido (10,0%), Suecia y Nueva Zelanda (11,0%), y al promedio mundial (2,8%). (Errazuriz, 2015).

Los elementos expuestos hasta ahora dan cuenta de que la situación presupuestaria en cuanto a la salud mental en Chile lleva más de una década esperando respuesta. Esta situación ha aumentado el padecimiento de la población, cronicidad y aumento de las enfermedades en salud mental. Este contexto confabula elementos que instalan, en el ámbito de la salud mental, la llamada crisis de legitimidad institucional; la cual tiene relación con la mala

percepción que tienen los usuarios respecto a la calidad del servicio entregado y un cuestionamiento cada vez mayor de la eficiencia del sistema de atención. El sistema de salud en Chile está en aprietos, no solo porque aún existen listas de espera para acceder a especialidad, o porque el presupuesto que se invierte salud pública es insuficiente para resolver las brechas existentes, sino porque además hay ausencia de modelos de atención e intervención que planteen lógicas integradoras y que consideren las múltiples necesidades de la población infanto adolescente (Vicente, 2012). En este complejo escenario existen buenas prácticas de atención y equipos comprometidos con entregar un buen servicio, pero con ausencia de recursos financieros que permitan un mayor impacto en la atención integral que se les entrega a los usuarios y sus familias.

Estas circunstancias no permiten cumplir con el objetivo propuesto en la definición de salud mental desarrollada por la OMS, que tiene que ver con contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, en su medio más cercano. Chile no garantiza este derecho al privatizar el acceso a la salud, al concesionar cada uno de sus servicios a través de prestaciones, ya que es finalmente el mercado quien regula y define el funcionamiento y distribución de la política pública, instalando una lógica economicista, que determina su funcionamiento y ejecución, trayendo consigo agudizar las brechas existentes en este sistema.

Para adecuarse a los nuevos tiempos, este sistema de atención debe propiciar que se materialicen los cambios propuestos que no van de la mano solo con modificar la mirada asilar en salud y tratar las enfermedades mentales en espacios comunitarios; sino también con tomar la toma de protagonismo de los centros

comunitarios de salud mental, buscando dar respuesta a las necesidades de tratamiento, reinserción y rehabilitación psicosocial de los usuarios en sus contextos sociales más cercanos, integrándolos a su medio, habilitando herramientas que les permita erradicar el estigma social que por muchos años se ha asociados a las enfermedades mentales y la normalización de problemas sociales tan complejos como lo son las situaciones de violencia y vulneración que viven muchas familias. Todas estas acciones son posibles de materializar con un aumento en el presupuesto en salud mental y la regularización del marco legal en este ámbito, materializando un sistema de protección real y acorde a los nuevos tiempos.

Las condiciones antes señaladas evidencian una insuficiente inversión al presupuesto ministerial, como lo hemos señalado en esta área. Estamos muy por debajo de los estándares establecidos en los países con mayores índices de desarrollo económico perteneciente a la OCDE (MINSAL Chile 2015). Sin un aumento significativo e inyección de nuevos recursos a esta área no se logrará avanzar y tomar la relevancia requerida para abordar el padecimiento subjetivo que los individuos presentan, tal como hemos mencionado hasta ahora. Hoy, la salud mentales un problema social, que se pide ser resuelto con urgencia, siendo esto parte de las demandas sociales que se expresan con mayor fuerza en la actualidad.

Otro elemento para destacar en este análisis y en el denominado plan nacional de salud, es la comprensión de manera insuficiente de los actores o sujetos de atención; siendo estos puestos en el proceso de atención más bien como objetos

de intervención y no como sujetos de derechos activo y protagonistas de sus propios procesos. El denominado paciente aún no logra ser un sujeto activo dentro de su propio proceso, existiendo escasas experiencias de organización formal de agrupaciones de usuarios y familiares perteneciente a estos centros de salud. Son insuficientes las acciones que apunten a una promoción situada en el territorio y que identifiquen necesidades propias de las poblaciones que se atienden en los COSAM. Falta aún construir experiencias de trabajo que apunten a realizar, por ejemplo, prevención secundaria en salud mental como medio cercano y efectivo de intervención para reducir tasas o problemas en este ámbito.

La sistematización de las experiencias de intervención es un aspecto que requiere de mayor profundidad y recurrencia. El sistema de Salud cuenta con plataformas de datos que permiten la organización de información respecto a medir lo que se hace en este ámbito, pero no hay una práctica recurrente y sistematizada para la construcción de propuestas de intervención adecuadas a las especificidades de estos contextos. No es una práctica recurrente analizar con mayor profundidad las características de la población y desde aquí la intervención está lejos de identificar la raíz de los problemas sociales que dan origen a los padecimientos que vive la población adscrita.

En este sentido desde el Trabajo Social, disciplina que tiene desde su origen una relación directa con la intervención en familias, tampoco se han sistematizado experiencias que den cuenta de la acción realizada con este grupo social, sino que, más bien, se adoptan mecanismos y metodologías de otras corrientes teóricas. Apropiarse de la intervención con y para los sujetos de atención es

esencial para avanzar, desde el Trabajo Social, en nuevas propuesta de intervención.

La construcción de categorías e identificación específica de las características de la población atendida, son acciones que deben ser parte de la planificación que necesariamente se debe realizar por parte de los equipos a cargo de atención. Si bien, la alta demanda de trabajo no permite contar con el tiempo adecuado para organizar y analizar datos, nos parece relevante dar cuenta de la necesidad de realizar de manera más recurrente esta actividad. Por tanto, avanzar en la realización de estudios que den cuenta de estas micros realidades es una tarea en las que se debe avanzar, para diseñar e implementar planes de intervención en salud mental situada y cercana a la realidad social. Aquí, el trabajo social tiene una deuda pendiente, siendo imperioso sistematizar, desde la investigación y acción, las experiencias de intervención que realizamos en el hacer profesional y que aportan no solo a la discusión de estas realidades, sino a las propuestas interdisciplinarias de modelos de intervención, situados en el territorio y contexto particular.

Es complejo avanzar en la implementación de nuevas propuestas si no se avanza en la asignación de recursos financieros que se adecuen a realidades tan complejas como son los contexto de alta vulnerabilidad social. Todo presupuesto se torna insuficiente cuando la demanda supera la oferta que a nivel comunal se diseña. Es importante considerar que, en los últimos años, el presupuesto para los centro de salud mental comunitarios ha sufrido un incremento significativo, este se torna insuficiente cuando la realidad y las complejas necesidades existentes en

ella supera los recursos entregados por el Estado. Esto sin dejar de considerar el recrudecimiento de los problemas sociales a partir de las crisis sociales vividas en el último tiempo. Frente a los nuevos y complejos escenarios sociales actuales, toma más fuerza la idea de colocar en un sitial más importante la salud mental como elemento central del presupuesto en salud, para afrontar de mejor manera los desafíos que se presentan.

A partir de lo anterior, es complejo seguir considerando una inversión financiera asignada a los planes de tratamiento y atención, con rangos insuficientes, como lo fueron en 2016. Tal presupuesto asignado para la atención de planes de tratamiento en casos de maltrato versus planes de tratamiento en adicciones presentaba diferencias significativas en los montos valorados. Si bien ambas prestaciones cuentan con financiamiento distinto (MINSAL versus SENDA) ambos son parte de la política pública en salud mental, ofertada para la población. Un ejemplo de esto fue el programa de atención en maltrato realizado por los COSAM, el cual ascendía a \$11.365 pesos (COSAM 2016) por prestación entregada o caso creado. Esta acción implicaba entregar atención integral y multidisciplinaria a niños y niñas víctimas de maltrato en grado de moderado a severo no constitutivo de delito penal, entre 6 a 12 meses. Esta cifra está muy por debajo de los recursos financieros entregada a los planes de tratamiento y plan intensivos en alcohol y drogas brindados a población menor de 20 años la cual ascendía a \$629.470 mil pesos por canasta de prestación para tratamientos con la misma cantidad de atenciones y equipo profesional con plazo relativamente

similares. (Convenio ministerial municipal programa de psiquiatría comunitaria, COSAM Cerro Navia 2016)

La disparidad de esta cifra puede explicarse, a nuestro modo de entender, por la priorización financiera que se da más bien por criterios técnicos, que no se acercan a las necesidades y características de la realidad de los problemas sociales, en contextos de alta vulnerabilidad social y que claramente no consideran el trasfondo y origen de estas realidades. Además de obedecer a aspectos políticos y no a criterios técnicos, debido a que se instalan en la agenda pública la temática de adicciones con un mayor valor e impacto social desde la perspectiva de la prevención de delitos que la vulneración de los derechos infanto adolescentes.

Chile no protege adecuadamente el derecho a la salud, porque tiene una deuda histórica, al no invertir adecuadamente en infancia y adolescencia como veíamos recientemente, existiendo una insuficiente prevención que a la larga cronifica los estados de enfermedad. Las intervenciones integrales son escasas, apuntando la atención más bien a cumplir con los tiempos que se establecen por el sistema más que a intervenir en las causas estructurales que los usuarios y familias presentan. Generando así un paciente padeciente y no usuarios activos en sus propios procesos; con prestaciones insuficientes, centradas en procesos de intervención que no siempre logran la efectividad esperada y que resuelvan las causas estructurales de estos padecimientos.

A partir de los elementos expuestos, toma relevancia estudiar la experiencia que presentan las familias que se atienden en COSAM y, desde este comprender, identificar a estos grupos sociales que se atienden en el programa de psiquiatría comunitaria infanto adolescente, analizando, desde el trabajo social, sus características y los problemas de salud mental que les afectan, para proponer lineamientos de acción conforme al tipo de familia atendida, entregando nuevos elementos al campo de acción de esta disciplina, en el ámbito del Trabajo Social con familias.

El aporte social pretende contribuir a la construcción de nuevas líneas de acción desde el trabajo con familias. Esto, permitiendo desarrollar nuevos y futuros modelos de intervención desde el hacer y la acción.

### **2.0.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

1. ¿Cuáles son los “tipos de familias” que se atienden en el programa psiquiatría infantil de COSAM Cerro Navia?
2. ¿Cuáles son los problemas de salud mental que presentan las familias que se atienden en el programa psiquiatría infantil del COSAM de Cerro Navia?

### **2.0.2 OBJETIVO.**

#### **2.0.3 Objetivo general 1:**

1. Comprender las principales características que presentan las familias que se atienden en el programa de psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020.

#### **2.0.4 Objetivo Específicos 1:**

1.1 Construir perfil de tipología de las familias que fueron atendidas en el programa psiquiatría infanto adolescente, perteneciente al COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020.

1.2 Dar cuenta de los principales rasgos, a nivel socioeconómico, que presentan las familias que fueron atendidas en el programa de psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020.

1.3 Identificar las principales redes de apoyo en cuanto a acceso a prestación de ayuda que señalan las familias que fueron atendidas en el programa de psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020.

#### **2.0.5 Objetivo general 2:**

2. Proponer la construcción de un perfil de familia que se atiende en el programa de psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro Navia, para contribuir a la construcción de modelos de intervención desde el trabajo social con familias en el ámbito de la salud mental, que considere las características de las familias, conforme a la creación de perfiles construidos.

## **2.0.6 Objetivos específicos 2:**

- 2.1. Identificar cuáles son los principales diagnósticos clínicos presentes en los miembros de las familias que se atiende en el programa de psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro Navia.
  
- 2.2. Elaborar líneas de acción para la atención del trabajo social con familias que se atienden en el programa de psiquiatría infanto adolescente de COSAM Cerro.

## **2.0.7 SUPUESTO.**

S.1. Las familias que se atienden en la programa de psiquiatría infanto adolescente del COSAM Cerro Navia, entre los años 2019 y 2020, en su mayoría presentan situaciones de alta vulnerabilidad social que estas, a su vez, no logran identificar.

## **2.1 MARCO TEÓRICO.**

### **2.1.1 Familia. Un grupo social primario por definición. Revisión de elementos básicos para su comprensión.**

La familia es un tipo de grupo primario, que se ubica en contextos históricos y sociales concretos, que en la evolución que ha tenido la humanidad ha variado en sus formas de organización. Este grupo primario ha adquirido distintas representaciones de organización y de denominación como, por ejemplo, los clanes, muchos de los cuales se nucleaban en torno a tótems que constituían el grupo social que asumía las funciones que históricamente se han atribuido a las familias. Por tanto, como ha variado, no existe consenso respecto a una única definición, que queda sujeta a consideraciones valóricas o ideológicas que imponen los grupos que ejercen el control sobre el grupo social del que se trate.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad indiscutidamente. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos según la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla, según nuestra Constitución en el Capítulo 2, art 42. (Gobierno de Chile, 2008)

Según Rodríguez (Rodríguez, 2007) la familia es el primer contexto para la transmisión de las normas, valores y modelos de comportamiento, permitiendo socialización del niño y así poder interiorizar los elementos básicos de la cultura y desarrollar las bases de su personalidad. En ese sentido, cada familia asume las

pautas de crianza dependiendo de sus características, dinámica y factores contextuales, así como sus recursos y apoyos, entre otros.

Según Social Trends “Pocos se atreven a cuestionar el lugar que ocupa la vida familiar como realidad relacional fundamental e insustituible para el desarrollo integral de las personas y la integración social de estas (...) es en ella donde se aprenden a enfrentar y resolver conflictos” (Social trends Institute, 2017) Es en el núcleo de la familia donde hijos e hijas tienen el primer acceso a la formación y a la socialización, la transmisión de valores, las relaciones afectivas, la comunicación y el comportamiento social; todos estos son factores que forjan su organización interna y la calidad de las relaciones en su interior. También se afirma que la familia no tan sólo es un núcleo de subsistencia y de reproducción, sino también de afecto, de comunicación, de intercambio sexual, de vida en comunidad. El crecer en familia “supone el establecimiento de un compromiso de relaciones íntimas y privilegiadas, con al menos otra persona” (Social trends Institute, 2017).

En relación con lo anteriormente expuesto, la familia, pese a sus transformaciones, sigue siendo un grupo social que cumple una importante labor en la sociedad. No solo porque está a cargo de la de reproducción, protección y traspaso cultural, sino porque es el grupo por esencia que entrega los marcos referenciales culturales para la construcción del sentido de sujeto que determinará quiénes seremos en un futuro. Seres sociales integrales capaces de insertarse en el medio social, en convivencia y coherencia; siendo capaces de formar nuevos

grupos de familias para transmitir generacionalmente valores, costumbres y cultura, propios de lugar, momento y contexto en que se encuentre la familia.

Como plantea Burin-Meler El concepto de familia analizado y utilizado a continuación tiene el objetivo de especificar las múltiples formas de agrupamiento de ese núcleo; en ese sentido familia, puede ser un grupo de dos o más personas que conviven y que pueden estar relacionadas por consanguinidad, unión, matrimonio y/o adopción. Cuando existe sólo una persona residiendo en el hogar, a éste se le llama hogar unipersonal (Meler, 2006).

Respecto a lo anterior, la estructura familiar y sus vínculos puede estar dada por el tipo de relación dado por consanguinidad, relación civil u afectos. No existe solo una forma de hacer y ser familia en el siglo XXI. Los nuevos tipos de familia son sin duda una nueva contribución a la estructura de las sociedades de este siglo.

Mizrahi caracteriza a la familia de manera diversa, nos remite a agrupaciones sustancialmente diferentes: patrilineales o matrilineales, patrilocales o matrilocales, familia-gens, de orientación u origen, familia conyugal, matrimonial o extramatrimonial, ensamblada, monoparental y segmentaria. Sin embargo, hay quienes sostienen concepciones diferentes. Mizrahi deduce que no es posible delinear un concepto abstracto e intemporal de familia, lo factible es analizar el significado de la expresión “familia” computando los caracteres propios de una estructura familiar concreta, vigente en un determinado tiempo y espacio sociales y, aun así, con las necesarias especificaciones y particularidades. Por ello, la coexistencia en una misma época y lugar de varios tipos de familias ha permitido

la formulación del “principio de la pluralidad de los tipos”. La familia está lejos de ser una entidad estática, pues está sujeta de manera permanente a movimientos y transformaciones. (Mizrahi, 1998)

Para comprender la realidad familiar, y en función de los cambios que ésta ha tenido y que tiene en la actualidad, se mostrarán distintas formas de establecer una tipología familiar. En primer término, para contextualizar la realidad chilena, se utilizarán algunos datos estadísticos actuales. Según cifras del último Censo del año 2017, el 92% de los habitantes del país, se identifica como parte de una familia, aunque de diferentes formas o estructuras. Este porcentaje reafirma que en la vida social a las personas les gusta vivir y pertenecer a una familia, indistintamente de la edad, sexo, grupo social, étnico o cultural a la que pertenezcan.

Por su parte el SERNAMEG, plantea que “Los profundos cambios producidos en la sociedad chilena en las últimas décadas como consecuencia de los procesos de modernización, no sólo han transformado la relación familia – sociedad, sino también la configuración, funciones y prácticas de las familias. Cambios de orden demográfico, entre los que se destaca el aumento de las familias urbanas, la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la fecundidad, la constitución más tardía de las familias, la reducción de la nupcialidad, el crecimiento de la maternidad precoz, el crecimiento de los hogares unipersonales. Cambios demográficos que se ha expresado, en suma, en que la

mayoría de las familias son urbanas, de menor tamaño, de mayor edad y conviven potencialmente más años. A ellos habría que sumarles la aparición de nuevos arreglos familiares, el aumento de uniones consensuales y el incremento de las familias reconstituidas” (SERNAMEG, 2015)

Existen diversas clasificaciones para una unidad familiar según la literatura, entre ellas podemos destacar la clasificación que realiza la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2018), que las clasifica en según su extensión y según su formación. Dentro de la extensión podemos encontrar:

- Familia extensa: aquella constituida por los progenitores, los hijos, los parientes por consanguinidad (tanto en línea recta como colateral) y, si existe matrimonio, los parientes por afinidad. Un reconocimiento a este tipo de familia lo encontramos en el artículo 815 del Código Civil. Familia nuclear: aquella constituida por los progenitores y los hijos que viven con ellos.
- Familia monoparental: aquella constituida por un solo progenitor y sus hijos.
- Familia ensamblada o reconstituida: aquella constituida por los progenitores, sus hijos comunes y los hijos que tengan fruto de una unión anterior con otra pareja.

Y según la formación:

- Familia matrimonial: aquella que tiene su origen en el matrimonio.

- Familia no matrimonial o natural: aquella que tiene su origen en una unión no matrimonial y cuyo fundamento puede ser sentimental, sexual o de procreación.
- Familia adoptiva: aquella que se origina con una sentencia judicial que declara a una persona como hijo adoptivo de otro, pasando a formar familia.

