



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Trabajo Social

“VALORACIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE LO ESPEJO. UNA PERSPECTIVA DESDE EL TRABAJO SOCIAL”

Alumnas: Lidia Macaya Marchant

Liliana Silva Fuentes

Profesor Guía: Omar Ruz Aguilera

Tesis para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social

Tesis para optar al Título de Trabajadora Social

SANTIAGO DE CHILE

2015

INDÍCE

INTRODUCCIÓN.....	4
<i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>7</i>
<i>Pregunta de Investigación.....</i>	<i>12</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>12</i>
<i>Hipótesis.....</i>	<i>13</i>
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	13
1. <i>Tipo de estudio.....</i>	<i>13</i>
2. <i>Enfoque epistemológico.....</i>	<i>14</i>
3. <i>Población o Universo.....</i>	<i>15</i>
4. <i>Muestra.....</i>	<i>15</i>
5. <i>Unidad de análisis.....</i>	<i>16</i>
6. <i>Técnicas de recolección de la información.....</i>	<i>16</i>
7. <i>Técnicas de análisis de la Información.....</i>	<i>17</i>
VARIABLES.....	18
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I	
TRABAJO SOCIAL.....	21
1. <i>Intervención Profesional.....</i>	<i>24</i>
2. <i>Perfil Profesional e Intervención del Trabajo Social.....</i>	<i>29</i>
3. <i>Praxis Profesional y proyecto Ético Político.....</i>	<i>31</i>
4. <i>La Interdisciplina en la Intervención Profesional.....</i>	<i>31</i>
5. <i>Concepto de Intervención Social.....</i>	<i>33</i>
6. <i>Aporte del Trabajo Social a la noción de intervención social.....</i>	<i>35</i>
7. <i>Intervención Profesional y Salud Mental.....</i>	<i>35</i>
8. <i>Modelos de intervención profesional en Salud Mental.....</i>	<i>36</i>

CAPÍTULO II

SALUD Y SALUD MENTAL CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL..... 38

- 1) *Concepción de Salud Mental.....40*
- 2) *Aspectos Históricos de la Salud Mental en Chile.....43*
- 3) *Salud Mental Infanto Juvenil.....46*

II PARTE MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO III.....52

1. *Modelo Biomédico-Biopsicosocial.....53*
2. *Oferta pública de salud de la comuna.....57*
3. *Salud Mental.....60*
4. *Diagnostico Trastornos Mentales.....61*

III PARTE ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. *La Salud Mental Adolescente en las voces de las Trabajadoras Sociales de los Cefam de la Comuna de Lo Espejo.....67*
2. *Análisis de entrevistas.....68*

CONCLUSIONES.....84

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....86

HALLASGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....88

APORTES AL TRABAJO SOCIAL89

BIBLIOGRAFÍA.....91

ANEXOS

1. *Operacionalización de variables.....100*
2. *Guía de Entrevista.....102*
3. *Entrevistas.....103*
4. *Categorías-Análisis140*

INTRODUCCIÓN

La salud mental, de acuerdo a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el equilibrio entre el cuerpo y la mente de un individuo en relación al contexto histórico político-cultural en el que se encuentra inserto. Incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social. Afecta la forma en cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

Las enfermedades mentales son condiciones graves que pueden afectar la manera de pensar, su humor y el comportamiento de las personas. Existen muchas causas de enfermedades mentales. Sus genes y su historia familiar pueden jugar un papel, como así también sus experiencias de vida como el estrés o una historia de abuso. Los trastornos mentales son comunes, pero existen tratamientos disponibles.

Los trastornos mentales (depresión, trastornos ansiosos, hiperactividad, etc.) no son sólo enfermedades a curar o problemas a prevenir, sino que se trata de objetos que interrogan sobre el carácter mismo de lo normal y lo patológico, también sobre nuestros modos de vida y representaciones colectivas. (Ibid: s/p). Dicho de otro modo, los trastornos mentales no son sólo una cuestión médica, sino una cuestión social y política que concierne a distintas instituciones (familia, escuela, empresa, etc.) y que habla de transformaciones culturales, procesos de socialización y de la composición de la estructura social.

De hecho, en salud mental la definición misma de los síntomas no proviene sólo del dominio de la enfermedad, sino de la vida social en general: ellos son la expresión de una dificultad asociada a los criterios de funcionamiento social. Por ejemplo, pensemos en el creciente diagnóstico de “trastorno de déficit atencional con hiperactividad” en las escuelas chilenas.

No cabe duda que en Chile los trastornos mentales en niños y adolescentes son un verdadero problema que no debe ser parte de una agenda prioritaria en salud pública, que además debe ser objeto de debate social, puesto que sus sufrimientos y malestares interpelan –una y otra vez- nuestras formas de “hacer sociedad”.

La Organización Mundial de Salud (OMS) indica que:

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o 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». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (http://www.who.int/topics/mental_health/es).

Por consiguiente, la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En Chile, el sistema de salud es mixto, aunque predomina el sector estatal, que es el que atiende a la población más necesitada, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades. En respuesta al grave deterioro en que se encontraba el sector de la salud a fines de la década de los ochenta debido a la reducción del presupuesto estatal de salud en el período de 1973 a 1989, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. El aumento promedio del gasto público en salud en el período 1989–2000 fue de 8,1%, superior al promedio del sector social, que fue de 5,4%. Durante la década de 1990, el gasto en salud estuvo concentrado en los sectores más pobres de la población con el objetivo de

contribuir a mejorar la calidad de la vida de ese segmento (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>)

Ante ello, el Ministerio de Salud, consciente que la salud requería de profundas transformaciones, desde el año 1990, ha venido implementando diversas innovaciones técnicas, administrativas y financieras conducentes a definir el Consultorio como Centro de Salud, transformación que pretende poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y la comunidad, centrado en la prevención más que en la recuperación.

En ese contexto, en Chile se implementa el programa integral de Salud Mental para la atención primaria el cual fue iniciado en el año 2000, en el que se abordan las prioridades sanitarias de depresión, violencia intrafamiliar, consumo de drogas-alcohol y salud mental infantil.

El presente estudio se sustenta en esa perspectiva del Ministerio de Salud de nuestro país, y se focalizará en el trabajo de la salud mental con adolescentes, tomando como objeto de investigación las visiones y prácticas de “Trabajadores(as) Sociales insertos en Centros de Salud Familiar de la Comuna de Lo Espejo”

Por lo anteriormente descrito, el propósito de la investigación es conocer la valoración de los(as) Trabajadores(as) Sociales en relación a las estrategias de intervención social en contexto de salud mental en adolescentes.

Indagar en esta valoración de los profesionales sobre estrategias intervención social, permite conocer las conceptualizaciones subyacentes a esta temáticas, su implicancia en las concepciones previas al trabajo en ésta y cómo la adquisición de una nueva forma de concebir la problemática ha impactado en el quehacer de su rol profesional. Es así que el profesional, se sitúa ante una temática que se

caracteriza por ser emergente y que requiere de acciones mancomunadas, innovadoras y contextuales para su abordaje.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El actual modelo de atención en Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile se corresponde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que establecen:

“La red de salud mental y psiquiatría funciona por territorios y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios del sistema de seguridad pública de salud, las emergencias y los servicios convenidos para los afiliados de los sistemas privados de seguros de salud, así como las acciones de salud pública dirigidas a toda la población”.
(<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>)

Este modelo reconoce que la salud es un derecho humano básico y busca lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios, calidad en la atención sanitaria, y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y de la toma de decisiones (ibid). Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y propicia el fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutive enfocada en las personas, familias y comunidades.

Sin embargo, es necesario señalar que desde el año 2000 al 2012 la salud mental adolescente e infantil, *“a pesar de ser una de las prioridades programáticas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y uno de los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud, el desarrollo de servicios de salud mental para niños y adolescentes está aún muy lejos de alcanzar la cobertura mínima definida en el Plan”* (Objetivos Sanitarios 2000-2010, 2002)

La salud mental y las condiciones psicosociales tienen una directa relación, es posible sostener que, si bien la salud mental es un problema transversal a la sociedad chilena, los sectores de mayor vulnerabilidad, presentarían mayores índices de problemáticas asociadas a las precarias condiciones de vida.

”La Encuesta Nacional de Salud realizada en 2009 muestra que un 17,2% de la población chilena mayores de 15 años ha presentado síntomas depresivos en el último año, datos que se alejan mucho del 9,5% reportado en Estados Unidos mediante el mismo método. A su vez, las condiciones neuropsiquiátricas son el subgrupo de enfermedades que más Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) concentra, abarcando 23,2%. Los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa específica de AVISA. Los AVISA son un indicador sobre la mortalidad y pérdida de calidad de vida producida por enfermedad, que permite dimensionar el costo económico que producen las condiciones neuropsiquiátricas en nuestro país” (Errázuriz, 2012:4).