En este sentido, Henao, Ramírez & Ramírez (2007) citado en Cuervo Martínez, plantea la importancia de la familia en la socialización y desarrollo durante la infancia. La combinación de costumbres y hábitos de crianza de los padres, la sensibilidad hacia las necesidades de sus hijos la aceptación de su individualidad; el afecto que se expresa y los mecanismos de control son la base para regular el comportamiento de sus hijos. Se destaca, así mismo, la importancia de la comunicación en las pautas de crianza. (Cuervo Martínez, 2010)

Así lo afirma también Richard Jolly, quien dice que: “familias representan mucho más que cuidado y apoyo mutuo. Para muchos de nosotros constituye el espacio en el que realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Intimidad y pasión, identidad e individualidad, conexión con el pasado y la creencia sobre el futuro, todo deriva de ese pequeño nexo. Porque los más profundos sentimientos humanos tienen su fuente en la familia...” (Richard, 2005)

En esta evolución de la función histórica de la familia es importante indicar que estos grupos sociales son agentes de cambio y transformación, siendo un grupo flexible a los procesos sociales y culturales. La estructura clásica nuclear de la

familia ha tomado paso para configurarse no solo en forma sino también en fondo. Es así como la familia la podemos comprender no solo de la función más tradicional de socialización primaria y reproductora, sino que también como un actor social relevante y sujeto de derecho humano (Eroles, 2001)

Por tanto el componente de responsabilidad y función está dada por no solo la propia evolución de la sociedad sino por como este grupo se adapta, muta y desarrolla nuevas formas, que permitan a los seres humanos situarse en el espacio social con herramientas, no solo desde la socialización, sino que también con habilidades emocionales, psicológicas y espirituales propias y necesarias en este siglo.

¿Cómo se ha adaptado la familia a estos cambios del nuevo siglo?, ¿existe crisis en su estructura?, ¿cómo enfrenta el Trabajo Social estas transformaciones sociales en la familia?

Como todo proceso evolutivo la familia ha tenido que enfrentar transformaciones con más o menos dificultades durante este período. Desde su estructura en cuanto a tipo y cantidad de integrantes; como a las funciones de sus miembros, jefatura masculina versus jefatura femenina, por ejemplo. La sociedad cambia y la familia se transforma y adapta para seguir contribuyendo a los avances o retrocesos de las sociedades.

En este sentido, el trabajo social también ha acompañado a la familia en esta transformación; evolucionado en la forma de abordaje e intervención. Esta disciplina ha abordado la intervención desde el asistencialismo de siglo XX, pasando por la

reconceptualización de la década de los 70, hasta la acción de los movimientos sociales actuales con la llegada del siglo XXI.

Entender la intervención con las familias desde el trabajo social, es retomar un proceso histórico de la acción social de esta disciplina, refundando uno y otras vez su labor profesional y disciplinar. Para ello, creemos que es importante repasar cuales han sido los modelos de familia e intervención que esta disciplina ha adoptado para el abordaje con y para este grupo social.

### **2.1.2 Modelos de intervención desde el Trabajo Social**

Desde esta disciplina, la importancia del modelo y el método son relevantes para levantar propuestas de intervención, basados en evidencia, que permiten no solo dar respuesta a las complejas necesidades que presentan las familias en su contextos inmediato, sino también elaborar planes de intervención que consideren características, particularidades, necesidades e identidades propias del lugar y/o contexto en que se sitúen, expresen y desarrollen.

Desde esta condición, el Trabajo Social, como toda disciplina propia de las ciencias sociales, considera para su acción la necesidad de adoptar diversos modelos de intervención que permitan dar una comprensión acabada e integral de las características y particularidades que las familias presentan. Es así que como el fundamento del trabajo social está determinado por una serie de métodos y modelos que ayudan a direccionarlo y a concretizarlo, según las características especiales de la población que se pretende intervenir. Se puede considerar

entonces, según lo plantea Ezequiel Ander Egg: “La idea de método de trabajo social implica, que se pretende ir más allá de la simple experiencia de una o varias acciones emprendidas para realizar tareas de asistencia social” (Ander-Egg, 1985)

Estos métodos concretamente son: método de caso social individual, el trabajo social de grupo y el trabajo social comunitario, cada uno con sus características específicas, que se fueron presentando a través de la evolución y las necesidades sentidas de las comunidades.

En el Trabajo Social, el concepto de modelo corresponde a la inclusión de un todo en una unidad, de los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos de una determinada práctica.

Para ello según lo planteado por Malcolm Payne (Payne, 1991) y Mathilde du Ranquets (Ranquets, 1991) refiere que en relación con los modelos y citando a Ricardo Hill, plantea que modelo consiste en un conjunto de principios de acción relativos a un campo definido de fenómenos o experiencias. El modelo define al fenómeno al que se dirigen los principios de acción, brinda algunas justificaciones de orden general sobre las razones por las que se utilizan esos principios.

Es importante considerar, para diseñar y ejecutar planes de acción desde el Trabajo Social, es tener en cuenta la práctica de los distintos modelos existentes , los cuales considerando los distintos fenómenos que explican la experiencia humana muchas veces concebidos como dolorosos, problemáticos o indeseables. El contenido conceptual puede ser de diversas clases y sistemas teóricos que se

aplican al hombre en los aspectos físicos, biológicos, sociales, culturales, emocionales, económicos, políticos.

Se evidencia, además, la importancia de la naturaleza de la intervención del Trabajo Social por medio del modelo, considerando la articulación de principios y procedimientos de manera que ejerzan una influencia constructiva sobre la situación; coherente con los elementos de un esquema conceptual, que permita dar una comprensión práctica de los procesos y fenómenos estudiados.

Es importante en este proceso entender la naturaleza de los medios en cuanto a su responsabilidad, representatividad y pertinencia, además de la sociología de la práctica del modelo, o sea, la comprensión acabada de su configuración y origen. Esto porque no es posible configurar la comprensión de los modelos de intervención sin tener presentes los valores y la ética subyacentes en el modelo, que son propios de la identidad de cada disciplina.

Por último es importante considerar en todo este proceso lo relevante de poner al sujeto de estudio, es decir, a la familia, en un lugar protagónico en donde se concibe a este grupo como un sujeto activo, en ejercicio de sus derechos, participe de su proceso y del cambio en relación con la naturaleza de la relación entre el trabajador social, la persona y su familia.

Como los modelos son constructos humanos y producto de la racionalidad humana, no pueden adaptarse a modelos donde su validez depende de que los datos se puedan ajustar a una línea recta, al uso de algunas constantes matemáticas, como se hace en física. Es imprescindible tener una comprensión

integral y holística de los fenómenos que se estudian, por tanto, la necesidad de utilizar diversos modelos que den respuestas a las complejas realidades que las familias deben enfrentar.

Este dinamismo se puede observar en la actualidad con la aparición de nuevos modelos de intervención, fundamentados en la investigación desde el Trabajo Social. Pero, para este capítulo de carácter introductorio, hemos destacado aquellos modelos que tienen mayor consistencia teórica y metodológica y que históricamente han ejercido una mayor influencia en la práctica del Trabajo Social, como son (Viscarret Garro, 2014):

- Modelo psicodinámico.
- Modelo de intervención en crisis.
- Modelo centrado en la tarea.
- Modelo conductual-cognitivo.
- Modelo humanista y existencial
- Modelo crítico/radical.
- Modelo de gestión de casos.
- Modelo sistémico.

La sociedad avanza en complejidad y crea nuevas formas de convivencia social. Como hemos establecido anteriormente, la familia como grupo social se adapta y muta en este cambio. En este sentido, el trabajo social también se transforma y evoluciona como una disciplina que incorpora y construye nuevas herramientas que den cuenta de estas nuevas realidades y aporten a la elaboración de planes

de solución, sin dejar de considerar las particularidades, subjetividades, características de las familias y, sobre todo, sin dejar de considerar a este grupo social como colectivo sujeto de derecho, que cumple una función primordial en la estructura social y en la particularidades de los sujetos que construyen un nuevo mundo, propio de este siglo.

### **2.1.3 Salud Mental**

#### **2.1.3.1 ¿Qué es la salud mental? Elementos para su análisis y comprensión.**

Según la Organización Mundial de la Salud, la definición más básica es precisamente que la salud mental es la ausencia de enfermedades, destacando que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Organización Mundial de la salud, 2004)

La OPS se refiere a la salud mental abarcando una amplia gama de actividades directas e indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, incluido en la definición de salud que da la OMS: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OPS, 2007)

Según Medline Plus, la salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez. (OMS, 2019)

Considerando estas diversas definiciones entendemos entonces que la Salud Mental tiene relación con un estado de bienestar en las diversas áreas de la vida de los seres humanos y para considerar este aspecto debemos promover las determinantes sociales que garanticen este bienestar.

Entonces, la salud mental comprende una amplia gama de aspectos que se relacionan con el bienestar emocional, psicológico, espiritual y social de la persona y en ausencia de enfermedad. En ese sentido, el concepto clarifica este estado como un proceso que puede ser interrumpido por la enfermedad.

### **2.1.3.2 ¿Qué son las enfermedades mentales?**

Las enfermedades mentales son afecciones graves que pueden afectar la manera de pensar, el humor y el comportamiento. Pueden ser ocasionales o de larga duración. Pueden afectar la capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día. Los problemas mentales son comunes, más de la mitad de todos los estadounidenses serán diagnosticados con un trastorno mental en algún momento de su vida. Sin embargo, hay tratamientos disponibles. Las personas con

problemas de salud mental pueden mejorar y muchas de ellas se recuperan por completo. (OMS, 2019)

En Chile los datos no son alentadores, según cifras de MINSAL, la población chilena presenta índices preocupantes de respecto a problemas de salud mental se refiere. La depresión y el consumo de drogas en menores de 20 años lidera las cifras, que cada año van en aumento. Esto asociado a estilo de vida, condiciones sociales u otros elementos que nos posicionan un ranking a nivel de la región para nada prometedor. (MINSAL, MINSAL, 2020)

#### **2.1.3.4 Salud Mental y Psiquiatría**

#### **2.1.3.5 Reseña histórica de la enfermedad mental.**

La historia de la psiquiatría es tan antigua como la de la medicina. Desde que existe registro escrito sabemos que el hombre ha tratado de resolver el problema de la enfermedad mental, sea a través de medios mágicos, como exorcizados por hechiceros, sea a través de procedimientos técnicos como las trepanaciones. (Carvajal, Florenzano, & Weil, 2005)

El concepto de enfermedad mental ha sido un tema controversial, ya que fue descrita por distintas culturas, en cada una de las cuales su concepción se iba modificando en relación con el origen, causalidad, sintomatología, así como también sus formas de abordaje terapéutico. (Perez, 2008). De los intentos por tratar de describir y abordar la enfermedad mental se conocen antecedentes

desde la antigüedad hasta nuestros días. El progresivo desarrollo de este concepto se ha encontrado ligado a la medicina y posteriormente a la psiquiatría, como rama médica enfocada al estudio de las enfermedades mentales.

Revisaremos a continuación la historia de la psiquiatría desde sus inicios hasta ser reconocida como una ciencia, en conjunto con las diversas definiciones y acercamientos que han caracterizado los problemas de salud en este ámbito.

### **2.1.3.6 Edad Antigua**

En la época de la antigüedad se atribuía un origen de orden sobrenatural a la enfermedad mental, es decir, se creía que las personas se encontraban posesas por espíritus buenos o malos, según fuera la conducta del enfermo, frente a lo cual el tratamiento era realizado por hechiceros o sacerdotes, quienes, por medio del exorcismo, intentaban expulsar a los espíritus malignos que habitaban en los cuerpos de las personas. (Vallejo Ruiloba, 1998)

Alrededor de cuatro mil años antes de Cristo, en el pueblo mesopotámico, las enfermedades tenían una explicación sobrenatural, relacionadas con estar poseído por un demonio o haber recibido un castigo divino. En el Antiguo Egipto, por otra parte, se estableció que para el tratamiento de determinados trastornos mentales era fundamental trabajar con actividades estimulantes, tales como el baile o la pintura. (Alexander & Selesnick, 1966)

Por su parte, la depresión fue denominada inicialmente melancolía, siendo uno de los trastornos más antiguos de los que se tiene conocimiento, catalogada y descrita por los tratados médicos de la antigüedad, antes siquiera de que apareciera la psiquiatría como especialidad médica.

Más adelante, en la época de la Grecia clásica se encuentran los primeros registros literarios y médicos respecto a este trastorno. Hipócrates (460 a.C. – 335 a.C.) desarrolló una teoría centrada en el desequilibrio del *humor*, llamada la teoría de los cuatro humores, la cual planteaba que era posible encontrar cuatro sustancias básicas dentro del cuerpo humano, las que explicarían el temperamento de las personas. Según esta postura, los cuatro temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico y el flemático, al existir el predominio de un humor sobre los restantes siempre en equilibrio. La bilis negra, traducción literal de la palabra melancolía, constituía el agente causal de ésta, generando un temperamento que se relacionaba con la sensibilidad, la poca reactividad, el pesimismo y la pasividad. (Vallejo Ruiloba, 1998)

El desequilibrio de estos 4 humores básicos serían los fundamentos de la emergencia de una enfermedad mental o patologías cerebrales. Por su parte, Los romanos siguieron las filosofías mantenidas por los griegos, quienes habían concebido que las pasiones y los deseos insatisfechos influyeran sobre el alma, siendo esto el origen de la enfermedad mental. (Perez, 2008)

Celio Aureliano (citado en Postel y Quérel, 1983) planteó, por su parte, que quienes estaban afectados por una melancolía en verdad declarada, se encontraban llenos de ansiedad y malestar, además de mostrar tristeza acompañada de mutismo y de odio a lo que los rodea. Más allá de esto, esta teoría sostuvo la enorme complejidad que existe en la relación entre el comportamiento de un sujeto y su situación orgánica, en otras palabras, que no existe una *“dicotomía entre enfermedades del alma y enfermedades del cuerpo; todas las enfermedades son enfermedades físicas, todas tienen una explicación fisiológica, a todas hay que darles tratamiento somático”*(Postel & Quérel, 2000: 12)

Vemos, con el desarrollo de la teoría de Hipócrates, una notable diferencia respecto a la postura del pueblo mesopotámico: no era sobrenatural ni demoniaco el contraer una enfermedad, sino que un proceso netamente orgánico caracterizado por alteraciones de las sustancias que componían al cuerpo. Por tanto, se consideraba que el organismo efectivamente enfermaba y no que el malestar provenía de fuerzas externas castigadoras o misteriosas que no podían ser resultas o tratadas.

Es posible, entonces, observar el surgimiento de lo biológico como parte crucial de la conducta de las personas. Pero, a pesar de la importancia otorgada a los aspectos internos, orgánicos y fisiológicos, el trabajo terapéutico de ese entonces le otorgaba vital relevancia a la palabra, centrándose en el relato de las vivencias por parte del sujeto. Lo sustancial de esto último es ser capaces de distinguir que las palabras, por más que sean construcciones sociales compartidas por una

población en particular, pueden tener un sentido y una comprensión tan única, que signifiquen para el paciente algo diametralmente opuesto a lo que el psiquiatra entiende al oírlas. Por esto consideramos fundamental que sea el sujeto quien entienda sus palabras y que a través de ellas se escuche a sí mismo y comprenda, en vez de que otro intente interpretarlas y averiguar lo que al sujeto le sucede y lo que necesita.

Los romanos heredaron y aceptaron los conceptos griegos de distinguir a las enfermedades como procesos naturales del cuerpo y ya no como algo mágico o teológico, como era en Mesopotamia. Celso (25 A.c. – 50 D.c.) retomó la concepción egipcia de realizar actividades lúdicas, como música y pintura, para el tratamiento de los desórdenes mentales (Alexander & Selesnick, 1966). Por otro lado, por medio de estudios realizados por Asclepiades (129 a.C. – 40d.C.) se les dio énfasis a los aspectos ambientales en el desencadenamiento de los trastornos mentales (Carvajal, Florenzano, & Weil, 2005, pág. 20). Observamos que para esta civilización, continuó siendo el soma el elemento central, y que negaba lo sobrenatural como fuente de enfermedades. Asimismo, y a pesar de la visión biologicista, no negaron la importancia e influencia de trabajos creativos, el desarrollar las artes como medio para la sanación y el tener en consideración la relevancia del entorno en el desarrollo de trastornos mentales.

### 2.1.3.7 Edad Media

Al comenzar la Edad Media se mantuvo la creencia en la teoría de Hipócrates, y en la obra de 1586 “Un tratado de melancolía” de Timothy Bright, el autor menciona como síntomas de la melancolía los sentimientos de angustia, soledad, desesperación y desconfianza, junto con ciertos síntomas somáticos tales como la pérdida de peso y sueño (Bright, 2004, pág. 35). Sin embargo, según Bernard de Gordon citado en (Postel & Quénel, 2000, pág. 15) la melancolía podía manifestarse a través de millones de signos, cuyos caracteres dominantes no eran siempre la tristeza o la angustia.

Algunos autores aseveran que más adelante en este período, la enfermedad mental retomó la categoría de posesión diabólica. Pecado y enfermedad mental se identificaron, siendo el diablo el causante de la anormalidad psíquica. *“Es San Agustín quien formula y sistematiza los principios medievales de la psicología humana, fundiendo Dios y el alma, teología y psicología, y marcando así el tratamiento de la psicología para toda la Edad Media. Las perturbaciones psíquicas las padecen los herejes. Algunos considerados como enfermos eran tratados con exorcismos”* (Capponi, 2016: 26).

Vemos que los enfermos mentales fueron considerados una vez más como poseídos por el demonio y tratados “como herejes y brujos, llegando hasta los juicios por la Inquisición y la condena a la hoguera” (Carvajal, Florenzano, & Weil, 2005: 19). Un ejemplo de esto es la epilepsia, que se planteaba con frecuencia como un tipo de posesión. Se aprecia aquí un vuelco hacia los pensamientos

mesopotámicos de más de cinco siglos de antigüedad, relacionados con fuerzas demoníacas como justificación para las enfermedades. Parece haberse perdido el legado médico, recurriendo nuevamente a explicaciones primitivas.

En el mundo occidental, por otra parte, el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales fue asumido por la Iglesia. Tomás de Aquino (1225 – 1274), teólogo italiano contrario a las ideas y conductas expuestas propuso que el alma no podía enfermar debido a su origen no terrenal, por lo cual, toda enfermedad tenía una base orgánica posible de ser tratada. El cristianismo introdujo una valoración personal de cualquier enfermo.