Los objetivos planteados durante la última década por el Gobierno de Chile se han cumplido parcialmente. Por ejemplo, el porcentaje actual del presupuesto público destinado a salud mental es muy inferior al esperado para el año 2010, y sólo la mitad de las patologías mental presentadas como prioritarias en 2000 tienen hoy un tratamiento asegurado a través del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES).

Por otra parte, en la atención en salud mental predomina el modelo biomédico, el cual se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades considerando al médico como el profesional técnico que repara, por tanto, su objetivo es curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto. La consideración dominante en los centros de salud es que los problemas de salud mental se deben a trastornos individuales originados en mecanismos físicos-químicos, lo que se traduce en tratamientos farmacológicos, eliminando el síntoma y no la situación real que los aqueja.

Los dos aspectos señalados se expresan de manera estratégica en la situación del sistema de atención en salud mental. De una parte, debido a los recursos limitados el sistema está colapsado a nivel país, mientras de otra parte, los jóvenes que asisten al sistema de salud mental se encuentran con un enfoque de atención que los patologiza y que no considera que detrás de esas patologías individuales existen dinámicas sociales de exclusión y marginalidad que operan como factores desencadenantes de los problemas de salud mental.

Por tanto, las enfermedades o trastornos mentales no sólo deben buscarse en cuestiones biológicas y genéticas sino más bien en factores sociales, económicos, políticos, culturales, concibiendo al sujeto como un ser Bio-Psico-Socio-Cultural.

Ahora, es importante establecer en el presente estudio la salud mental se abordará desde esa perspectiva Bio-Psico-Socio-Cultural, enfatizando en las condiciones socio-históricas, económicas y contextuales de su producción y no como un epifenómeno de la psiquis del individuo.

Desde ese enfoque, se puede observar que en nuestro país y en los países de América Latina, la población de los niños/as y adolescentes (en adelante NNA) se ve comprometida y afectada por situaciones de abuso, violencia social y doméstica, delincuencia, adicciones, suicidios juveniles, entre otros. Situaciones en las cuales se generan enfermedades o trastornos mentales que afectan la salud integral de éstos, y sus familias, sumado a las condiciones de pobreza y marginalidad en las que se encuentra gran parte de la población Infanto Juvenil.

En este contexto, y situándonos a nivel local, es de relevancia el rol que juegan los equipos psicosociales de los Centros de Salud Familiar (en adelante CESFAM), ya que en ellos se encuentran las acciones de promoción que apuntan a estimular los factores protectores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria, mejorando su capacidad para manejar el estrés, y las complejas condiciones de vida, promoviendo relaciones sociales de apoyo, pero también relevando la prevención, si es que existe claridad respecto de las condiciones psicosociales que están presentes en la emergencia de las patologías mentales .

En consecuencia y enfocándonos en la Comuna de Lo Espejo es necesario mencionar que la calidad de vida de las familias y los NNA resulta afectada negativamente por factores socio ambientales de riesgo. En la comuna existe un factor de vulnerabilidad que está a la base de las situaciones que podemos detectar, esto es, precariedad en las condiciones de vida familiar, lo que está relacionado con empleabilidad inestable, pobreza y marginalidad, hacinamiento y narcotráfico de drogas, entre otras condiciones que van limitando las posibilidades de generar espacios protectores ya que, la atención de los adultos está puesta en la satisfacción de necesidades básicas (alimentación principalmente), problemática que se refleja en el deterioro de las viviendas, en el hacinamiento y en la presencia de allegados. El 37% de los NNA de Lo Espejo vive en situación de hacinamiento, ubicándose el mayor porcentaje, 49%, en el rango de 0 a 5 años. De ellos/as, el 18% son niños y el 31% son niñas (Actualización Plan de Desarrollo Comunal de Lo Espejo. 2013- 2017, 2012: 138).

Desde los antecedentes anteriores y precisada la posición epistemológica que guía el estudio, el problema se centra en la descripción y análisis de las estrategias de intervención en salud mental que despliegan los(as) Trabajadores(as) Sociales con los adolescentes de entre 10 y 19 años, que son atendidos en los CESFAM, de la Comuna de Lo Espejo.

El área temática en la que se insertará esta investigación, corresponde al campo de las Ciencias Sociales, específicamente en Trabajadores(as) Sociales. Hay que hacerse cargo que una de las grandes críticas que se le realiza al Trabajo Social es la indefinición de su acción, siendo necesaria una reflexión de su praxis en el campo de la salud mental, en el cual se refleja con fuerza la tensión existente entre la acción social del Estado y el enfrentamiento de la cuestión social, la cual afecta no sólo a los adolescentes con los que trabaja, sino a toda la sociedad en su conjunto.