En la Edad Media vemos que perduraron y se mantuvieron los planteamientos hipocráticos, pero hubo también un retroceso hacia consideraciones remotas centradas en las fuerzas demoníacas para explicar los padecimientos, lo cual llegó a las extremas medidas ya expuestas ya la postura detractora de Tomás de Aquino, quien volvió a ubicar en el centro a las causas orgánicas para explicar y tratar las enfermedades.

### **2.1.3.8 Edad Moderna**

La Edad Moderna abarca los siglos XV al XVIII. Revisaremos diferentes figuras, concepciones y estudios realizados durante estos años.

### **2.1.3.9 El Renacimiento: siglo XVI y primera etapa del siglo XVII.**

Durante el Renacimiento se cuestionaron los procedimientos antes mencionados, siendo Para Celso (1493 – 1541) una figura trascendental que escribió el tratado “Sobre las enfermedades que privan de la razón”, en donde reafirma la idea de que las enfermedades mentales provenían de procesos orgánicos. Al retomarse la concepción biologicista se planteó que “las enfermedades a las que llamamos mentales echan sus raíces (...) en un trastorno físico, corporal, como todas las demás enfermedades: su particularidad consiste en que este trastorno produce sus efectos sobre el cerebro.” (Postel & Quénel, 2000: 73).

Por otro lado, la concepción del temperamento melancólico sufrió un cambio y pasó a verse relacionada con las capacidades artísticas y creativas. Dicho cambio se conecta con el surgimiento de las artes, el talento y los genios característicos de este periodo. La melancolía pasó a ser vista como un don, y virtuosos como Miguel Ángel, Leonardo Da Vinci, Donatello, entre otros, quienes compartían una imagen común del artista de la época con rasgos como la soledad, la irritabilidad, la obsesión por el trabajo y una profunda melancolía, fueron considerados como sujetos extraordinarios que buscaban ser imitados por el resto. Fue central la idea de genialidad: el conjunto de cualidades únicas que hacían que un individuo se distinguiera de los demás. (Heller, 2018, pág. 58)

Robert Burton (1577 – 1640), clérigo y erudito inglés, redactó a lo largo de su vida la obra “Anatomía de la melancolía”, donde expuso los conocimientos existentes sobre la melancolía hasta ese entonces y presentó una concepción multicausal de

la depresión, según la cual la enfermedad no tenía un único factor desencadenante, sino que podía tener varios, desde el amor hasta la religión, la intervención divina o una constelación astrológica, pasando por la política, una dieta inadecuada o el simple aburrimiento (Burton, 2016)

Se observa aquí un planteamiento primordial al distinguir que la depresión puede tener diversas causas y deduciblemente, por ende, diferentes formas de manifestarse o desarrollarse, así como diferentes diagnósticos y tratamientos. La depresión no sería una enfermedad simple, como un resfrío que se cura con reposar en cama, como un dolor estomacal que se sana haciendo dieta, o como la diabetes, para la cual la solución es estabilizar la cantidad de insulina. La depresión fue reconocida durante este periodo como un padecimiento con orígenes múltiples y, por tanto, difícil de definir y comprender a cabalidad. Lo esencial de esta etapa fue, por un lado, la connotación positiva que adquirió la depresión, por el otro, la comprensión de la multicausalidad de esta.

Vemos que el temperamento melancólico se relacionó a grandes figuras de la época, llegando a admirarse la capacidad de estos sujetos únicos poseedores del don de la emoción, del afecto a flor de piel, de poder vibrar libremente, disentir más allá que cualquier otro ser mundano. El artista de esta época se volvió especial, fuera de lo común y la melancolía, su principal atractivo.

Nuevamente es primordial preguntarnos sobre la población y su manera de explicar y entender los eventos que afectan su salud mental hoy en día. Si bien la melancolía se mantuvo como referente del desequilibrio humano, el ser poseedor

de tal desajuste iba de la mano con la creatividad, la genialidad y la unicidad. Comenzó a considerarse, por tanto, una consecuencia positiva de sufrir este mal: ya no implicaba necesariamente estar enfermo, sino que permitía el desarrollo del talento.

Uno de los grandes aportes realizados en el siglo XVIII, es el reconocimiento de que las personas que sufrían trastornos mentales eran enfermos, gracias a los postulados realizados por Philippe Pinel, quien fue el primero en considerar a los enfermos mentales como seres humanos merecedores de un tratamiento médico orientado a su recuperación, este autor propone el “Tratamiento Moral” con los pacientes psiquiátricos, lo que cambiaría los modelos de atención hacia estos pacientes. (Vallejo Ruiloba, 1998)

Además, Pinel buscó reunir medicina y filosofía. Hasta ese entonces, la filosofía se reservaba el alma y la medicina se atribuía el cuerpo. Pinel propuso la medicina filosófica centrada en analizar los efectos de las pasiones (del alma) sobre todas las afecciones orgánicas (cuerpo). En base a esto, planteó que el origen de las enfermedades mentales se encontraba en un desajuste de las facultades cerebrales, el cual podía ser causado por perturbaciones físicas, la herencia, o fenómenos morales, ambientales. Con esto último se refería a alteraciones en los procesos de percepción y sensación, iniciándose así un período de causas morales para explicar la depresión (tales como los fanatismos religiosos, las desilusiones intensas, los amores apasionados o cualquier exceso que afectara al alma), y un tratamiento con el mismo nombre, con resultados asombrosos para la época. (Postel & Quénel, 2000, pág. 20)

Posteriormente, en la época del renacimiento José Luis Vives (1492-1540) hace una descripción de las asociaciones psicológicas y su implicancia en la formación de las emociones, con lo que hace un cuestionamiento del origen extranatural de la enfermedad mental. Durante el siglo XVII, no ocurrieron grandes cambios en psicología, sino que se plantean en un ámbito más bien asistencial, donde se consideraron a los pacientes psiquiátricos como seres alienados y se imponía la segregación social en asilos que no tenían como fin dar tratamiento, sino más bien la reclusión. (Vallejo Ruiloba, 1998, pág. 23)

#### **2.1.10 El auge de la psiquiatría en Francia: siglos XVII y XVIII.**

A lo largo del siglo XVII de la Edad Moderna, la ciencia comenzó a estudiar en profundidad la psique humana y a describir las principales estructuras anatómicas de las zonas intracraneales, junto con algunas de sus funciones. Se dio énfasis, de esta forma, a las concepciones que relacionaban a las enfermedades con elementos orgánicos, lo que provocó un cambio en la mirada hacia los orígenes del comportamiento humano y, por ende, hacia sus trastornos.

Surgieron, por ejemplo, propuestas terapéuticas basadas en la ingesta de diversas sustancias para el fortalecimiento del sistema nervioso. Se deduce de esta mirada la importancia que adquirió el tratamiento del cerebro como base para evitar enfermedades. A mediados del siglo XVII el médico inglés Thomas Willis (1621 –

1675) rechazó la teoría de los cuatro humores y mencionó como causas de la enfermedad a los procesos químicos del cerebro y del corazón, proponiendo cuatro tipos de melancolía.

Durante el siglo XVIII el concepto de melancolía comenzó a ser cuestionado por ser poco científico. *“Se lo intentó reemplazar por la clasificación académica, que planteaba que las principales funciones mentales entonces aceptadas, las intelectuales, las emocionales y las volitivas, podían enfermar independientemente. Así, de las enfermedades de las funciones intelectuales surgieron posteriormente la esquizofrenia y la paranoia, de las emocionales la depresión y la manía, y de las volitivas, los desórdenes psicopáticos”* (Carvajal, Florenzano, & Weil, 2005: 42).

Apreciamos un cambio primordial durante esta etapa al surgir el reconocimiento de distintos niveles o capacidades del organismo, a pesar de distinguirse todas como parte de la mente. Se señala lo intelectual, netamente relacionado con los procesos mentales y el pensamiento; lo emocional, relacionado con los afectos, el sentir; y lo volitivo, con el impulso y deseo de la voluntad. Se da paso, de esta manera, a la comprensión de diversas aristas dentro de la mente humana.

Durante estos siglos el concepto de depresión (o melancolía, hasta ese entonces) y la ciencia psiquiátrica experimentaron grandes avances y transformaciones. Respecto a la melancolía, el concepto comenzó a ser cuestionado, y por medio del desarrollo de la categorización de las funciones mentales, entró dentro del grupo de las enfermedades de las emociones junto con la manía. Por otra parte, el

sistema nervioso y en particular el cerebro, fueron focos de atención y estudios psiquiátricos durante estos siglos, considerados como las estructuras principales para la comprensión de los trastornos mentales. La mente, su organización y sus funciones fueron los elementos claves durante este periodo. Los aportes de Pinel también se centraron en las alteraciones cerebrales como fundamento para los trastornos; sin embargo, incluyó los procesos emocionales o morales y el vínculo con el ambiente dentro de las posibles causas de dichas alteraciones.

#### **2.1.11 Edad Contemporánea:**

Durante el siglo XIX la psiquiatría mantuvo la atención sobre el cerebro y las estructuras que conforman el sistema nervioso central. Se fueron develando nuevos conocimientos como, por ejemplo, las diferencias entre las fibras nerviosas sensitivas y las motoras, y, lo de mayor relevancia, la neurona como unidad funcional básica del cerebro. De esta manera, para esta época, la postura biologicista fue un eje principal.

Algunos psiquiatras destacados durante este siglo y comienzos del siguiente fueron, en primer lugar, Jean Étienne Dominique Esquirol (1772 – 1840), alumno y sucesor de Pinel en París quien, conservando la teoría de las pasiones de éste y cómo es que éstas eran causantes de la alienación, señaló que existían ciertos moralistas –partidarios de esta teoría – que buscaban anular las pasiones humanas para terminar con la enajenación, así como, por otro lado, quienes

sostenían que prohibir las pasiones a los hombres era prohibirles ser hombres. Finalmente, Esquirol planteó que entre locura y pasión no existía una diferencia en su naturaleza, sino que una diferencia únicamente cuantitativa (Postel & Quérel, 2000, pág. 32).

También destacamos a A.L.J. Bayle (1799 – 1858), médico en la Maison Royale de Charenton con tan sólo 23 años. En su tesis de 1822 propuso un modelo médico “de la enfermedad mental; abrigaba la esperanza de que el estudio de las anomalías biológicas, anatómicas o funcionales del cerebro permitiesen explicar los trastornos del comportamiento, sus causas y mecanismos” (Pichot, 2015: 15).

Además de los psiquiatras mencionados, encontramos también a Benjamin Rush (1745 – 1813), padre de la psiquiatría en Estados Unidos; James Cowles Pritchard (1786 – 1848), médico inglés impulsor del término psicopatía; Karl Wernicke (1848 – 1905), neurólogo y psiquiatra alemán que intentó por vez primera relacionar el daño de ciertas zonas del cerebro con algunas patologías mentales; Emil Kraepelin (1856 – 1926), psiquiatra alemán de trascendencia, que participó por medio de sus planteamientos y postulados en la sustitución del término de melancolía y propuso el concepto de demencia precoz; Karl Jaspers (1883 – 1969), psiquiatra y filósofo alemán que describió dos métodos en el saber psiquiátrico: el explicativo y el comprensivo, quienes convirtieron a Alemania en el centro de la psiquiatría académica a finales del siglo XIX y principios del XX (Vallejo Ruiloba, 1998).

Del mismo modo, Sigmund Freud, médico y neurólogo austriaco, elabora la doctrina psicoanalítica, cuyas versiones continúan vigentes en la actualidad, realizando un gran aporte al ámbito médico y psiquiátrico, ya que centra su foco de atención en la persona que padece y no en el síntoma, logrando con ello desplazar el centro de atención de la psiquiatría desde las psicosis a las neurosis, dando lugar al desarrollo de una corriente que va de la psiquiatría a la comunidad y viceversa (Vallejo Ruiloba, 1998).

El enfoque psicoanalítico logra complejizar el fenómeno psíquico normal, y a su vez logra enriquecer las denominadas psicosis, debido a que introduce la visión del funcionamiento dinámico de la psiquis, hablando con esto último de la existencia de fenómenos denominados “inconscientes”, por lo tanto, fuera del ámbito de lo físico y observable (Vallejo Ruiloba, 1998).

Posteriormente, en este afán de aprehender y abordar las enfermedades mentales, emerge un grupo de enfermedades mentales que va a ir de la mano con la psiquiatría, que son las llamadas psicosis. Este grupo de enfermedades será la principal preocupación de la psiquiatría y desde donde nacerá la necesidad de realizar una sistematización del conocimiento existente hasta el momento, dichos trabajos son los conocidos manuales de “Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS (CIE10) y el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM- IV) (Vallejo Ruiloba, 1998).

### **2.1.12 Del siglo XX a la actualidad**

Durante el siglo XX, la psicología aparece con gran potencia, desde donde las enfermedades mentales y las psicosis ya no serán abordadas desde lo observable, sino que entregará el aporte de la comprensión dinámica, otorgando con ello mayor riqueza a la concepción y abordaje de estas enfermedades (Vallejo Ruiloba, 1998).

La relevancia que adquirieron las emociones y las experiencias de vida como causales de ciertos trastornos, también se observó en las ideas y pensamientos de nuevos autores como Sigmund Freud, quien, a comienzos del siglo XX, en su obra *Duelo y Melancolía* (1917) (Freud, 1994), presentó su postura acerca de la génesis psicodinámica de las depresiones. Freud, en esta obra, define al duelo como una respuesta hacia la pérdida de un objeto amado, es decir, a la carencia de algo notablemente valioso para la persona. Luego señala que, frente al mismo evento, en otras personas puede surgir la melancolía, o depresión. Para Freud el duelo no es un estado patológico, a diferencia de la melancolía a la cual comprende como un estado sumamente doloroso, caracterizado por la incapacidad de amar y la disminución del amor propio. Además, plantea que en la melancolía, los sentimientos antes dirigidos al objeto no logran redirigirse a un objeto nuevo, sino que se vuelcan hacia el yo, pasando entonces de una pérdida de objeto, a una pérdida del yo, provocando consecutivamente sentimientos de baja autoestima, poco valor y conductas autodestructivas.

Además de este fuerte vínculo desarrollado entre neurología y psiquiatría a mediados de siglo, creemos necesario dar cuenta de otro hecho. A consecuencia del uso de psicotrópicos, fármacos que modifican ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos del cerebro, surgió la necesidad “tanto de una rigurosa definición de las categorías de enfermos tratados, como de un registro de la sintomatología observada que obedeciese a las reglas de la metrología, desarrollada, a su vez, por la estadística psicológica” (Pichot, 1983: 172). Se crearon, a la vez, sistemas registradores de sintomatología, todo esto con el objetivo de poseer procesos decisionales para diagnosticar.

En Estados Unidos encontramos el Programa para desórdenes afectivos y esquizofrenia; en Inglaterra, el Examen del estado actual; y la OMS desarrolló el Programa para la evaluación de desórdenes depresivos. Con estos sistemas, las categorías nosológicas quedaron limitadas en base a criterios rígidos, “cuyo elemento principal estaba construido por configuraciones sintomatológicas (...) El conjunto de estas perspectivas fue incorporado a la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III) de la Asociación Americana de Psiquiatría” (Pichot, 2015) (p. 173). Recordemos que esta versión del manual fue publicada en 1980 y utilizada por casi 15 años, hasta la aparición del DSM IV.

### **2.1.12 Salud mental en Chile**

#### **2.1.13 Acceso a psicoterapia y salud pública en Chile:**

Cuando nos referimos a la psicoterapia realizada en sectores más vulnerados nos encontramos de inmediato con la labor que realizan los centros de atención de salud pública donde la forma más accesible a psicoterapia individual y grupal es a través de los establecimientos de atención primaria, los cuales están dirigidos a la comunidad en consultorios urbanos y rurales, postas rurales, centros de salud familiar, centros comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) y servicios de urgencia.

Dichas instituciones desarrollan su trabajo a partir del “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” (MINSAL, 2019) que se elabora año a año desde el 2000 por el Ministerio de Salud, y es construido en base a los objetivos y metas de las políticas públicas de salud, incorporando una red articulada de servicios de salud mental y psiquiatría, con dispositivos comunitarios, ambulatorios y hospitalarios, añadiendo un modelo de acción, con valores y principios (biopsicosocial, desarrollo humano, participación, alta calidad, comunitario), que buscan mejorar la calidad en la atención a los trastornos que involucren la salud mental, donde los centros de atención primaria adquieren como prioridad el tratar la depresión, los trastornos de la atención/ hiperactividad en niños y adolescentes en edad escolar, el abuso y dependencia de alcohol y drogas y los trastornos psiquiátricos severos; como lo son la esquizofrenia, el Alzheimer y otras demencias.

Como dato estadístico fundamental, podemos mencionar que hasta antes del año 1996 la atención en el área salud mental era otorgada principalmente por profesionales psiquiatras en hospitales, siendo en el año 1993, 100.000 las atenciones en salud mental otorgadas por los centros de atención primaria y 200.000 en psiquiatría. (MINSAL, 2017)

En el año 1996 se produce un notorio aumento en las consultas de atención primaria, llegando casi a las 300.000 atenciones. Sin embargo, no es hasta el año 1998 en el cual el aumento de las consultas a los centros de atención primarios se hace más notorio, ya que éstas, comienzan a acercarse a los 400.000, alcanzando las 600.000 atenciones y dejando atrás notablemente las atenciones psiquiátricas, ya que no logran alcanzar las 400.000 atenciones para el año 2000, todo ello da cuenta del notable aumento en el número de atenciones que ofrece el sistema público de salud. (MINSAL, 2017)

El Ministerio de Salud en el año 2001, frente a la emergencia en salud mental que enfrenta, implementa el “Programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión”. En 309 comunas del país, ingresando alrededor de 110.000 personas con diagnóstico de Depresión, derivando sólo al 7% de ellas a atención secundaria de tipo especializada. El mayor porcentaje de diagnósticos corresponde a depresiones mayores y un menor porcentaje a depresiones leves, de los cuales, el 92% de las personas tratadas en el programa nacional son mujeres, con un promedio de edad de 42 años, con antecedentes de episodio depresivo previo (60%). Para poder incrementar la capacidad resolutoria de la atención primaria, se incorporó un tratamiento farmacológico (fluoxetina,

amitriptilina e imipramida) y psicosocial grupal, incorporándose además en todos los consultorios APS, psicólogos, con la finalidad de mejorar la calidad de los tratamientos. (MINSAL, 2008)

Entre los años 2001 y 2004; la situación en Chile da cuenta de que “la depresión, es la segunda causa de AVISA en mujeres (años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura). Esta patología es al menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y tiene elevados costos directos e indirectos. Es responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos debidos a enfermedad, concentrando más del 40% de las licencias médicas, y representa al menos un 25% de las consultas de médicos generales” en la Atención Primaria (Cea Kremer, 2006).

Desde la perspectiva de la Salud Pública, el mayor problema en todos los países del mundo para el abordaje de este tipo de patología ha sido el que un elevado porcentaje de personas con Depresión (75%), consulta en los establecimientos de Atención Primaria, donde aún hay grandes dificultades en su detección y diagnóstico, sin beneficiarse de los tratamientos efectivos disponibles (MINSAL, 2017)

#### **2.1.14 Familia y salud mental.**

Desde la implementación de reformas en cuanto a las políticas públicas en Chile, y espacialmente a lo que se refiere a Salud, hemos podido ser testigo de cambios y transformaciones en el abordaje de lo que se comprende y entiende por salud mental, según lo referido recientemente.

La salud mental va de la mano no solo de padecimientos sufridos por los individuos, sino que es necesario comprender esta situación dentro de un contexto específico y particular. La mirada ecológica y sistémica nos da luces comprensivas más adecuadas para entender el origen de los problemas en salud mental que se presentan y nos permite determinar causas reales, para así proponer soluciones acorde a estos contextos.

Cuando estos escenarios se caracterizan por presentar diversos problemas, obviamente el abordaje de estos es más complejo y el origen de los problemas de salud mental también lo es.

Entonces, debemos comprender la intervención de una manera que abarque las diversas dimensiones de origen de los problemas sociales, desarrollando miradas comprensivas en el hacer. Desde el Trabajo Social con familias, esta lógica de intervención debe situarse considerando no solo el motivo de consulta inicial por el usuario, sino que investigar las causas que originan el problema y padecimiento de la familia. El solo resolver el motivo de consulta inicial es un abordaje insuficiente, este motivo por lo general es un síntoma, que da origen a la intervención que desde el trabajo con familias e infancia y adolescencia es más

bien un chivo expiatorio que este grupo presenta para desplazar el origen de problema e identificar el contexto socio ambiental que lo originan.

En este sentido, las causa de problemas no solo deben situarse desde las herramientas propias que entrega esta disciplina para el abordaje de casos y familias, sino que apropiarse de otras herramientas que orienten la intervención hacia una trabajo más clínico, Esto, en el sentido de que la intervención de las familias, en contexto de atención en salud mental, debe tener un carácter de intervención terapéutica, en el sentido de no solo ir en respuesta a las solicitud específica y asistencial, sino que construir proceso de intervención basados en la transformación de los elementos sociales que tengan relación con los problemas de salud metal que las familias presentan. Es decir, dar una mayor continuidad a intervención, involucrando no solo al usuario/a y su familia, sino además el contexto social más cercano.

Según Santa Cruz (Santa Cruz Bolivar, 2020), una familia sana o funcional posee en general las siguientes características:

- Tiene ciertos sub-grupos o sub-sistemas claramente distinguibles como, por ejemplo, los padres, los hijos, la pareja. Cuando estos grupos tienen clara su función y entre ellos existe una buena comunicación y relación, la familia tiende a funcionar adecuadamente. Por ejemplo, cuando los padres toman juntos decisiones sobre las reglas, premios y permisos de los hijos, y comunican adecuadamente esto a los hijos.

- La existencia de límites claros y flexibles entre los grupos y entre los miembros de la familia. Esto significa que cada uno se preocupa de respetar los espacios físicos o de tiempo de los otros, pero entendiendo que esto puede variar ocasionalmente cuando los otros tengan necesidades importantes.
- Está bien definido el poder y la jerarquía. Esto quiere decir que todos tienen claro quiénes o quién define las cosas en qué momento y cuál es el orden de los que podrían hacerse cargo, si él o los de más autoridad no están.
- En la familia hay un clima de afecto y aceptación que permite que los miembros expresen lo que sienten, sin temor al rechazo. En estas familias las personas se sienten consideradas y aceptadas aunque a veces opinen diferente a los demás. Son familias en que todos se sienten, por lo general, queridos y sienten que quieren a los demás, aun cuando puedan estar enojados o tener diferencias de opinión frente a algún tema.
- Se establecen vínculos profundos entre los miembros de la familia. Esto quiere decir que la familia conversa de los valores, creencias y metas personales, incentivando a todos y en especial a los hijos, a tener un proyecto personal de vida. Esto último siempre tiene que ver con los valores y la forma de ver el mundo que comparten como familia. De esta manera, lo que se generó como un espacio de crecimiento para todos, permanece y deja huella en cada uno de los miembros.

### **2.1.15 Trabajo social y familia.**

Los cambios experimentados por la sociedad chilena en los últimos años han impactado significativamente la conformación de las familias, obligándolas a buscar nuevas estrategias para sobrellevar las obligaciones asignadas por la sociedad. Esto ha impuesto nuevos desafíos para el accionar profesional del trabajo social, es por ello que la intervención familiar debe enmarcarse en el conocimiento y comprensión de la siempre cambiante realidad.

A continuación, se da a conocer el interés y compromiso que desde sus inicios el trabajo social ha manifestado por el desarrollo de la familia y la integración de sus miembros, basando su accionar en distintos enfoques de intervención familiar como, la teoría de sistema, el enfoque ecológico, la perspectiva intergeneracional, la teoría del ciclo de vida familiar, el enfoque de la construcción social de la realidad y la perspectiva del poder y la fuerza. Dichos enfoques, le han servido a la profesión de sustento teórico para aproximarse a la comprensión de los fenómenos sociales que afectan a la familia (FLACSO, 2005).

### **2.1.16 Historia e Intervención del Trabajo Social en la Familia**

La Familia, como sujeto de estudio, tiene una vasta trayectoria de análisis desde las ciencias sociales. Durante el siglo XIX y primer tercio del siglo XX, prevalecía entre los investigadores la preocupación por establecer los orígenes y evolución de la familia, para luego enfocar la atención de las investigaciones en detectar hacia dónde va la familia.

Por su parte, "...el trabajo social emerge desde "protoformas", pasa por "precursores" y llega a las etapas de la profesionalización, en lo que se podría denominar, una secuencia de etapas que se perfeccionan (Aylwin, 2001)

Es así como desde el inicio de la disciplina, la gran pionera del trabajo social con familias "Mary Richmond (1922), tiene mérito en significar la familia como el lugar más importante para el desarrollo de la persona" (Solar, 1995). Richmond "se interrogó acerca de por qué razones existe el trabajo social, si tiene un lugar en el orden del mundo, si tiene un papel que desempeñar permanente en la lucha por el mejoramiento de las condiciones de existencia del género humano" (Kisnerman, 1998). A partir de ello, señala la necesidad de que el trabajo social aborde al individuo por medio de sus relaciones sociales, dando a conocer que el grupo básico del hombre es la familia.

Las intervenciones iniciales del trabajo social siempre estuvieron ligadas al método de caso, el que se utilizaba con individuos o familias, en el área de la salud principalmente, ya que este método se elaboró sobre la base del modelo médico. La intervención se enfocaba en satisfacer las necesidades básicas de las personas pobres y marginadas, intentando aliviar el sufrimiento emocional de las familias, esta relación se daba por medio de visitas domiciliarias, en donde el profesional indagaba en la realidad de la familia, para así proporcionarle soluciones de corte asistencial.

"Mary Richmond señala que los trabajadores sociales de casos familiares dan la bienvenida a la oportunidad de ver en el inicio mismo de la relación a los

miembros de la familia reunidos en su propio entorno hogareño, actuando y reaccionando unos sobre otros, cada uno tomando una parte en el desarrollo del historial del cliente, cada uno revelando hechos sociales de real significado por otra senda que la de las palabras” (Aylwin, 2001).

En esta evolución del Trabajo Social con familias ha ganado terreno y avanza en la búsqueda y creación de nuevos mecanismos y herramientas que se adapten a la realidad y necesidades de las familias del siglo XXI.

El desafío es lograr la construcción sistematizada de modelos propios de intervención que estén situados en el contexto, considerando la evolución de este grupo social durante los años y los nuevos escenarios sociales que las familias deben enfrentar para resolver las dificultades y lograr cambio significativos en su calidad de vida.

## **2.1. 17 MACO REFERENCIAL.**

### **2.1.18 Demografía territorial de Cerro Navia.**

Cerro Navia es una comuna ubicada al norponiente de la provincia de Santiago, cuenta con una superficie de 11.05 KM<sup>2</sup> siendo una de las 52 comuna de esta región. Limita al norte con la comuna de Renca (separada por el río Mapocho y la autopista Costanera Norte), al sur y al oeste con la comuna de Pudahuel, al oriente con Quinta Normal y al sur con la comuna de Lo Prado, según datos extraídos del Plan de salud comunal 2019-2020 (CERRO NAVIA, 2019-2020).

Según datos extraídos del Censo poblacional del año 2017 (INE, 2017), la comuna de Cerro Navia tiene 132.622 habitantes, de los cuales 65.438 son hombres y 67.184 son mujeres correspondiendo a un 49.3% y 50,7% respectivamente. Al mismo tiempo podemos observar una densidad poblacional de 12.034,6 hab/km<sup>2</sup>. (Navia, Plan comunal de salud, 2019).

Las características de la población en cuanto a su distribución por sexo y edad en el último tiempo ha variado a una mayor concentración de la población entre los rangos de 20 a 29 años para hombre y mujeres. El envejecimiento progresivo de la población, la disminución de nuevos nacimientos y el aumento de años de vida son parte de las características de la población de Cerro Navia, propios de los efectos de la modernización de la sociedades y los avances en el mejoramiento de la calidad de vida con relación a las condiciones de vitales de esta. (Navia, Plan de salud comunal , 2019).

En cuanto a las condiciones de desarrollo productivo, Cerro Navia es históricamente una comuna dormitorio, no cuenta con fuentes de desarrollo industrial teniendo más bien una economía local, asociada al comercio de servicios para la satisfacción de necesidades esenciales.

La conectividad vial ha mejorado con la instalación de flota de recorridos de transporte público que permiten a los Cerronavinos y Cerronavinas acceder a distintos puntos del Gran Santiago. Se encuentra en construcción la extensión de servicio de metro urbano, materializándose la implementación de una estación de la nueva línea 7 en el año 2026. Esto generará mejoras significativas en cuanto a conectividad y tiempos de viaje.

Otro hito de desarrollo urbano y social es la construcción y puesta en marcha de nuevo Hospital Felix Bulnes, el cual es un recinto de alta complejidad y con el doble de equipamiento y capacidad hospitalizaría del anterior recinto ubicado luego del terremoto de 2010 en la comuna de Providencia.

Esta inversión no solo renueva y da un nuevo impulso a la red asistencial perteneciente al servicio de salud metropolitana occidente (SSMOCC) si no que ofrece la oportunidad de activar el comercio y crear nuevas fuentes de trabajo formal para los habitantes de esta comuna.

### **2.1.19 Centros de salud mental comunitarios, una mirada rápida a su evolución y rol actual en la salud pública.**

Con la llegada de la democracia, nuestro país no solo experimentó cambios a nivel de la estructura de gobierno, sino que también en el ámbito de la política pública. Progresivamente, estos cambios se materializaron con reformas y proyectos que permitieron dar un vuelco a los temas que en salud la población requería. Es así como en 1993 se diseñó e implementa el primer plan nacional de salud mental, el cual vino a impulsar no solo cambios de paradigma, sino a sentar las bases de lo que hoy es el actual modelo de gestión de salud mental (MINSAL S. , 2018).

Si bien se han realizado esfuerzos importantes para mejorar el actual sistema de salud público, la salud mental en particular tiene aún más barreras y brechas que resolver. Esto principalmente por que el financiamiento entregado para resolver esta área de la salud está por debajo de los indicadores establecidos por la OCDE. (PNUD, 2018)

En este escenario los centros de salud mental comunitario han progresivamente tomando protagonismo en el diseño e implementación de política pública nacional y local, siendo un elemento importante en la articulación de la red de salud.

Hoy en día se apuesta a que estos dispositivos implementen modelos de atención integrales, con nivel de especialidad, con equipo transdisciplinarios que no solo entreguen atención clínica, sino que además construyan procesos de intervención comunitaria y territorial, con la participación activa de usuarios y vecinos.

Se busca mejorar los procesos en la calidad y gestión de atención, para no solo entregar continuidad de cuidado, sino que realizar procesos terapéuticos integrales que logren reales cambios en la calidad de vida de usuarios y comunidades, a través de la comprensión de complejas realidades con enfoque de derechos, énfasis en enfoque de determinantes sociales, enfoque de curso de vida y salud mental (MINSAL, Modelo de gestión de centros de salud mental comunitario, 2018, pág. 42)

En este sentido, la implementación de nuevos programa de atención GES y no GES permitan a los Centro comunitarios de salud mental contar con una oferta de atención cada vez más amplia que permitan abarcar cada vez a más grupos de la población y resolver las necesidades que afecta su calidad de vida. La apuesta que se observa es a equipar estos dispositivos de salud con mayor capacidad, especificidad, especialidad e integralidad en la atención.

#### **2.1.20 Panorama Mundial de la realidad de la infancia, adolescencia y familias.**

En el mundo según UNICEF, 1 de cada 3 niños no está creciendo bien por la malnutrición y los efectos se arrastran hasta la vida adulta, aumentando la AVISA. Esto trae consigo el desarrollo de diversos problemas de salud y existencia de determinantes sociales. Generando efectos negativos a nivel biológico, físico,

mental, cognitivo y social, Aumentando el empobrecimiento de la población y deterioro de la calidad de vida. (UNICEF, 2019)

El cambio climático y sus efectos como son sequía, inundaciones, migración forzada, contaminación ambiental (agua, aire), expone a la niñez a ser más susceptible de ser dañada. Aumentando este daño en contextos de pobreza en 70%. (UNICEF, 2019)

El costo económico de la mal nutrición es alto a nivel mundial. Se pierden miles de billones de dólares debido a los efectos (retraso en el crecimiento, por enfermedades como cardiovasculares, cáncer, DM2, HTA, etc.) (UNICEF, 2019)

Otro elemento relevante de destacar y que ha tenido un efecto notorio en la estructura de las familias, han sido los cambios en la pirámide poblacional. Proyecta una evolución y cambio en la base siendo invertida para 2050. Se presenta una disminución de niños, niñas, adolescente y el aumento de personas mayores generación envejecimiento poblacional.

Los niños y niñas menores de 9 años mueren menos que hace 40 años. El sistema de salud chileno está diseñado para enfrentar hoy las dificultades que se puedan presentar durante este periodo. Su principal objetivo es proteger la primera infancia a través de los lineamientos transversales que se implementan con el Programa Chile Crece Contigo. (Contigo, 2019)

Las principales causas de muerte son la prematurez y bajo peso al nacer debido a la situación de salud de la madre durante el embarazo. (Programa nacional de salud en infancia, 2014) (Contigo, 2019).

La morbilidad de los niños y niñas está en la malnutrición y sus efectos a nivel del desarrollo. Las enfermedades que toman protagonismos en la infancia y que tienden a agudizarse el resto de la vida son enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad, problemas respiratorios y salud mental. Unicef, informe mundial 2019. (Contigo, 2019)

En relación con la mortalidad juvenil asociadas a muertes externas: tumores malignos, accidentes y violencia. La morbilidad en cuanto a respiratorios, obesidad, riesgo cardíaco y salud mental corresponde a 49,1% son mujeres y 50,9% hombres. (INJUV, 2018)

El cuanto a grupos etarios de este grupo social 30,1% corresponde a grupo etario de 15 a 19 años, el 33,3 % corresponde a 20 a 24 años y el 36,5 25 a 29 años. (INJUV, 2018)

En relación con la situación socio económica los jóvenes corresponde a un 7.8 % de nivel socioeconómico, el 53,7% corresponde a nivel socioeconómico medio y 38,5% nivel socioeconómico bajo. (INJUV, 2018)

El 13,3 vive zonas rurales, el 86,7% vive en zonas urbanas Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío son las regiones donde se concentran jóvenes. El 10,5 % se siente perteneciente a pueblo originario. 80,1% Mapuche. (INJUV, 2018)

En cuanto a estructura familias de los adolescentes el 75% vive con sus padres, el 48% está soltero, el 24,5% pololea. En cuanto al embarazo precoz 1 de 4 es padre o madre y el 65% declara querer tener hijos. En cuanto al trabajo, 8 de 10 declara trabajar. 44,5% se encuentra cursando estudios, 57,7% secundarios, 13 % técnico superior, 28,6% universitarios. El 12,4% estudia y trabaja, el 33,9% solo trabaja el y 29,6% solo estudia. Los jóvenes de nivel socioeconómico bajo trabajan por razones económicas. El nivel socioeconómico alto trabaja por razones personales. (INJUV, 2018)

En cuanto a la vida afectiva y sexual, el 50% utilizó condón en la última relación sexual. Edad de inicio de actividad sexual es de 16 años. El 45% que conoce el test de VIH reporta haberlo hecho. El 17% ha vivido embarazo no planificado (2015 22%). El 13% de los que consumen OH el último año, lo hace 12 veces a la semana. El aspecto físico es lo que más discrimina dentro de las relaciones interpersonales. El 19% ha pensado en suicidarse el último mes. El estado emocional se caracteriza por que un 64,8% dice sentirse con dificultades para dormir. Un 64,7% dice tener pocas ganas de hacer cosas. Un 51% señala no poder superar problemas o tener baja tolerancia a la frustración. Un 50,6% dice sentirse con poca confianza. Un 50,2% dice sentirse incapaz de tomar decisiones. 19,1% dice sentir ganas de suicidarse 5,8% de los jóvenes accede a tratamiento por Salud Mental con atención psicológica y con fármaco. En cuanto a diagnósticos de salud mental se presentan cuadros de depresión corresponde al 53,7%. Con ansiedad 41,1% y con estrés 23,3%. La situación de salud mental de niños, niñas

y adolescentes está caracterizada por afectar la calidad de vida en los NNA y su etapa de desarrollo. (INJUV, 2018)

Respecto a situaciones asociadas a la violencia, el 28,7% se han sentido discriminado alguna vez. Las principales razones de discriminación son el aspecto físico, manera de vestir y ser joven. La escuela sigue siendo el lugar donde más violencia física se reporta y además el porcentaje aumentó con relación al 2015.