Desde allí, es que resulta relevante indagar en la valoración que los(as) Trabajadores(as) Sociales le atribuyen a su intervención en este campo, puesto que contienen los supuestos epistemológicos y teóricos subyacentes en estos

profesionales. Lo anterior, nos permite aproximarnos a los contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos de éstos profesionales que sustentan su acción y la manera en que organizan o se sitúan en la atención profesional a estos adolescentes, con sus expectativas, creencias, valores, etc.

A partir de lo anterior, el presente estudio pretende otorgar un espacio de reflexión respecto de que si existe tensión, o no, entre la conceptualización de la salud mental que ha sido instalada desde el Estado y sus Políticas Públicas en salud mental en adolescentes y las propias concepciones de salud mental provenientes de las teorías sociales críticas que apunten a generar una transformación de la sociedad.

Nuestro problema de investigación, en síntesis, es tratar de establecer si los(as) Trabajadores(as) Sociales de los citados CESFAM tienen una estrategia de intervención distinta a la entregada por la institución a la que responden, si las evalúan y finalmente sí reconocen algún resultado de estas estrategias para mejorar la salud mental de los adolescentes atendidos.

2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la valoración que tienen los(as) Trabajadores(as) Sociales respecto de sus estrategias de intervención en salud mental con adolescentes, entre 10 y 19 años, en los CESFAM de la comuna de lo Espejo?

3.- OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir las estrategias de intervención los(as) Trabajadores(as) Sociales a partir de la valoración que tienen de la salud mental en adolescentes atendidos en CESFAM de la Comuna de lo Espejo.

Objetivos Específicos:

- Identificar las estrategias de intervención que tienen los(as) Trabajadores(as) Sociales en salud mental con adolescentes en los CESFAM de la Comuna de lo Espejo.
- Caracterizar la valoración que tienen los(as) Trabajadores(as) Sociales respecto de la Salud Mental de los adolescentes, atendidos en los CESFAM de la Comuna de Lo Espejo.
- Establecer la relación existente entre la valoración y las estrategias de intervención en salud mental, que tienen los(as) Trabajadores(as) Sociales respecto a las intervenciones implementadas en los CESFAM de la Comuna de Lo Espejo.

4.- HIPOTESIS

Las estrategias de intervención en salud mental de los(as) Trabajadores(as) Sociales responden a las concepciones de las Políticas Estatales en salud mental, por tanto, su praxis se enfoca en ser operadores técnicos de esas políticas, contribuyendo a la mantención del sistema, y no dando espacio al cambio social de los adolescentes atendidos.

5.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

5.1.- Tipo de estudio

El estudio es descriptivo y transversal. Desde la epidemiología, la fase descriptiva se orienta a la caracterización del fenómeno en estudio, intentando generar hipótesis de justificación que se comprobarán con posterioridad. Independientemente de la búsqueda de hipótesis, el concepto de epidemiología descriptiva sólo hace referencia a la tipificación del proceso en investigación o de la población de estudio.

El estudio transversal, uno de los diseños básicos en epidemiología, se puede considerar un ejemplo prototípico de la epidemiología descriptiva, aunque incorpora un análisis de datos como cualquier tipo de diseño. Es un procedimiento epidemiológico no experimental, transversal (ausencia de seguimiento), en el que una comunidad o una muestra representativa de ésta (que es la situación más frecuente) son estudiadas en un momento dado. La valoración de la exposición y de la enfermedad se efectúa en el mismo momento o, por el contrario, puede hacerse en forma retrospectiva, intentando evaluar las exposiciones de interés en el pasado. Su carácter transversal está determinado porque el proceso que se estudia (una dimensión de salud positiva, una enfermedad, un determinante de salud) se mide sólo en un momento dado. (Rodríguez, 2004:599, 602)

- Enfoque epistemológico:

La presente investigación se enmarca en una comprensión epistemológica inscrita en el Construccinismo Social, que sumerge en ciertos estándares de verdad respecto del uso del lenguaje, que aparece naturalizado en el encuentro social.

El desarrollo de la filosofía ha dado cuenta de una comprensión de lenguaje, que culturalmente ha sido comprendido y utilizado para informar de la naturaleza del Mundo, como si el lenguaje fuera la expresión de nuestros pensamientos y los signos externos aludieran a concepciones internas. Rorty (Rorty, 1995:134) señala, en cambio, que debemos situar la comunicación y el diálogo entre personas, en el lugar de la confrontación, del estar frente a frente de personas y estados de cosas. Con ello el Construccinismo Social interpela y argumenta que el lenguaje se constituye como un Subproducto del intercambio humano, sosteniendo que no hay cabida para un lenguaje privado y para que éste sea posible requiere de la acción conjunta.