El conflicto familiar y situaciones con amigos es otra razón importante donde ocurren vivencias violentas. Los hombres viven más violencia física que las mujeres. La violencia psicológica se da más en la familia. Las mujeres viven más violencia psicológica y física en la familia y los hombres más violencia en la escuela. Violencia en el pololeo es de 15,6% (7,1% mujeres y 13,1% hombres. En el pololeo se da más la dinámica de VIF psicológica. (INJUV, 2018)

### **2.1.21 ¿Qué pasa con los Niños, Niñas y Adolescentes en Cerro Navia?**

Como describimos anteriormente, en cuanto a la demografía, es importante recordar que los niños, niñas y adolescentes de Cerro Navia nacen, crecen y desarrollan en un sector periférico del Gran Santiago, que tiene como característica principal ser una comuna dormitorio, no habiendo cordones empresariales, sino más bien una economía barrial orientada a los servicios. Esta comuna se ubica al norponiente del Gran Santiago, según el último CENSO de 2017, posee 132, 622 habitantes, de los cuales 65.438 son hombres y 67.184 son

mujeres, correspondiendo a un 49.3% y 50,7% respectivamente. Al mismo tiempo, podemos observar una densidad poblacional de 12.034,6 hab/km<sup>2</sup>. (CERRO NAVIA, 2019-2020)

La esperanza de vida de la población es de 80 años en mujeres y 74 en hombres. En cuanto a la natalidad, en 2016 nacieron 1683 personas correspondiente a la tasa de natalidad del 10,7 (n.v x cada 1000 habitacionales.) tasa por debajo del nivel nacional y regional. La tasa de mortalidad es de 5,8 por cada 100 habitacionales. Correspondiente a 912 casos, que esta por sobre la tasa regional de 5,3 y tasa nacional de 5,7 por cada mil habitacionales. La mortalidad infantil es de 5,3 tasa por debajo a nivel regional y nacional. (CERRO NAVIA, 2019-2020)

Los pueblos originarios: corresponden al 16% de la población comunal, siendo 80% de pertenencia mapuche. El 5% de la población es migrantes, siendo la comunidad peruana la mayor comunidad migratoria, seguida de la haitiana. (CERRO NAVIA, 2019-2020)

#### **2.1.21 Red de salud comunal y población inscrita:**

A 2019 hay 122,274 personas inscritas en los CESFAM de la comuna, inscritas en FONASA. Según los datos dispuestos por Fonasa, para la comuna de Cerro Navia, la población Per Cápita Preliminar 2020, será de 124.179 y la población Per

Cápita definitiva será de 124.17 por consultorio. Existió un aumento de 1500 personas concentradas en el CESFAM Lo Amor. (CERRO NAVIA, 2019-2020)

Por consultorio la distribución de población entre los 1 a 17 años es la siguiente:

**Albertz.**

De 1 a 17 años: hombres 3313, mujeres 3293. Total= 6606.

**Cerro Navia.**

De 1 a 17 años: hombres 3312, mujeres 3247. Total= 6559.

**Lo Amor.**

De 1 a 17 años: hombres 2268, mujeres 2317. Total=4585.

**Steeger.**

De 1 a 17 años: hombres 4137, mujeres 3973. Total= 8110.

Total: 25, 860 NNA de 1 a 17 años validados a 2020.

En cuanto a los principales problemas de salud que se presenta a nivel general en la población de 1 a 59 años es la obesidad o el riesgo asociado a este problema de salud. (Población entre 0 a 59 años) el 19% de la población infantil está con sobrepeso u obesidad, según la ficha de joven control sano aplicada en 2019 en los establecimientos educacionales de la comuna. Como siguiente problema de salud le siguen los problemas cardiovasculares y salud mental.

En Cerro Navia se cuenta con una red de salud y equipo psicosociales que brindan atención en salud mental a la población infanto adolescente y sus familias.

Este trabajo se articula a través de trabajo en red que ha definido flujos de atención que permitan dar asistencia y continuidad de cuidados en cuanto a la salud mental respecta y dar cumplimientos a los convenios establecidos con la autoridad sanitaria.

Es importante considerar que en salud pública es relevante el trabajo colaborativo entre los actores de esta red de atención, permitiendo acoger las necesidades de la población no solo identificando sus características, sino también las necesidades de atención existente.

Se presentan brechas en la atención que tiene relación con los tiempos de espera para acceder a atención de especialidad y abordar los contextos de vulnerabilidad social en que viven y se desarrollan los niños, niñas y adolescentes de esta comuna.

## **2.2 MARCO METODOLÓGICO.**

### **2.2.1 Metodología de investigación.**

### **2.2.2 Tipo de estudio.**

Este estudio basa su comprensión del medio de investigación desde el paradigma epistemológico fenomenológico porque permite una comprensión de la vida, la experiencia y su relato definida en la vida misma reconocida por las personas y familias entrevistadas en este estudio.

En un artículo científico, Doris Fuster plantea que el enfoque fenomenológico pretende dar respuesta y recoger desde la experiencia vivida los sucesos y sentidos que los sujetos dan a su realidad (Fuster, 2019), en este sentido busca tomar elementos de la realidad y no solo interpretarlos sino también recoger el sentido natural de su explicación e interpretación de los hechos y cosas que dan sentido y realidad a la propia realidad, de tal manera, tomar conciencia y dar significado.

El diseño para este estudio será del tipo descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo ya que “son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Hernández Sampieri & Mendoza, Metodología de la investigación, 2018, pág. 53)

“Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente

pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas”. (Hernández Sampieri & Mendoza, Metodología de la investigación, 2018, pág. 23)

En este sentido, la investigación cualitativa centra su atención en describir comprensivamente la realidad que será objeto de análisis, ya que pretende estudiar los acontecimientos desde la perspectiva de quien vivencia el acontecimiento, poniéndose en el lugar del informante, en el momento de su ocurrencia, busca el reconocimiento de la subjetividad de la interpretación del significado entendido en su contexto, ya que su objetivo es la captación y reconstrucción de significado. La comprensión profunda será lograda cuando el investigador utilice su experiencia, empatía y capacidad de contextualizar la vivencia, para llegar al entendimiento del significado del fenómeno.

La empatía y la capacidad de introspección son dos características que el investigador debe poseer para poder realizar una investigación confiable. La empatía puede ser definida como la capacidad que tiene un sujeto de ponerse en el lugar del otro (informante) y comprender su accionar; y la introspección por su parte, consiste en la capacidad de mirarse dentro de uno, para buscar en la experiencia personal, alguna respuesta analítica del fenómeno en estudio, para verificar primeramente su aplicabilidad sobre la base de su generalidad. Siendo esta la manera más adecuada para recoger la experiencia de las familias entrevistadas que permita la construcción de tipologías que aporten la elaboración de lineamientos de acción propios para el trabajo social con familias.

### **2.2.3 Tipo de investigación:**

La investigación es de tipo no experimental, ya que no se realizó manipulación de variables, además es transeccional, porque tiene por objeto indagar en la incidencia, en los valores y características de las familias estudiadas en momento y lugar específico en que se manifiesta una o más variables en un momento determinado, permitiendo una posterior comparación.

### **2.2.4 Técnicas de recolección de la información:**

El proceso del trabajo de campo se realizará mediante la Entrevista semi estructurada, ya que constituye una herramienta útil para excavar en la subjetividad particular de los sujetos en estudio y comprender más profundamente los significados que se construirán en interacción con los entrevistados, permitiendo la flexibilidad y la empatía.

De esta forma, para lograr una comprensión mayor y más profunda de los fenómenos a estudiar, se requiere en primera instancia de un detenido proceso de observación que nos permita conocer al grupo objetivo, de manera de asegurar la comprensión de sus códigos lingüísticos, verbales y no verbales, para adentrarnos en los significados ocultos de cada informante mediante la interacción. Esta

observación está dada por el rol profesional que el investigador realiza con el universo de muestra

### **2.2.5 Nivel de investigación:**

El tipo de estudio se enmarca en el nivel descriptivo- comparativo porque pretende identificar y comparar diferentes aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar. Dentro de este marco, describiremos con la mayor precisión posible las características de las familias que se atienden en el Programa de psiquiatría infanto adolescente del COSAM de Cerro Navia entre los años 2019 y 2020. Además, es estructurado porque no presenta muestras esquemáticas, distributivas, sino que la información es de carácter abierta, la cual tiene por objeto atribuir significado a las características de los sujetos en estudio.

### **2.2.6 Tipo de muestra:**

La muestra que se utilizó para efectos del estudio, corresponde a una muestra no probabilística aleatoria simple, porque nos interesa conocer del universo la experiencia y realidad de los distintos tipos de familias atendidas en el programa de psiquiatría comunitaria infanto adolescentes, entre los años 2019 y 2020, para su descripción y comparación.

Se utilizó una base de datos creada por el equipo de psiquiatría infanto adolescente el cual tiene una existencia de más de 10 años. Esta base de datos tipo Excel

formato tabla dinámica se encuentra en un drive compartido con los integrantes de este equipo. Almacena la información de las y los usuarios que se atienden en este programa. Cuenta con datos como la individualización, tipo de diagnóstico, nombre de equipo tratante y datos de tipo administrativo, por ejemplo, existencia de PCI (plan de cuidado integral). Tiene la utilidad de cruzar datos para el análisis estadístico cualitativo de los usuarios atendidos.

En este estudio nos interesa, a partir de estas familias seleccionadas, investigar sus características y realidad, siendo escogidas aleatoriamente desde lo cualitativo.

### **2.2.7 Universo y muestra.**

Este universo corresponde a 230 familias atendidas entre los años 2019 y 2020 en el programa antes mencionado.

Siendo la muestra no probabilística de tipo aleatoria simple extraída desde las familias que fueron atendidas en el programa psiquiatría infantil del COSAM Cerro Navia en los años antes mencionados.

### **2.2.8 Unidad de análisis:**

Familias atendidas entre los años 2019 y 2020 del programa de psiquiatría infanto adolescente del COSAM Cerro Navia.

### **2.2.9 Muestra:**

16 familias atendidas de entre los años 2019 y 2020 en el programa de psiquiatría infanto adolescente del COSAM de Cerro Navia para su comparación y análisis que serán escogidas al azar. Se aplicará entrevista semi estructurada tomando al adulto responsable de la atención terapéutica. Se entenderá como adulto responsable aquella persona que, al momento del ingreso al programa, acompañe y asista al usuario a la atención y asuma el rol de responsabilidad frente al inicio de proceso de atención y posterior terapia. En la gran mayoría de los casos, según la base de datos utilizada por el equipo, el adulto responsable tiene relación consanguínea con el usuario o usuaria siendo estos, por ejemplo, la madre, padre, abuela u otro familiar, a cargo de la atención de usuario que es menor a 17 años 11 meses y 29 días y que ha ingresado al programa ya definido.

Es importante señalar que las entrevistas se realizan al adulto responsable para no exponer a los usuarios menores de 18 años del programa psiquiatría comunitaria infanto adolescente a situaciones que puedan desembocar en escenarios de exposición emocional y, por tanto, interferir con su procesoterapéutico. Desde aquí se considera relevante no exponer a los usuarios a situaciones que afecten su proceso de atención y, por sobre todo, que vulneren sus derechos. Además, las preguntas que se formularan en el siguiente estudio tienen relación con las características de la familia y su situación en cuanto a la salud mental y no al proceso terapéutico realizado por el usuario y usuaria que se encuentren en el programa antes mencionado. Por tanto, la información recogida

busca ser un aporte desde el trabajo social clínico en la construcción de nuevas líneas de acción para este campo disciplinar en el ámbito de la salud mental.

Cabe mencionar que se aplicará consentimiento informado, previo al desarrollo de la entrevista, en el cual se dará cuenta de las características y propósito de este estudio, resguardando la confidencialidad de la información entregada la cual se especificará que solo se hará uso para fines del presente estudio, siendo destruida la información luego de terminado el proceso de investigación.

Esta entrevista se realizará posterior autorización de consentimiento informado a través de video llamadas con apoyo de plataforma WhatsApp debido a que esta red social en la actualidad se encuentra liberada de costo, siendo una herramienta tecnológica que no implicará un costo monetario para el adulto responsable entrevistado ni para el investigador. Se grabarán las entrevistas con aplicación de celular y se contará con una copia digital que será destruida al final de esta investigación.

Es relevante considerar que para este estudio se tomaran medidas que permitan resguardar la información y el desarrollo adecuado de la entrevista. En este sentido, se realiza previamente un consentimiento informado a adulto responsable quien consentirá o no su participación en este estudio. Frente a situaciones que puedan generar algún desborde emocional, dicha profesional aplicará técnicas de contención propias de la intervención en crisis tales como la contención, la escucha activa, manteniendo en todo momento la calma y control de la situación

posible de desarrollar y que permita restablecer el equilibrio emocional a través de la expresión de emociones y sentimientos que permitan la búsqueda sana y asertiva de soluciones a los problemas que se puedan presentar. No se ahondará en el proceso terapéutico de las familias, sino que más bien se buscará conocer sus características y construir, desde éstas, nueva información y procesos mejorados de atención para el trabajo con familias.

La investigadora cuenta con capacitación y formación en auxilios psicológicos y una larga trayectoria profesional en atención con usuarios y familias.

Este estudio será revisado y visado por la directora de COSAM de manera de contar con el respaldo y aprobación institucional para la realización del mismo. Finalmente, y para resguardar la validez de este trabajo éste será visado por profesionales del equipo del programa de psiquiatría infanto adolescente para revisar, evaluar y considerar su pertinencia. Además, se realizará una entrevista a sujeto experto, para contar con una mirada integral que aporte elementos teóricos y técnicos a este estudio.

## **2.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOPIRADOS.**

### **2.3.1 Introducción.**

Esta tercera parte de la investigación comprende recoger el resultado de las entrevistas realizadas a las familias en cuanto a determinar elementos que dan cuenta del objetivo general de este estudio, el cual tiene relación con “Comprender las principales características que presentan las familias que se atienden en el programa de psiquiatría infanto de adolescente de COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020”.

Para una mejor comprensión de este análisis, éste contemplaré la construcción de variables contenidas en dicho objetivo, las cuales se organizan en características de las familias e identificación los diagnósticos en cuanto a tipos de familias, nivel socioeconómico y redes de apoyo existentes.

Luego de este ejercicio, propondremos la construcción de perfiles de familias y la elaboración de líneas de acción concerniente a establecer nuevos ámbitos de intervención desde el trabajo social con familias.

### 2.3.2 Características de las familias: ¿Cómo son distintas las tipologías familiares?

Categoría 1	Sub categoría
Características de las familias	Tipo de familia
	Estructura Familiar
	Ciclo familiar
	Tipo de actividad social

En cuanto a las características de las familias entrevistadas, podemos señalar que esta se compone en su mayoría por familia de tipo nuclear, constituida por el subgrupo conyugal y más de un integrante de subgrupo fraterno, con un o más hijos o hijas. La jefatura del hogar en un 90% es ejercida por el hombre. En su mayoría todas las familias se encuentran en etapa de crianza, excepto una que se encuentra en proceso de formación. En esta etapa la labor de crianza con hijos es desarrollada más por la madre que el padre. Siendo esta actividad una labor desarrollada por la mujer que queda en casa y siendo el hombre quien sale al exterior, mundo social, a resolver a través del trabajo formal o informal, la búsqueda de la satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

***“Vivo Con mi marido y mi hija”, “en la casa de adelante viven mi mamá y mi papá!***

***“Sí vamos a cumplir veintiséis años, el mismo día que me casé él esta de cumpleaños, el es mayor tiene sesenta y tres”, tuvimos tres hijos, dos hombre y una niña, la menor vive con nosotros, ya tiene veintiuno y estudia en la USACH”***

***Familia 1.***

***“Somos una familia de cuatro, Cristian mi esposo, mis hijos Nicolás, Gabriel y yo”. Casados hacemos más de 10 años por las dos leyes. Mi hijo mayor Nico tiene 15 y Gabo 10 años”***

***Familia 2.***

***“Por ahora y en este momento no hago nada está de dueña de casa”. Él sale a trabajar, claro..., él está saliendo al frente, pero él no tiene contrato, no tiene nada, porque al frente es como pololo se puede decir”***

***Familia 3.***

***“La Peluquería es mi trabajo por muchos años, trabajo en mi casa, tengo mis clientas, pero es algo fijo”.***

***“Mi esposo él tiene un trabajo estable y mi hijo mayor trabaja, pero sus gasto de estudios y sus cosas, no lo obligo a que ayude, como peluquera a veces tengo clientes, a veces no”***

***Familia 4.***

***“A mí me toca trabajar ahora, siempre he trabajado, pero ahora que mi papa ya no está, no toca salir a delante a tres solitas, tenemos ayuda de mis hermanas pero no ha sido fácil”***

***Familia 5.***

Si bien la participación sociolaboral de las mujeres hoy en día tiene un mayor protagonismo que hace 25 años, observamos que en las estructuras familiares se mantienen formas de organización asociadas al patriarcado, donde la distribución del espacio del mercado laboral lo desarrolla más el hombre que la mujer, siendo esta última quien sigue asumiendo, con escaso apoyo o en soledad, el rol de crianza y la organización intrafamiliar del hogar.

En cuanto a los roles al interior del hogar, en el 90 por ciento de las entrevistas la jefatura de hogar se encarga de traer ingreso para la satisfacción de necesidades básicas y esta actividad es realizada por el hombre, solo en una familia la jefatura del hogar es femenina y se debe a que el padre ha fallecido.

El ingreso familiar femenino presenta una mayor precarización en cuanto al tipo de trabajo y el ingreso al que acceden las mujeres que realizan actividades laborales. La desigualdad y falta de protección social en este ámbito es una realidad que se repite en las familias entrevistadas. Las mujeres no ejercen la jefatura familias porque postergan el ingreso al mundo laboral, social y personal, por asumir el cuidado y crianza directa de los hijos, no cuentan con sistemas de protección social adecuados en cuanto a acceder de manera directa a sistemas de previsión social, salud y educación que puedan entregar más herramientas de desarrollo personal y social. Siendo el acceso a estos sistema de protección lentos y/ o precarios.

Otra característica importante presentada en las familia entrevistadas son las de tipo reconstituidas, las cuales se ensamblan en una construcción familiar anterior y

constituyen en la actualidad un nuevo tipo de familias, que establece relaciones y lazos de afectividad sin tener vínculo consanguíneo y que está caracterizada por la integración de integrantes tales como hijos de primeras familias, que son integrados y criados como hijos de igual manera que los nacidos dentro de este nuevo grupo familiar.