Como lo señala Wittgenstein (1998:155) no existe un mundo independiente de nuestras descripciones *“quién quisiera dudar de todo, no llegaría ni tan sólo a la duda. El mismo juego de la duda presupone ya la certeza”*. Esto pone énfasis en la capacidad discursiva de las personas, ubicando la fuente del significado en el uso dialógico, es decir, en el uso social.

Se realizará una investigación que busca aproximarse al problema, comprendiendo que el acto de conocer, no informa respecto de la realidad sino que la construye activamente. Por ello, se visualiza a un ser humano activo en la producción de conocimientos.

5.2.- Población o Universo

La población o universo son 16 Trabajadores(as) Sociales de los cuatro CESFAM la comuna de Lo Espejo que trabajan con adolescentes en contexto de salud mental.

5.3. Muestra

La muestra es intencionada y está conformada por ocho Trabajadores(as) Sociales de los cuatro CESFAM de la comuna de Lo Espejo, los que fueron seleccionados en base a su disposición y factibilidad de participar en la investigación.

La confiabilidad en los estudios cualitativos está dada por la posibilidad de replicar el estudio. Bajo la perspectiva cualitativa, la confiabilidad, es un proceso empírico para verificar el grado de similitud entre el contexto del investigador y el contexto de lo investigado. Es relativa y depende totalmente del grado de superposición o apareamiento de sus características más sobresalientes. A su vez, depende enteramente de la descripción detallada que realice el investigador sobre el tiempo, lugar y cultura donde ocurre la investigación, para poder así transferir juicios hacia otros investigadores. (Martínez, 2002: 616)

- Unidad de Análisis

La unidad de análisis será las estrategias de intervención que despliegan los(as) Trabajadores(as) Sociales en base a la valoración de sus supuestos, en tensión o no, con las Políticas Estatales en salud mental, implicando consecuencias hacia la transformación de la sociedad, o en su defecto, hacia la mantención de ésta.

Según Mella (2003) los métodos cualitativos se basan en la concepción de que la información que llega vía sentidos y su significado, constituyan una unidad indisoluble. Para que podamos entender la información vía nuestros sentidos, ella debe necesariamente tener un cierto significado para nosotros. Para Blumer los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y así mismos a través de un *proceso de interpretación*". (Citado en Taylor y Bogdan, 2000:10). Es así, que a través de los significados que poseen los actores, es posible llegar a conocer cómo construyen una realidad.

5.4.-Técnicas de Recolección de Información

La técnica de producción de datos es la entrevista en profundidad para poder acceder a fondo y en detalle al relato de los(as) Trabajadores(as) Sociales en cuanto a su opinión, formas y hasta la personalidad del entrevistado, esta técnica orientará hacia la comprensión de las perspectivas que tienen dichos profesionales de la temática a conversar, por lo que se podrá rescatar desde sus propias palabras sus experiencias y formas de ver la realidad social, como son los discursos respecto de las estrategias de intervención social.

La entrevista en profundidad es una técnica mediante la cual el entrevistador sugiere al entrevistado unos temas sobre los que éste es estimulado para que exprese todos sus sentimientos y pensamientos de una forma libre, conversacional y poco formal, sin tener en cuenta lo "correcto" del material recogido (Pérez, 1994: 41).

La entrevista en profundidad es un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae la información de una persona “el informante” que se haya contenida en la biografía de ese interlocutor. Entenderemos aquí biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado (Delgado, 1994:234,235)

5.5.-Técnicas de Análisis de la Información

Análisis de contenido, el cual *“hace referencia a todo procedimiento utilizado para fijar la extensión relativa que especifica referentes, actitudes o temas contenidos en un mensaje o documento”* (J.P.Stone, 1966), ésta será de base gramatical ya que se busca en los discursos conocer la valoración que atribuyen los(as) Trabajadores(as) Sociales a su intervención profesional en el campo de la salud mental.

1. Validación de la información

Se puede señalar que una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, mide o aprecia esa realidad y no otra; es decir, que la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada.

Por lo anterior, la presente investigación dará cuenta de los resultados del análisis de la información entregada por los(as) Trabajadores(as) Sociales insertos en los CESFAM de la Comuna de Lo Espejo.