***“Mi marido, convivimos, tenemos 3 hijos, el mayor es solo mío, de 21 que estudia, la Cami de 14, el Nico de 9 y la Nacha de siete”. “hace quince años que estamos juntos***

#### ***Familia 6.***

El 50 por ciento de las entrevistas realizadas corresponden a tipos de familia nuclear y otro 50 por ciento corresponde a familia de tipo extensa o de otro tipo. Respecto a las características de familias extensas, está dada por componer integrantes de 3 generaciones, en este caso son los abuelos, ya sea por línea paterna o materna, que integran este grupo familiar. El rol que cumple esta primera generación familiar es apoyar de forma periférica o directa el cuidado ocasional o la crianza constante de los hijos e hijas.

Lo anterior, nos permite evidenciar que la familia tipo extensa cumple un importante proceso de apoyo como red social y que en general las familias entrevistadas son parte de estructuras familiares tradicionales.

***“Nuestra familia es con el Cristian grande, el papá, el Cristian chico, 3 hijos, con mi papá y mi marido, estamos juntos hace veintisiete años”, “Tenemos otro más, de veintiséis, el Maicol, pero él no vive con nosotros, Verdad, veintiséis que es el Maicol que ya no está con ustedes, la Isa que tiene 15  
“Cristian chico, o sea que le digo... que hay un primo que tiene 28 y se llama Cristian también, por eso le decimos Cristian chico, Cristian grande hartos Cristian, Claro, el Cristian tiene doce, el Oliver tiene un año siete meses, todavía no cumple los ocho”, “Mi papá tiene sesenta y nueve años”.***

### ***Familia 3.***

Los roles de género están caracterizados por una estructura más bien patriarcal, como fue mencionada anteriormente. Esta figura de poder se deposita en la imagen masculina, en quién se concentra la toma de decisiones del grupo familiar. Si bien, en el siglo actual la sociedad ha avanzado en problematizar y visibilizar la desigualdad en los roles de género, dentro y fuera del espacio familiar, se visualiza desde el discurso de las familias entrevistadas que estos cambios son procesos que aún no se instalan en el cotidiano de la vida íntimafamiliar. Es un discurso instalado, pero que aún no se ve materializado en cambios en la estructura familiar, en cuanto a la toma de decisiones y como se organizan los distintos espacios y momentos de la vida cotidiana.

### 2.3.4 Convivencia familiar y personas significativas: el valor de las relaciones interpersonales.

<b>Categoría 2</b>	<b>Sub Categoría</b>
Convivencia familiar	Personas significativas
	Relaciones interpersonales
	Dinámica familiar

Al interior de la dinámica familiar se desarrollan las más importantes situaciones cotidianas, se construyen las historias que dan identidad a cada grupo y permiten que los integrantes de este grupo nazcan, crezcan y se desarrollen para ser, en un futuro, sujetos insertos socialmente. También se crean e instalan secretos, situaciones diversas, se promueven y fomentan valores, creencias, ritos y distintos hechos, que dan vida a la familia y crean procesos de socialización básicos e importantes para el desarrollo de los integrantes de ella.

Los vínculos y la comunicación son parte fundamental de las relaciones interpersonales al interior de la convivencia de este íntimo grupo. Se definen, a través de estos elementos, el papel que los integrantes cumplen, sus roles, sus funciones y como estos sincronizan en función de las distintas etapas de ciclo de vida que las familias deben enfrentar, desde su nacimiento hasta su extinción.

En este sentido, las familias entrevistadas señalan que la convivencia al interior de sus familias se constituye en formada adecuada, manifiestan lograr resolver conflictos manteniendo una comunicación activa, libre de violencia. En relación con esto los roles y funciones, en cuanto a la crianza y el desarrollo de los

subgrupos conyugal, fraterno y parental, se desenvuelve adecuadamente. Esto ocurre en alrededor del 70 por ciento de las familias, manifestando tener una convivencia sana, logrando resolver conflictos pese a la existencia de múltiples factores de riesgo o estresores asociados a un ambiente de riesgo o situaciones que modifican abruptamente el contexto en que las familias se desarrollan y desenvuelven.

***“En la casa es Calmada, muy pasiva la convivencia, rara vez hay peleas”***

***Familia 1.***

***“La convivencia es buena, es tranquila, se conversa se comparte. Cada uno tiene su espacio... como armónica, no tenemos tantos problemas como era antes, antes habían más problemas”***

***Familia 3.***

***“Eh. La convivencia es buena... porque nos entendemos, conversamos, si hay algún problema conversamos y después al ratito ya estamos conversando”***

***Familia 4.***

En la dinámica familiar se presentan distintas situaciones que son parte de las relaciones humanas, que afectan la convivencia y la cotidianeidad y que pueden generar efectos nocivos e irreversibles, cuando se instalan en las dinámicas

familiares, provocando secuelas que perduran en el tiempo y traspasan generaciones.

La violencia intrafamiliar es un problema psicosocial de complejo abordaje para las familias que experimentan y viven bajo esta dinámica. Los distintos tipos de violencia y sus características provocan severos efectos, no solo en las relaciones interpersonales, sino que a nivel individual y social, en las familias y sus integrantes.

***“Yo creo que ha mejorado porque antes... o sea, yo y mi hermano mayor, yo tengo dramas porque su personalidad y la mía, nuestros caracteres por así decirlo no pegan ni juntan***

***Porque él es una persona que, si él dice, él lo tiene que llevar y yo no soy así, a mí no me gusta que me pasen a llevar a mí ni a mi pareja, ese es el drama y ¿qué pasó? Que aquí mi hermano, entre comillas, cahuinea, eso fue lo que pasó. Armaron un cahuín, una pelea”***

***Familia 7.***

***“Difícil. Difícil”...***

***“Es difícil porque... a ver... la convivencia se ha vuelto una rutina de... de gritos... de violencia verbal más que nada, ¿tiene explicación de por qué ocurre?, por malos hábitos, mala comunicación, malos ejemplos”***

***Familia 2.***

Es importante que las familias puedan acceder a sistemas de atención integrales e interdisciplinarios, que entreguen a las familias las herramientas y apoyos individuales y sociales que permitan sobreponer y resolver los efectos y secuelas provocadas por la violencia intrafamiliar. El no contar con este apoyo, podría generar secuelas irreversibles, que podrían poner en riesgo la integridad vital de los miembros de la familia.

La importancia de la promoción y prevención de prácticas de buen trato y no violencia, deben ser parte de la política pública, que de forma permanente y transversal debe situarse en todo los espacios y niveles de la interacción e intervención con personas y sus familias.

***“Los chiquillos, los hijos, los hijos ¿por qué? porque son lo que traje yo al mundo, o sea, no... yo los traje, entonces son mi responsabilidad, son lo que más amo en la vida”***

***Familia 3.***

***“Mis hijos, ¿por qué? porque son casi la única familia que tengo, son muy importantes, los quiero mucho, bueno, mi vida son ellos”***

***Familia 4.***

***“Mis hijos son los más importante después mi madre y Cristian mi marido”.***

***Familia 2.***

Respecto de la pregunta, ¿qué personas son significativas?, la mayoría de las familias entrevistadas refiere que son los hijos o lo propios miembros de las familias. Esto, indistintamente de la estructura, condición, características o dificultades que presentan o deben enfrentar en este grupo social primario.

Estas se fundan, movilizan, desarrollan y crecen en función de la integridad, protección y satisfacción de sus miembros, especialmente de las familias en etapa de crianza, esto como un instinto básico de protección y supervivencia. Los hijos son un motor importante de movilidad social que presentan las familias y por los que se mantiene unidas, construyen proyectos y avanzan en la creación de identidades y expectativas de vida, que permiten la satisfacción de necesidades y la búsqueda de la felicidad.

**2.3.5 Lo socioeconómico, habitabilidad y redes de apoyo: indicadores de calidad de vida material e inmaterial.**

<b>Categoría 3</b>	<b>Sub categoría</b>
Calidad de vida material e inmaterial	Situación socioeconómica
	Habitabilidad
	Redes de apoyo

Las necesidades básicas son un elemento esencial en la vida de los seres humanos, satisfacer y garantizar su bienestar es un elemento vital y básico para que las personas puedan desarrollarse y vivir plenamente.

Dentro de estos elementos se encuentran aspectos tales como la alimentación, abrigo, acceso a servicios como la salud, educación, vivienda y el empleo que son parte básica para garantizar satisfacción, plena calidad de vida y un buen vivir.

Las familias entrevistadas cuentan con las condiciones básicas que permitan la satisfacción de sus necesidades. Todas tienen acceso a vivienda, abrigo, alimentación, salud, educación y empleo. Este último se ha visto precarizado debido a la inestabilidad social producto del estallido social y la pandemia por COVID -19, lo que suma un factor de estrés nuevo a lo complejo que resulta resolver, hoy por hoy, las necesidades básicas.

Las condiciones de estas necesidades varían según la condición y oportunidad de acceso que cada familia puede tener. El 70 por ciento de las familias cuenta con vivienda propia, sin deuda, obtenida a través de subsidios habitacionales entregados por el Estado. Estas viviendas cuentan con servicios básicos de luz, agua y gas. Las condiciones habitacionales, en cuanto a estructura, son de material sólido o mixto con buen equipamiento y habitabilidad, no evidenciándose hacinamiento en la mayoría de las familias, según refirieron en las entrevistas.

Estos aspectos permiten a las familias contar con un piso mínimo para acceder a construir una vida familiar y el desarrollo adecuado de los integrantes de este grupo social.

El 100 por ciento de las familias tiene acceso a servicios de salud y educación, siendo esta última en su mayoría de tipo pública, dos familias acceden a establecimientos educacionales particulares subvencionados.

***“Esta es la casa de mi suegra, estamos en la casa de su suegra”, “De allegados, pero de forma independiente”***

***Familia 3.***

***En cuanto a la situación socioeconómica y de casa, “Sí vivimos, en casa propia, A mi mamá, al ser la viuda la casa es de ella”***

***Familia 5.***

La empleabilidad de las familias se ha visto afectada durante estos dos últimos años, por factores asociados a eventos sociales que salen del cauce común, de las crisis sociales que nuestra sociedad está acostumbrada a sobrellevar y reponer, como son, por ejemplo, los desastres ambientales, como terremotos u otros eventos naturales.

El estallido social y la actual pandemia por COVID-19, han azotado de manera profunda y compleja la estructura social de la sociedad chilena y el mundo en general, poniendo en jaque al sistema social y económico imperante.

Esta crisis social trae consigo efectos en todos los ámbitos de la vida las familias, ya que ha tenido un impacto importante en el empleo y la fuentes de ingreso de la personas; afectando la calidad de vida muchos chilenos. Esto ha generado un efecto en la salud mental, que como sociedad estamos recién comenzando a

dimensionar en su real envergadura y sus efectos en todos los ámbitos de la vida diaria de las personas.

El ingreso familia se ha visto afectado no solo en la precarización o falta de trabajo, sino en que las familias logren satisfacer necesidades básicas, como la alimentación y abrigo, elementos vitales para la sobrevivencia de las personas.

En este sentido, las familias entrevistadas dan cuenta, a través de sus entrevistas, el efecto que han tenido los diversos eventos ocurridos en los últimos años, producto del cambio social generado por el estallido social y la pandemia por COVID-19.

***“Por hoy día no hago nada, que hace meses no puedo coser”***

***“Hago arreglos casi siempre, arreglos de ropa... cosas de casa... más que nada cosas de casa, cortinas, manteles, cojines, cosas así”***

***¿Actualmente cuáles son sus ingresos económicos aproximadamente?***

***“Es que ahora como el Abel está cesante, va a cobrar recién la cesantía”***

***Familia 1.***

***“En este momento no hago nada, estoy de dueña de casa, en la casa no más”***

***“Claro, él está saliendo al frente, pero él no tiene contrato, no tiene nada, porque al frente es como pololo se puede decir, es como un trabajo esporádico, claro, es como un pololo, una ayuda”***

***Familia 3.***

La fragilidad social que han enfrentados las familias durante estos últimos doce meses configura un elemento de importante estrés, afectando no solo la satisfacción de necesidades básicas, sino que también en lo que respecta a la salud mental, entendida como un estado de completo bienestar.

En este contexto particular y complejo las redes de apoyo han tenido un rol importante permitiendo a las familias poder sobrellevar y resolver las complejas situaciones que han tenido que enfrentar.

Las familias se insertan en un espacio, tiempo, contexto y territorio y establecen vínculos, lazos y redes de apoyo que permiten gestionar acciones tendientes a apoyar necesidades o que permitan la integración social. En este sentido, podemos ver que las familias hacen uso de redes tanto primarias como secundarias y tercerías. Dentro de ellos, también sistemas de transferencias estatales y sociales que apuntan a entregar un apoyo en el corto plazo a familias que presentan un perfil social específico, caracterizado por una alta vulnerabilidad social, establecidos por sistema de evaluación que estratifica las condiciones socioeconómicas de las familias.

Las familias entrevistadas refieren haber contado con apoyo de transferencias estatales, que permitieron sortear las dificultades generadas por el desempleo y la precarización de los puestos de trabajo, debido al estallido social a fines de 2019 y a la pandemia en 2020.

Estas ayudas estatales resolvieron necesidades básicas como alimentación y pago de servicios básicos, permitiendo tener un impacto menos negativo de los efectos generados por los eventos sociales y sanitarios enfrentados durante estos últimos 18 meses.

***“Ese es el enredo que tengo porque como se supone que yo vivo solo con la Sole, me salieron los bonos del IFE que dio el gobierno”***

***Familias 1.***

***“Sí, somos los tres, y el subsidio del agua que tengo en estos momentos”***

***¿En este periodo ha recibido algún otro tipo de beneficio?***

***“Ah sí po, el IFE el IFE...”***

***“No, el IFE no más, ese es el único que recibimos”***

***Familia2.***

La continuidad de estas transferencias estatales garantizará que las familias cuenten con los apoyos necesarios para sobrellevar este contexto, que aún no es estable, debido a que recientemente se inicia el proceso de cura frente a la crisis sanitaria que el país y el mundo deben enfrentar.

### 2.3.6 Salud mental y familia: una realidad invisible.

Categoría 4	Sub Categoría
Salud mental	Violencia intrafamiliar
	Cesantía
	Estrés, enfermedades de salud mental depresión

Otro punto relevante de esta investigación es conocer cuáles son los problemas de salud mental que presentan las familias entrevistadas. En este sentido, los problemas observados son de amplia gama y muchos de ellos tiene relación con las condiciones y situaciones referidas por las familias en la primera parte de estas entrevistas.

Cabe señalar que la salud mental es un aspecto que no siempre está presente como un tema a resolver por las familias y esto obedece a la insuficiente promoción que se realiza para entender la salud mental como un ámbito importante en la vida de las personas, que tiene relación directa con la satisfacción, calidad de vida y buen vivir.

Un 90 por ciento de las familias manifiesta presentar problemas de salud mental que tienen relación con estados de estrés, producto de la inestabilidad laboral, debido al actual contexto de pandemia, que afecta la tranquilidad y estabilidad emocional de los integrantes del grupo familiar.

Dentro de este porcentaje, un 50 por ciento de las familias presentan problemas de salud mental que implican un diagnóstico clínico, como es la depresión o problemas psicosociales asociados a situaciones intrafamiliares, como el maltrato o violencia conyugal, tanto de tipo psicológica como física.

Nos parece importante destacar que se evidencia que los problemas de salud mental presentados por las familias han agudizado sus síntomas y se han profundizado problemas psicosociales ya existentes luego del estallido social y posterior pandemia mundial. Siendo complejo el escenario que las familias deben enfrentar, no solo por los efectos que esta situación genera en este grupo social primario, sino porque los propios servicios de asistencia se han visto obligados a modificar y adaptar su oferta al nuevo contexto de distanciamiento social, lo que genera, a su vez, dificultades en la oportunidad de acceso a la atención.

Esta nueva condición de funcionamiento de los servicios adaptados a un escenario no antes visto por esta generación, modifica la forma de relacionarnos y atrasa el acceso y oportunidad de recibir una adecuada atención, elementos que en este contexto son básicos para afrontar la actual crisis socioemocional y sanitaria que afecta a las familias, producto de los aspectos desarrollados en este análisis.

***“Yo creo que de repente es como tolerarse unas con otras. Como le decía anteriormente, de repente hay días que una no anda bien y, no sé poh, responde mal o hace las cosas de mala manera”***

***“Hoy en preocupa el encontrar un trabajo y así estar estable para mi familia, es que no nos falte nada”***

***Familia 5.***

***“Yo creo que más que nada la bipolaridad, el estrés, la ansiedad y... no sabría decir lo otro, pero como las personas prepotentes”***

***¿Eso en relación a quién?***

***“Yo creo que la mayoría, casi toda mi familia pasan estas cosas”***

***Familia 7.***

***“Yo creo que es el encierro es un problemas porque, por ejemplo en el caso del Dani, yo siempre le decía que cuando se sintiera frustrado o cualquier problema que él tuviera, que vaya a caminar a la cuadra, esas cosas y hoy día eso no se hace y él se ha refugiado en su cama y a veces anda molesto, y bastante, él, y mi marido... le cuesta mucho dormir, realmente casi no duerme en la noche y duerme en la mañana, pero un par de horas, no está durmiendo normal, y yo creo que eso es una por el... no es que tengamos problemas, sino que los problemas, que no sabemos los que vienen, aparte de eso, la delincuencia que le tenemos mucho terror y no solo nosotros, sino que todos los vecinos”***

***Familia 4.***

Acoger estas necesidades, establecer prioridades dentro de la entrega de ayuda y abordar los efectos emocionales, psicológicos y sociales que han generado los problemas que las familias presentan en cuanto a su salud mental, es un desafío

que debemos enfrentar no solo como disciplina profesional a la cual históricamente se le ha asignado el rol de resolver la demanda y padecimiento social. El cómo actuar en este complejo e incierto contexto social y sanitario agudiza en muchos casos el estado de salud mental de las familias y sus integrantes, generando estados de crisis permanente, siendo a ratos tardío y complejo el abordaje de estos difíciles escenarios, por parte de las instituciones gubernamentales.

Es un desafío permanente para los equipos no solo sanitarios en salud mental, sino también para las redes institucionales que da respuesta en un territorio determinado, resolver a las necesidades que las familias presentan en un contexto de crisis e incertidumbre constante.

En este sentido, resulta importante que las familias visualicen a estas instituciones como parte de sus redes de apoyo y den uso de la asistencia, ayuda y apoyo entregado, de tal manera de instalar capacidades en dichos grupos sociales primarios.