6. VARIABLES

Las variables que guían la presente investigación son:

Salud Mental, e

Intervención Social

Aproximación conceptual a las variables

Salud Mental:

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como: “La salud mental no sólo es la ausencia de trastornos mentales”. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (...)

La promoción de la salud mental refiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del Gobierno y Organizaciones no Gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez (<http://www.who.int/es/>, 1946).

La Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud de Alma-Ata, define a la salud, por una parte como un bienestar integral, biopsicosocial, no sólo como la carencia de patologías, y además es un derecho del ser humano cuya plenitud es por medio de la participación de todos los sectores sociales y económicos. Además de que el medio ambiente y las condiciones sociales, económicas y culturales de la sociedad influyen en el estilo de vida de las personas (<http://es.wikipedia.org> (OMS/OPS y Unicef., 1978).

Intervención Social:

En tanto la Intervención es definida por Alfredo Carballada como:

“La palabra intervención proviene del término latino intervenio, que puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”. De ahí que “intervención” pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación”... “la intervención es un espacio, momento o lugar artificialmente constituido en tanto acción.”... “reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente su desnaturalización, entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella” (Carballada A. , 2002: 93).

Por otro lado, la intervención social en lo que Hana Arendt (1962) denomina “Bajo resplandor de lo público”, Teresa Matus (2002) lo considera como una operacionalización en términos de políticas sociales y la hipótesis que plantea está directamente relacionada con que las formas de intervención social no son sólo operacionales, sino que a través de ellas se configura lo público; en donde el espacio de aparición de lo público, no preexiste a la acción, sino que existe y se desvanece con su ausencia, es decir, depende del tipo de intervención social que se realice, la dinámica de la realidad social va a contener distintas maneras de expresión.

I PARTE

MARCO TEORICO

Capítulo I

LA INTERVENCION EN TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social, en expresión de Margarita Rozas Pagaza es una disciplina de las Ciencias Sociales, de naturaleza interventiva. Se constituye como profesión en el proceso de división social y técnica del trabajo. Esta naturaleza se forma en la relación con la acción social del Estado y el enfrentamiento de la cuestión social, por lo tanto, su campo de intervención se desarrolla a partir de un conjunto de demandas sociales que expresan el grado de conflictividad de la "cuestión social", vinculada fundamentalmente a la relación sujeto-necesidad (Rozas, 1998: 58).

Ésta concepción de Trabajo Social pone o no en tensión los marcos referenciales de los profesionales y la acción social del Estado. Por tanto, supone que éste debe generar formas de visualizar la realidad conforme a la tensión posiblemente existente. Desde este punto de vista el profesional opera como un puente facilitador tanto de procesos; individuales, familiares, grupales y/o comunitarios, por lo cual, es necesario la construcción y retroalimentación constate entre sujetos de atención y profesionales, quienes debieran en conjunto generar planes de intervención con el fin de mejorar las condiciones de vida, promoviendo la organización con el fin de superar dichos conflictos derivados de un sistema que exige a menudo desde el deber ser. Esta concepción permitiría potenciar herramientas en los sujetos de atención para que sean protagonistas de sus vidas.

Por otro lado, tenemos a Exequiel Ander Egg (1995:20) con una definición del Trabajo Social que emplea tres alcances diferentes:

- Para designar una profesión o un cuerpo profesional los(as) Trabajadores(as) Sociales) que realizan determinadas actividades.
- Para hacer referencia a un corpus conceptual y metodológico (métodos, técnicas y procedimientos operativos) que se aplican en determinadas formas de inversión social.

- Para aludir a formas operativas de intervención sobre la realidad social; este alcance es similar al de acción social, tal como se utiliza en Francia y es empleado en España por Cáritas.

Con este último alcance, la expresión “intervención social” tiene un significado amplio, ya que no alude solamente a lo que realizan los profesionales del Trabajo Social, sino a las acciones que ejecuta una persona como forma de intervención social, sea profesional o no, remunerado o voluntario, actúe o no desde una organización.

Las funciones específicas o propias del Trabajo Social son de dos tipos:

- Por una parte, son unas de las formas de implementación de las políticas sociales, en cuanto conjunto de técnicas operativas y procedimiento de actuación:
- Por otro lado, se trata de diferentes formas de intervención social para atender problemas individuales, grupales o comunitarios, con un propósito de promoción, educación y/o animación social.