### 2.3.7 Trabajo Social desde la intervención de crisis o desde la intervención

#### Social con Familias.

<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>
Trabajo Social e intervención	Intervención con familias
	Contexto de intervención Salud mental

Los elementos que hemos recogido en el análisis de las entrevista realizadas a la familias participantes de este estudio, nos plantean desafíos y nuevos escenarios de intervención para el Trabajo Social con familias en el contexto de salud mental.

Esta disciplina, como hemos visto en el marco teórico de esta investigación, tiene desde su génesis un rol de intervención con las familias, siendo ésta, por esencia, su unidad de análisis. El trabajo social y su historia de transformación, que pasa de la asistencialidad a la transformación social, busca, para las familias, acompañar sus trayectoria, identificar sus necesidades, priorizarlas y construir puentes que permitan ir en respuesta, no solo de la necesidad inicialmente identificada, sino en la búsqueda de sus orígenes y soluciones más profundas.

El caso y familia, su diagnóstico y metodología de intervención son un ámbito de acción que el trabajo social desarrolla por inercia e historia disciplinar. Este grupo social definido como un grupo social relevante en la vida y desarrollo de los seres humanos, con una estructura que ha mutado con el avance de la modernidad occidental, siendo su forma y funcionamiento complejo y dinámico de analizar,

nos permite en esta constante transformación construir distintos puentes y/o formas de intervención, que no solo den respuesta a la necesidad emergente, sino que además son un camino para promover, educar, transformar realidades que en su trayectoria se han visto expuestas por los adversos escenarios sociales, donde han sentado sus raíces y construido historias; dibujado y materializado sueños y nuevas formas de vivir y hacer familia.

Un primer elemento que creemos necesario considerar en esta construcción transformadora con las familias, es el trabajo social y la acción. En esto nos parece relevante que desde el proceso metodológico de la intervención acción debe ser sea considerado en el primer análisis y aproximación con este grupo social, en este sentido es importante en el proceso diagnóstico no perder la capacidad de ordenar las historias y cronológico de los hechos, hitos y eventos relevantes, mantener esta coherencia en la recolección de los datos nos permite elaborar diagnósticos familiares participativos, usando diversos enfoques para concretar este fin. Esto quiere decir que, en un escenario tan diverso y complejo, no podemos establecer dogmas en la intervención, sino más bien facilitar a las familia diversas herramientas y enfoques, que permitan construir su propia historia y reconocer en ella recuerdos, fortalezcas y capacidades, no centrando la mirada en las dificultades y carencias existentes, esto permite a las familias encontrar la alternativa que más se adecue o signifique para ella en su realidad.

Consideramos que lo anterior, nos ubica en un rol menos asimétrico dentro de la intervención, esta relación de poder que establecemos en la mediación, como si fuéramos propietarios de la solución. Históricamente, se nos entrega el rol de decidir qué es más conveniente para las familias, siendo actores externos a su propia realidad. Construir con las familias su propia interpretación de su realidad y todas sus características acerca a las familias a comprender eso que no ha tenido nombre ni origen, Esta práctica acerca a la familia a comprender, de manera más real y simple, cuál es el origen de ese padecer, por tanto, resulta más fácil que las familias visualicen la solución a aquello que genera sufrimiento, padecimiento y/o molestia.

Lograr este abordaje implica definir cuál es el rol de trabajo social con familias, siendo éste, desde nuestro punto de vista de Facilitador, porque somos el puente entre el problema y la solución.

No basta con realizar un diagnóstico centrado en conocer y realizar una caracterización, o la identificación de elementos o enfoques, si no logramos construir con las familias su propia historia. Este punto nos parece importante de considerar en el diagnóstico o primer momento con las familias. Lo anterior nos permite incorporar estos elementos en la acción de trabajar y reconstruir la identidad sociocultural, situada en el territorio y el contexto en que realizamos la intervención-acción, logrando que las familias den sentido y significado a sus propios procesos.

Muchos de los problemas que aquejan a las familias tienen relación con olvidar el origen de los problemas, utilizar el modelo socio histórico y sus distintas técnicas y abordajes nos permite un acercamiento más tácito y real a lo que son y viven las familias.

Este proceso es dialectico porque no se debe situar necesariamente en un momento específico de la intervención, sino que es un ejercicio que permite transitar durante todo el proceso de acompañamiento, acogida, acción e intervención con familias.

Otro aspecto relevante de considerar es el vínculo terapéutico. Distintas corrientes teóricas desarrollan este concepto, siendo la psicología con teoría como el apego de Bowlbyn que desarrollan la importancia de la relación y vínculos humanos. Este autor plantea que "Un lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta" permitirá establecer vínculos y relaciones de cercanía y confianza, siendo este un elemento básico que debe estar presente y consiente en la intervención (Bowlbyn, 1993, pág. 67)

Establecer relaciones de confianza y seguridad debe ser parte de los aspectos de nuestro desarrollo, desde un punto de vista evolutivo. Deberían estar presentes como elementos esenciales en las relaciones humanas. Si llevamos estos elemento a la relación de confianza que establecemos entre usuario y trabajador/a social; es de suma importancia que construyamos vínculos y lazos sociales que

nos permitan no solo construir una relación de ayuda, sino poder armar un trabajo donde ambos expertos (usuario conocedor de su realidad) versus trabajador/a social (facilitador con herramientas de intervención social), puedan acordar y establecer este lazo que permitirá no solo la búsqueda de distintos caminos para llegar a la solución del problema planteado por la familia y sino que reconozca su trayectoria y capacidad.

En este sentido, es importante despejar con la familia cuál es el problema y su origen. Nos parece necesario poder despejarlo hipótesis iniciales y despejar con la familias las posibles prognosis de este proceso, porque cuando las familias consultan por ayuda, muchas veces se identifica y focaliza en el efecto del problema, pero no su origen y posible solución. Por tanto, la intervención-acción que podamos entregar y construir con las familias se torna insuficiente para resolver lo que se requiere, sino se consideran estos elementos durante el proceso inicial de trabajo.

En este proceso es necesario ser capaces de identificar no solo la demanda, sino también los recursos sociales que la familia trae consigo y adecuar los enfoques y modelos a la realidad particular. Estandarizar la intervención-acción, en el contexto de salud mental, no se considera adecuado, debido a la diversidad de elementos que conllevan la demanda de ayuda y las múltiples características que presentan las familias, además que como pudimos apreciar en las entrevistas no siempre hay claridad que la demanda tiene relación con el deterioro de su propia salud mental.

Los elementos presentados, nos parece que deben ser parte de la acción-intervención que el trabajo social, en contexto de salud mental, debiendo ser desarrolladas en su quehacer profesional. Esto sin considerar las herramientas propias de esta disciplina, como son el diagnóstico social, planes de intervención y procesos de evaluación propios del proceso metodológico de esta disciplinal.

Por último, nos parece relevante considerar estos aspectos en la intervención con familias dentro de trabajo social en salud mental, porque de esta manera no solo mantenemos la mirada integradora de las diversas realidades familiares, insertas en un territorio particular y momento histórico determinado, considerando además todos los distintos elementos que comprenden la construcción de ser y hacer familiar en el actual contexto social, permitiéndonos materializar la intervención social desde las particularidades, diversidades y formas que hoy viven las familias en contexto social adversos, pudiendo ser un real aporte a esta demandas sociales que posibiliten, no solo soluciones corto placitas, sino que apunten a acercarse al origen de dichos problemas.

Los aspectos desarrollados en la intervención con familias son, sin duda, un tremendo desafío disciplinar, considerando que el contexto social es cada vez más complejo por el incierto escenario que los eventos actuales generan en el cotidiano vivir de muchas familias en Cerro Navia. Sin duda, el desafío constante de actualizar herramientas de intervención y adecuarlas a cada realidad e historia son un trabajo relevante en el quehacer profesional y un desafío que permite posicional al trabajo social desde un rol terapéutico en el contexto de la salud mental, no siendo solo un hacedor de soluciones, siendo esta propuesta una

oportunidad de construir nuevas formas de intervención basadas en la especificidad de cada familia.

## 2.4 CONCLUSIONES.

Al momento de concluir esta investigación, y previo a algunas observaciones finales, consideramos pertinente efectuar una concisa recapitulación de las directrices que orientaron y que conformaron esta tesis.

El siguiente estudio ha venido a aportar una comprensión acotada y actualizada de la realidad que enfrentan las familias en el actual contexto social de la comuna de Cerro Navia.

Las familias entrevistadas se caracterizan por tener distintos tipos de estructura, siendo nucleares y extensas en su mayoría, también encontramos familias de tipo reconstituidas o ensambladas compuestas por “los tuyos, los míos y los nuestros”. Hoy, la diversidad de tipos de familia obedece a los cambios en la estructura social que se han dado a partir de los procesos de industrialización y modernización de la sociedad, presentando cambios más contemporáneos como la participación de la mujer en el mundo social y político, lo que trae consigo cambios en la dinámica y estructura interna de las familias.

Este grupo social y primario por excelencia, ha logrado sostenerse a lo largo de la historia y ha experimentado distintos procesos de transformación; siguen siendo un grupo social importante en la estructura de las sociedades de este siglo. Hoy no solo están a cargo de la reproducción y protección, sino ha asumido el desafío de entregar herramientas socioemocionales a sus integrantes, enfrentando los nuevos escenarios, desafíos y realidades de este siglo. Este rol no solo implica

satisfacer necesidades básicas y encargarse de los cuidados. Es importante que las familias puedan contar con herramientas que permitan enfrentar problemas que afectan su calidad de vida y enfrentar los cambios constantes que la sociedad y las nuevas formas de convivencia trae consigo.

En las familias entrevistadas, en cuanto a su condición socioeconómica, podemos señalar que cuentan con equipamiento respecto a su habitabilidad, acceso a servicios y redes de apoyos tanto institucionales como sociales. Logrando insertarse en un espacio urbano y establecer vínculos sociales que permiten construir lazos de afectividad, identidad y asociatividad.

Presentan problemas en cuanto a su salud mental, que afectan la dinámica intrafamiliar de manera significativa, situaciones que requieren del apoyo de equipos terapéuticos e interdisciplinarios para poder enfrentar y resolver estas situaciones. Contar con este apoyo y acceder a él de manera oportuna debe ser parte de la oferta institucional localizada y territorializada, siendo entregada por los organismos gubernamentales y no gubernamentales, de forma oportuna y con altos estándares de calidad.

La construcción de redes de apoyo institucionales, que construyan acciones conjuntas, trabajen de manera colaborativa y establezcan políticas públicas localizadas y situadas en el territorio, mejora el acceso oportuno a esta oferta institucional. Lograr esta coherencia en la política pública debe ser un propósito de los gobiernos de turno que implique modificar la estructura original de como la política pública es concebida y bajada a las realidades locales.

Para que estas acciones y ofertas institucionales tengan un efecto real en la vida de las familias y sus integrantes, es importante que exista una sincronía entre la política pública y el apoyo local. La administración y gestión eficiente de los recursos estatales es un elemento central para que las personas accedan a espacios especializados de atención. Dar más atribución a los gobiernos locales en la administración y distribución de los recursos asignados desde la política pública a los Municipios quienes conocen de cerca las características y realidad de las familias y comunidades, deben contar con mayores atribuciones que permitan entregar eficientemente los recursos asignados.

Las familias entrevistadas en este estudio tienen acceso a apoyos económicos transferibles, contando con bonos que permitieron sostener, en cierta medida, la difícil situación que el contexto social iniciado en segundo semestre de 2019 y el inicio de la pandemia en 2020, ha generado en el ingreso familiar. Esta inestabilidad socioeconómica está dada por el aumento de la cesantía y precarización en el empleo.

La compleja crisis socio-sanitaria ha agudizado los contextos sociales, ya vulnerados antes de los últimos eventos ocurridos en nuestro país y el mundo, creando una crisis a gran escala, que no solo afecta la vida de la personas, sino que provoca gran inestabilidad y profundas brechas, de las cuales no hay claridad hasta ahora de cómo se van a resolver.

Dicha situación genera, en las familias, efectos adversos en su salud y calidad de vida, ya que no solo hemos visto efectos en lo económico y social, sino que nos

enfrentamos a una situación que atenta contra la propia vida, cambiando radicalmente las estructuras intrafamiliares conocidas hasta ahora y, aparentemente, estos cambios se vislumbran de forma permanente.

Muchas familias han adoptado estrategias de sobrevivencia a través de la asociatividad y creación de nuevas redes de apoyo antes inexistentes, creando procesos identitarios a nivel barrial que antes de esta crisis no existían. La oportunidad del trabajo comunitario y colectivo renace como en tiempos pasados, a través de la habilitación de ollas comunes, que no solo entregaron alimentos para saciar el hambre de las familias, sino que se convirtieron en un refugio socioemocional que permitiera contener la compleja situación vivida.

A partir de esta experiencia surgen agrupaciones sociales con identidad barrial y territorial, que antes de la crisis sociosanitaria no existían. Pareciera que se refundan y retoman procesos sociales dormidos en la memoria colectiva del barrio y se activa porque son parte del ADN social de las familia y su territorio, fortaleciendo el sentido de pertenecía e identidad comunitaria; esta forma colectiva de asociatividad resurge y toma mayor sentido, pese a la forma de vida que hemos adoptados en esta sociedad capitalista, que instala valores sociales como el individualismo y consumismo.

Es imposible aún determinar cuáles son los efecto en el largo, mediano y corto plazo respecto a la condición de salud mental de las familias, por ahora podemos proyectar que estos efectos son adversos y que agudizan en muchos casos

cuadros clínicos en salud mental como la depresión, el consumo de sustancias y la violencia intrafamiliar, siendo el pronóstico desfavorable.

Es necesario construir proyecciones que den cuenta de la realidad que viven hoy las familias y planificar planes de acción que se sitúen en más de un escenario social y económico con todas sus complejidades, identificando trayectorias vital y recursos en cuanto a soporte social activo y la posibilidad de ampliar vínculos no solo formales- institucionales, sino barriales-informales.

## 2.5 APORTES PARA EL TRABAJO SOCIAL.

Nuestra disciplina profesional ha pasado por varios momentos históricos, que han influido en la mirada que tenemos de la realidad e intervención que llevamos a cabo, desde las distintas áreas de trabajo que permite desarrollar esta disciplina, desde el caso y familias, comunidad colectivos, gestión y toma de decisiones institucionales.

Dichos momentos han marcado nuestra línea de acción con la población y nos han permitido generar estrategias que desarrollen las capacidades y habilidades en las personas con las cuales trabajamos y crear nuevas formas de intervención disciplinar.

La profesión nos ha permitido desplegar diversas intervenciones que nos permiten enriquecer la visión de sociedad que pretendemos formar, que sea capaz de generar procesos políticos, económicos, sociales y culturales que llevan a la construcción de sociedades más justas, igualitarias, tolerantes, heterogéneas; en donde todos seamos capaces de interrelacionarnos de forma armoniosa y construyamos sociedad por y para tener caminos de paz.

Considerando lo anterior, el desafío que emprendimos al realizar esta investigación fue con el propósito de adentrarnos en la realidad de un grupo importante de la sociedad; grupo primario, que ha tenido desde su origen un importante rol social. Pese a los cambios experimentados, sigue estando presente

como eje angular de la sociedad. La familia es, por definición, un espacio íntimo de socialización, reproducción, cuidado, protección y desarrollo integral para y con los seres humanos.

Este grupo social al que quisimos conocer, desde su subjetividad, consta de características que lo hace interesante de investigar, debido a que la relación entre Familia y Trabajo Social es una diada que se construye desde la fundación disciplinar. Este grupo social ha sido nuestra unidad de análisis a la hora de definir ámbitos de intervención y construcción de metodologías, que den respuesta a las desigualdades que la familia y sociedad en general ha enfrentado, hoy y siempre. La búsqueda de dignidad y justicia social es un eje angular que marca esta relación diádica.

Considerando el complejo contexto, no solo por la vulnerabilidad social en la que conviven a diario las familias que habitan sectores periféricos urbanos, es pertinente la elaboración de propuestas de intervención que orienten a solucionar las brechas existentes. Se deben considerar los aspectos de caracterización socioeconómicos, sociales, relacionales y redes existentes y el significado que las familias le asignan a esta información. No solo en cuanto al valor material de éstas, sino el valor simbólico de estos soportes sociales y el lugar que ocupan cada una de ellas para este grupo social.

La participación debe ser un aspecto que se debe relevar en la intervención clínica y social con las familias, no solo para que esta participación cumpla una

lógica funcional, sino porque la participación es una herramienta social que potencia no solo el desarrollo a través de la creación de vínculos, sino que fortalece un aspecto importante, como es el sentido de pertenencia e identidad social, hoy por hoy tan efímera en las relaciones humanas.

La identidad según lo define Navarrete es “Entonces, ya no es posible hablar de la "identidad" para hacer referencia a las características universales del ser, o para definir al hombre como invariable e inmutable. Hoy sabemos que el ser *es-tá-siendo*, que el sujeto se constituye constantemente, que adquiere o deja y se constituye por diversos polos identitarios y eso es lo que lo constituye en lo que es, en un momento particular de la historia, de su historia en un tiempo y espacio particular” (Navarrete, 2014)

Construir identidad no solo es un ejercicio individual, psicológico o intrapsíquico, en la medida que los individuos se identifican en un lugar, tiempo y espacio, no solo construyen su propia identidad y sentido de pertenencia, sino que van elaborando vínculos, emociones y relaciones interpersonales, que permiten crear lazos de afecto e insertarse socialmente, para construir un entramado de redes sociales, que permitirán el desarrollo y la satisfacción de necesidades básicas.

Estos elementos deben ser parte del proceso diagnóstico e interventivo propios de nuestra disciplina. El análisis socioeconómico y relacional estructural no da cuenta de todas las dimensiones y complejidades de los problemas que deben enfrentar las familias, a partir de las características de las sociedades actuales, como pudimos ver en este estudio. El difícil escenario global que hemos enfrentado y

convivir en una comuna que ha sido categorizada como vulnerable social y económicamente, amerita ejecutar desde la políticas pública focalizadas acciones que ayuden a “solucionar dichas carencias”, resolver en definitiva las brechas sociales existentes. Nacer, crecer, vivir y morir en escenarios sociales construidos con carencias o ausencias de elementos que no permiten producir un desarrollo acorde a los nuevos tiempos, no permite a las familias que entrevistamos contar con las herramientas, desarrollar habilidades y finalmente enfrentar las diversas situaciones y complejidades que se presentan en tiempos difíciles como lo ha sido la crisis social y sanitaria vividas en el último tiempo.