De una manera general, puede afirmarse que el trabajo social es una modalidad operativa de actuación con individuos, grupos o comunidades, para la realización de una serie de actividades destinadas a resolver problemas, satisfacer necesidades o para atender a sus centros de interés. Las tareas de acción social y la prestación de servicios son realizadas, en cuanto a sus objetivos tácticos, con un alcance asistencial, rehabilitador o preventivo. (Ibid: 26)

En esta definición el Trabajo Social actúa como un agente externo pero inserto en una misma realidad que atiende, procura concientizar, movilizar y crear espacios y ámbitos de intervención para que las personas se organicen a fin de participar en la realización de proyectos y actividades específicas para así resolver problemas y satisfacer necesidades, lo que otorga protagonismo a los sujetos de atención con el fin de crear y educar a una sociedad civil.

Es importante señalar que el Trabajo Social se relaciona de manera directa con las Políticas Públicas, ya que la profesión actúa como herramienta del Estado, procurado ser éste el mecanismo que lleva a la transformación. Esto supone un proyecto político, no en el sentido partidista, sino como modelo de sociedad que implica la modificación de situaciones de pobreza, marginalidad, dominación o explotación para transitar a otras de mayor igualdad, integración social, solidaridad, libertad y justicia. Apunta a la configuración de un tiempo histórico de la sociedad y, por otra, contribuye a crear las condiciones necesarias de un nuevo modo de ser personas.

Como afirma Parisi, siempre estamos determinados por un(os) paradigma(s), lo que condiciona que:

“la tarea de reinscribir autocriticamente la labor teórica y profesional en otro paradigma (parcial o totalmente), no es un asunto que se resuelva voluntaristamente ni de manera instantánea o puntual. Creemos que ha de exigir, por lo pronto, una serie de indagación acerca de sus condiciones de posibilidad y una paciente y prolongada tarea de ‘retraducción’ de significados” (Parisi, 1993: 6).

El mismo autor señala:

“El Trabajo Social funciona como elemento del Estado, donde se debe tener presente que el profesional, posee una declaración de principio que hace que vea la realidad desde un determinado paradigma donde demuestra efectivamente sus virtudes interpretativas, críticas y transformadoras, ya que son universales pero su universalidad no es abstracta sino concreta, esto es, histórica y socialmente determinada.

(Entendiendo el trabajo profesional) “como lugar donde se juega una visión teórica- ideológica específica, como un espacio de acción-con sentido sobre la realidad” (Ibid: 7)

El espacio donde actúa el Trabajo Social está determinado por una estructura cultural, política, ideológica, en el cual el profesional debe confrontarse con los

marcos referenciales de las personas y el Estado, por tanto el desafío de los trabajadores sociales es construir estrategias de comunicación efectivas para el desarrollo integral de la sociedad y su conjunto.

1.- Intervención Profesional:

La expresión Intervención se ha introducido en el campo de las prácticas sociales, para designar el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado.

Toda forma de intervención social se apoya en diferentes técnicas, necesita de métodos y técnicas de acción y tiene una internacionalidad que viene dada por el marco ideológico, político o filosófico de quién realiza esas acciones. Desde un punto de vista técnico- operativo, se configura de acuerdo con un modelo cuadrimecional que comporta el sujeto de intervención, el objeto de la intervención, aquello sobre lo que se interviene y la categoría o forma de intervención.

La palabra *intervención* proviene del término latino *intervenio*, que puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”. De ahí que “intervención” pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación

“la intervención es un espacio, momento o lugar artificialmente constituido en tanto acción.”... reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente su desnaturalización, entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella (Carballeda A., 2002: 93).

Desde mediados de los años 80`, esta expresión, que antes se utilizaba en el campo de lo social casi exclusivamente en psicología, tiene hoy una aceptación tan generalizada que ha reemplazado, en buena parte, el término “acción social” (Ander Egg: op.cit: 27)

Por lo anterior, la intervención podría verse, o no, como una apuesta en acto (teórico-ideológico y el sentido) de un trabajo que se genera a partir de una demanda. Esta demanda debe ser pensada en lo que hacemos y saber lo que pensamos, en relación a la visión teórica ideológica que poseemos como Trabajadores(as) Sociales, la cual se materializa en una acción con sentido que tendrá efectos en las representaciones sociales de los sujetos.

La intervención por tanto, se muestra en un tiempo y espacio determinado, en donde que se constituye de la perspectiva de múltiples actores: los que solicitan la intervención (institución, sujetos individuales o colectivos), y los sujetos profesionales. Esta demanda refiere a sus problemas y necesidades en un contexto histórico particular la cual se expresará en manifestaciones de los conflictos o en la cuestión social del momento. Por tanto, el profesional deberá tener la capacidad teórica para comprender esta demanda e incorporar la dimensión ética en términos de reconocer las consecuencias que produce sobre el otro.