Esto claramente agudiza los problemas de salud mental que las familias presentan en la actualidad, aumentando la fragilidad no solo psíquica, sino que psicosocial, producto del actual contexto, la incertidumbre de un futuro incierto, inseguro, muchas veces con pocas redes – o más bien redes sociales y familiares escasas – , produce percepciones de fragilidad difíciles de enfrentar y resolver para las familias, agudizando estado o cuadros de salud mental ya existentes en este complejo panorama social.

Frente al supuesto planteado en esta investigación, en relación con que las familias que se atienden en la programa de psiquiatría infanto adolescente del COSAM Cerro Navia entre los años 2019 y 2020, en su mayoría presentan situaciones de alta vulnerabilidad social que estas, a su vez, no logran identificar. Podemos decir que la totalidad de las familias entrevistadas presenta problemas de salud mental en algún grado o tipo, los cuales se han agudizado en muchos de los casos, debido al actual contexto, su solución no es tan próxima.

Gran parte de las familias no es completamente consciente de los efectos de este estado o no logran identificar la magnitud de este y los posibles efectos en el futuro y no tiene claridad de cómo abordarlo. Cuentan con redes y necesidades básicas resueltas siendo este un primer elemento de apoyo, pero con dificultad para identificar la riqueza familiar centrada y construida desde su propia diversidad, construida como un grupo socialmente histórico y un sentido de identidad que tiene un valor social que las familias no logran identificar y resolver.

Desde aquí, el Trabajo Social ha construido su propia lógica y forma de investigación e intervención con sujetos y familias. Esto ha permitido levantar no solo una identidad disciplinar en el abordaje de problemas sociales complejos, sino que ser un aporte disciplinar en la instalación de modelos y teorías que han contribuido a las familias en la búsqueda de soluciones, justicia social y dignidad.

Esta búsqueda de soluciones debe ir de la mano con y para las familias, situándolas en un contexto, lugar y territorio determinado. Basando el análisis del diagnóstico social no solo en los elementos que caracterizan la estructura, funcionalidad y las redes de apoyo, sino que también relevar en estos elementos la importancia de que las familias identifiquen su propia historia y como en esta trayectoria vital, se han construido vínculos y lazos sociales y afectivos significativos. Que las familias logren realizar este ejercicio como parte de la construcción de sus propios diagnósticos social, permite ir trazando estrategias de intervención que den sentido a este proceso.

Las familias deben ser parte participante activa de este trabajo, deben conocer y reconocer qué busca la realización de diagnóstico y proponer en él soluciones acordes a sus necesidades. En este sentido, desde la perspectiva de la atención en salud, debemos dejar de hablar y entender a las familias como pacientes y/o usuarios de un sistema, y visualizarlos como sujetos activos y responsables de sus propios procesos de intervención con derechos y deberes en la intervención.

El rol de Trabajo Social, en este sentido, es un facilitador de construcción de procesos de cambio y transformación social, debe traspasar el conocimiento y protagonismo de estos pasos a las familias, siendo la construcción de relación una diada horizontal desde la perspectiva internacional. Entregar poder y protagonismo de sus propios procesos de búsqueda de solución y transformación social, debe ser parte de los objetivos de la propia intervención propuesta.

Para alcanzar este proceso, debemos considerar el vínculo que se establece como relevante, para lograr un proceso de intervención que permita realizar los elementos propuestos.

Desde los orígenes de la intervención familiar sistémica, desarrollada por diversas disciplinas de las ciencias sociales, incluidas el Trabajo Social, ha existido un genuino interés por trabajar en contextos de exclusión y desarrollar modelos para intervenir eficazmente con las familias insertas en estos ambientes sociales, especialmente aquellas en las que puede haber riesgo de negligencia o algunas de las distintas formas de maltrato o vulneración de derecho.

Desde los inicios del modelo de terapia familiar estructural con Minuchin (Minuchin, 1974) se han desarrollado diversas propuestas de trabajo con familias con niños y adolescentes en contextos sociales de alta vulnerabilidad social, sentando bases para la generación de proceso de intervención con familias desde un enfoque sistémico (Barudy, 2019), quienes centran su propuesta en la intervención destinada a interrumpir los patrones de relación y funcionamiento familiares característicos de la exclusión social.

Desde esta perspectiva, debemos entender que la exclusión es un concepto que considera no solo indicadores físicos o económicos, sino también aspectos relacionados con elementos propios de la interacción intrafamiliar relacional y social, como son el vínculo que estos tienen y desarrollan en su medio social, en cuanto a sus territorios y a los distintos actores sociales, tanto institucionales como no institucionales, que conviven e interactúan en ellos. En este sentido, debemos entender que las familias pueden comprender su propia realidad y el lugar que ocupan en este contexto social, considerando tres elementos que cruzan su ciclo vital: se representa a sí mismo como carente de valor personal (imagen de su mismo), al mundo como lugar hostil y/o a sí mismo como incapaz de modificar sus condiciones vitales favorablemente y desconfianza o desesperanza de que las instituciones y organismos puedan cumplir un rol relevante en la búsqueda de soluciones.

Desde aquí la asistencialidad debe dejar de ser una estrategia de intervención y convertirse en solo una herramienta en la búsqueda de ayuda social. Esto, porque

debe ser el primer elemento que permita al Trabajo Social establecer el vínculo que establezca el puente entre la familia y dicha disciplina.

En este sentido, la construcción de vínculo y la mantención de este entre la familia y el profesional trabajador/a social, toma una significancia relevante para la construcción de proceso de intervención que apunten a cambios más profundos y transformadores.

Para ello, la especialización constante y la búsqueda y construcción de nuevo conocimiento propio de la intervención del Trabajo Social es otro aspecto relevante, que deben considerar los profesionales que intervienen desde el ámbito de la salud mental con familias. Lo anterior, porque en escenarios sociales diversos y complejos, se dificulta avanzar en la búsqueda de ayuda, la creación de resiliencia y la solución participativa de las familias a problemas que son parte y cuerpo de la exclusión social de niños y adolescentes como son y hemos visto en esta investigación. Si no somos capaces de construir una relación vincular con las familias, basada en la justicia social, dignidad y el respeto por los Derechos Humanos, siendo capaces de situar la intervención social con Familias en el territorio, el momento histórico y sus elementos, sus características, identidades, vivencias y saberes, solo reproducimos las brechas de un sistema social flagelante y reproductor de las complejas desigualdades, que son origen del actual y complejo momento social que viven muchas familias. Las crisis sociales son la oportunidad de transformación y nuestra disciplina debe ser parte y protagonista de este momento.

El trabajo social como disciplina de las ciencias sociales, tiene el desafío constante de perfeccionar sus herramientas de intervención para ir a la par de los requerimientos no tan solo propios de la intervención con familias, sino construir y fortalecer una mirada amplia y acabada de los elementos metodológicos, científicos, éticos colaborativos y convergentes, permitiéndonos avanzar hacia una disciplina que responda a las características de los nuevos tiempo y desafíos que se presentan en este contexto. (Robles, 2012)

## 2.6 BIBLIOGRAFÍA.

- Alexander, F., & Selesnick, S. T. (1966). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona: Espaxs.
- Ander Egg, E.
- Ander-Egg, E. (1985). *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Aylwin, N. (. (2001). *La Reinención de la Memoria: Indagación sobre el proceso de profesionalización del Trabajo Social Chileno 1925 – 1965*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Barudy. (2019). *Los buenos trato de la infancia*. Mexico: Gedisa.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2018). *Formación Cívica*. Obtenido de Tipos de familia: [https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle\\_guia?h=10221.3/45665](https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45665)
- Bowlbyn, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Argentina: Paidos iberoamerica.
- Bright, T. (2004). *Un tratado de melancolía*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Burton, R. (2016). *Anatomía de la melancolía*. Madrid: Alianza Editorial.
- Capponi, R. (2016). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Obtenido de [http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/SICOLOGIA\\_5192.PDF](http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/SICOLOGIA_5192.PDF)
- Carvajal, C., Florenzano, R., & Weil, K. (2005). *Historia de la psiquiatría*. . Santiago: Mediterráneo.
- Cea Kremer, K. (2006). *Detección de depresión en estudiantes que ingresan a la Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, primer semestre Año 2006*. Recuperado el 2019, de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmc387d/doc/fmc387d.pdf>
- CERRO NAVIA, M. D. (2019-2020). *PLAN COMUNAL DE SALUD*. SANTIAGO. CERRO NAVIA.
- Contigo, C. C. (2019). *Informe anual* .
- Cuervo Martínez, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas* , 111-121.
- Eroles, C. (2001). *Familia y trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio.
- FLACSO. (2005). *Conservadurismo y transgresión en Chile: reflexiones sobre el mundo privado*. Santiago, Chile: Flacso-Cedem.

- Freud, S. (1994). *Duelo y Melancolía*. Madrid: Espasa Calpe.
- Gobierno de Chile. (2008). *Senado.cl*. Obtenido de Constitución Política de Chile: [https://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion\\_politica.pdf](https://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica.pdf)
- Heller, A. (2018). *El hombre del renacimiento*. Barcelona: Ediciones Península.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collao, C., & Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- INJUV. (2018). *9° Encuesta nacional de juventud*. Santiago .
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar El Trabajo Social: Una Introducción desde el Construccinismo*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- Lira, E. (1991). *Psicología de la Amenaza Política y del Miedo*. Santiago : ChileAmérica-CESOC.
- Lira, E. (1991). *PSICOLOGIA DE LA AMENAZA POLITICA Y EL MIEDO*. Santiago: ChileAmérica-CESOC.
- Lira, E. (1997). *Subjetividad y Política. Diálogos en América Latina*. SantiAgo: CESOC.
- Malcolm, P. (1991). *Teorías contemporaneas del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Paidos.
- Medline. (2019). *Medline*. Obtenido de Salud mental: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- Meler, B. (2006). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires Argentina: Paidos.
- MINSAL. (2008). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Programa de Tratamiento Integral de la Depresión en el sistema Público: [https://www.minsal.cl/ici/S\\_1/U\\_14/programa\\_depresion.pdf+depresi%C3%B3n,+en+atenci%C3%B3n+primaria&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl](https://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/programa_depresion.pdf+depresi%C3%B3n,+en+atenci%C3%B3n+primaria&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl)
- MINSAL. (2017). *MINSAL*. Obtenido de Plan nacional de Salud Mental: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
- MINSAL. (20 de diciembre de 2019). *Minsal*. Obtenido de Plan nacional de Salud Mental 2017-2025: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- MINSAL. (2020). *MINSAL*. Obtenido de DIPRECE .
- MINSAL. (2018). *Modelo de gestión de centros de salud mental comunitario*. Santiago : Minsal .

- MINSAL. (2015). *Plan nacional de salud mental 2016-2025*. Santiago: MINSAL .
- MINSAL, S. (2018). *MODELO DE GESTION DE CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO*. SANTIAGO.
- Minuchin. (1974). *Familia y terapia familiar*. Mexico: Gedisa.
- Mizrahi, M. (1998). *Familia, matrimonio y divorcio*. Argentina: Astrea.
- Navarrete. (2014). ¿otra vez la identidad?, un concepto necesario pero imposible. *Scielo* , 4.
- Navia, C. (2019). *Plan comunal de salud*. Cerro Navia.
- Navia, C. (2019). *Plan de salud comunal* . Cerro Navia.
- OMS. (2019). *OMS*. Obtenido de Salud mental:  
<https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- OPS. (2007). *Salud Mental en las Américas*. Santiago.
- Organización Mundial de la salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Obtenido de  
[https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Payne. (1991). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Perez, G. (2008). *Enfermedades mentales y antipsiquiatría*. Madrid: Elsevier.
- Pichot, P. (2015). *Un siglo de Psiquiatría*. Paris: Ediciones Roger Dacosta.
- PNUD. (2018). *INFOME ANUAL PNUD 2018*. SANTIAGO.
- Postel, J., & Quérel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de cultura económica.
- Ranquets, D. (1991). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familia*. . España : Siglo XXI.
- Richard, J. (2005). *Sexualidad y familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*. Buenos Aires: Noveduc.
- Robles, C. (2012). El concepto de familia y la formación académica en trabajo social. *Revista debate público, reflexión de debate de Trabajo Social* , 52 y 53.
- Rodríguez, A. (2007). Principales modelos de socialización. *Foro de Educación* (1), 91-97.
- Santa Cruz Bolívar, X. (2020). *Familia y salud mental*. Obtenido de Ecovisiones:  
<https://www.ecovisiones.cl/informacion/familiaysaludmental.htm>
- SERNAMEG. (2015). *Familia y Política Pública, una reflexión necesaria*. Santiago: Gobierno de Chile.

Social trends Institute. (2017). *INPAS.CL*. Obtenido de Dividendo Demográfico Sostenible. ¿Qué tienen que ver el matrimonio y la fecundidad con la economía:  
[http://www.inpas.cl/datos/archivos/27052015\\_820am\\_5565e0b3e4428.pdf](http://www.inpas.cl/datos/archivos/27052015_820am_5565e0b3e4428.pdf)

Solar, M. O. (1995). La Familia: Reenfocando Nuestro Actuar Profesional. *Revista de Trabajo Social* , p. 65-69.

UNICEF. (2019). *Infome mundial* .

Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Vicente, B. S. (2012). *Salud mental infanto juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias*. Concepción: Escuela de Salud pública de la Universidad de Concepción.

Viscarret Garro, J. J. (2014). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. España: Granica.

## 2.7 ANEXOS.

### 2.7.1 Consentimiento informado.

#### Investigación: salud mental y familia, una caracterización desde la práctica.

**Investigador: Maritza Salazar Donoso, Trabajadora Social.**

Como adulto responsable de proceso de atención terapéutico de integrante de su familia en el programa de psiquiatría comunitaria infanto adolescente de COSAM Cerro Navia, usted tiene derecho a ser informado de las características del siguiente estudio titulado: salud mental y familia, una caracterización desde la práctica. El propósito de esta información es que usted conozca mejor el proceso y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar su participación en esta investigación. Ha de saber que es norma de cumplimiento para efectos de este estudio de informarlo y solicitar su autorización.

A continuación leeré el contenido de este consentimiento informado para consentir o no su participación en esta investigación.

Yo \_\_\_\_\_ (nombre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ adulto responsable) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,

Rut: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

Edad: [Edad usuario/a]

Dirección:  
\_\_\_\_\_

Autorizo o no a participar de estudio de investigación acerca de Salud Mental y familia, una caracterización desde la práctica entregando información fidedigna y real en relación a la situación de mi familia, sus características y la situación en cuanto a nuestra salud mental, entendiendo esta como parte importante de su

bienestar. Cabe señalar que la información recogida no busca indagar en su proceso terapéutico, sino conocer sus características como se menciona anteriormente.

Su familia ha sido seleccionada para participar de este estudio al igual que otras 15 familias con el propósito de comprender las características que tienen las familias que son atendidas en el programa de psiquiatría comunitaria infanto adolescente que permitan construir nuevas y mejores formas de atención.

Los antecedentes entregados son de carácter confidencial y serán utilizados en estudio para optar al grado de magister en Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Para la realización de esta entrevista realizaremos videollamada a través de plataforma de whatsapp la cual no implica un costo monetario para el entrevistado debido a que esta red social se encuentra liberada de dicho costo.

Terminado este proceso de investigación la información recogida será destruida para garantizar su resguardo.

Si desea al término de esta investigación, podrá contar con una copia digital de esta investigación. Además de una copia de este consentimiento informado.

Si usted está de acuerdo con la información entregada, favor poner una cruz en línea que autoriza o rechaza su participación en esta investigación. Es importante destacar que la no participación no implica ningún perjuicio para usted.

Si desea realizar preguntas posterior a esta entrevista, favor contactar a investigador al siguiente número de contacto +56964294586. O bien tomar contacto con el comité de ética que aprobó este estudio a través del mail: [comiteeticassmocc@redsalud.gov.cl](mailto:comiteeticassmocc@redsalud.gov.cl) o bien al teléfono 225745163.

Autorizo mi participación en esta investigación\_\_\_\_\_

Rechazo mi participación:\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Fecha y hora:\_\_\_\_\_

Firma director(a) COSAM Cerro Navia\_\_\_\_\_

Muchas gracias por su participación.

## Entrevista semiestructurada

### I. Individualización.

Nombre (adulto responsable) :

Edad :

Rut :

Dirección :

Teléfono de contacto :

***Legenda: (lea las siguientes instrucciones antes de comenzar y no puede leer el investigador realizar asistencia con la lectura)***

***La siguiente entrevista comprende aspecto acerca de la situación de su familia que nos parece relevante consultar para conocer ¿Cuáles son las características de su familia y que problemas de salud mental presentan?***

***Es importante recordar que la información es de carácter confidencial, según consta en el consentimiento informado entregado previamente, siendo esta para uso de la investigación: Familia y Salud mental: una caracterización desde la práctica.***

Preguntas.

En relación a su familia:

1. ¿Con quién vive en la actualidad?, describa:

2. ¿Quiénes componen su familia?, indique número de integrantes, relación y parentesco con usted.
3. ¿Cómo es la convivencia y relación al interior de su familia?, describa:
4. ¿Cuáles son las personas más importantes y significativas para usted?, nos menciona ¿quién? y ¿por qué?

En relación a su situación socioeconómica:

5. ¿Cuál es situación habitacional?, explique
6. Vive en:

<b>Tipo</b>	<b>Material</b>	<b>Características (n° dormitorios, cantidad de niveles, otros)</b>
Casa		
Departamento		
Vivienda de emergencia		
Otro		

7. ¿Cuál es su actividad laboral en la actualidad? ¿A qué se dedica?, ¿tienes otras actividades?
8. Actualmente, ¿Cuáles son sus ingresos económicos aproximadamente?
9. ¿Recibe algún tipo de apoyo estatal o municipal?

10. Existe algún tipo de endeudamiento, Indique cuál y situación actual.
11. ¿Cuenta con alguna institucional que le entregue apoyo a usted a su familia?
12. ¿Participa o ha participado de alguna institución u organización social?
13. Hay alguna institución u organización que sea significativa para usted y su familia. Explique porque

En cuanto a salud mental:

14. ¿Cuáles son los principales problemas o conflictos al interior de su grupo familiar?
15. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones?
16. ¿Ha intentado buscar ayuda?, la ha recibido
17. Si tuviera que indicar como se encuentra la salud mental de su familia, cuales sería su respuesta bien, regular, mal y ¿Por qué? Describa y explique
18. ¿A qué asocia usted esta dificultad? ¿Cuál sería el origen de esta situación?
19. ¿Cuál sería la solución a esta dificultad?

Hemos concluido esta entrevista. Agradecemos su participación y respuestas.