Para que la intervención tenga sentido real debe poseer diferentes etapas a fin de comprender su integralidad, en primera instancia:

- La puesta en acto de un trabajo, a partir de una demanda en situaciones particulares.
- A de ser fundado y argumentado, tiene relación con interpretar la realidad desde un régimen de la mirada.
- Tiene intencionalidad la cual tiene como propósito generar alguna modificación en relación con la situación se pueda presentar.
- Presentar una estrategia como construcción metodológica.
- Tener en cuenta la construcción que se da entre los sujetos de atención y los profesionales para generar planes de intervención.
- Presenta un carácter personalizado que se da en una relación cara a cara con los sujetos de atención, ésta relación produce efectos sobre los sujetos construyendo realidades. (Ibid:29)

Dado que la intervención supone una intencionalidad de corregir situaciones anómalas, promover y construir con las personas acciones que le ayudarán a resolver una situación no deseada, debe fundarse en una estrategia que considere:

“la comprensión del sobre qué, para qué, cómo y con quién de la intervención profesional, sólo pueden ser analizados en la medida que estén sustentados teórica y prácticamente. Teóricamente, porque partimos del supuesto que toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guían el accionar del profesional. Y prácticamente, porque el trabajador social no sólo piensa, sino también actúa: por ello, pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional” (Rozas, op.cit:60)

Por otro lado, desde el bienestar social se puede conceptualizar que encierra una aspiración de la sociedad a partir de la instauración de la modernidad que influyó en la configuración de las primeras prácticas asistenciales. En ese momento, una fuerte influencia del positivismo determinaba una visión naturalista de la situación de pobreza y su posible solución, que soslaya las leyes objetivas de la sociedad, haciendo precario el concepto de bienestar en tanto éste es parte de una racionalidad reproductora del orden social.

De allí, que el sentido de la direccionalidad del proceso de intervención estaba centrado en el bienestar social como aspiración individual. El objetivo era tecnificar el proceso de intervención con el fin de conseguir el bienestar social como una aspiración técnicamente factible en la solución de cada caso social alcanzando eficacia. Es decir, el bienestar social colectivo era equivalente a la suma de bienestares individuales, obtenidos en prácticas especializadas de asistencia como las del servicio social.

Se entiende que el bienestar social es la aspiración de una sociedad, es decir que requiere soluciones colectivas que posibilite la creación de condiciones de igualdad y de justicia social que atañe el campo político, social y económico, entre

otros. Donde la meta final es a través del concepto de calidad de vida, involucrando los aspectos más amplios que pertenecen al desarrollo humano en su máxima expresión bajo el ejercicio pleno de los derechos. (Ibid: 18)

Cuando hablamos de las necesidades de los sujetos nos preguntamos ¿qué tan libres son éstos de satisfacer sus necesidades?, observándolas como individuales y no como una problemática social dado que tienen un carácter integral ya que no sólo es una carencia sino son potencialidades humanas individuales y colectivas, que hace posible vivir el mundo traduciéndose en proyectos de vida que le dan sentido y significado a las relaciones sociales.

Así, las llamadas necesidades sociales aparecen como demandas puntuales para el Trabajo Social, y en consecuencia están referidas a las necesidades de la sociedad en su conjunto. Es decir, existe una responsabilidad política, en cuanto a orientar los caminos de la sociedad revalorizando el concepto de necesidad social como una aspiración legítima y como un derecho de ésta, además de orientar de mejor forma la estrategia profesional.

En definitiva, la experiencia social se construye en gran parte dentro de este juego, de modo que la conciencia humana presupone la realidad y existencia de otros. Las experiencias de las personas están mediatizadas por los modos de pensar y sentir, que se transmiten a través de los lazos sociales.

En otras palabras, los sujetos construyen su identidad en un juego de articulación de los órdenes imaginario, simbólico y real. En estas condiciones es posible pensar la denominada intersubjetividad o las diversas manifestaciones del padecimiento subjetivo asociadas al cruce de lo real, lo que se presenta como demanda casi constante hacia la intervención en lo social.

En consecuencia, se continuará puntualizando algunos aportes que hacen a la intervención profesional desde una perspectiva crítica.

En este sentido, Carballeda (op.cit: 93-95) afirma que la intervención en lo social implica:

- *“Una dirección definida desde la demanda o la construcción de ésta, en relación con la “cuestión social”.*
- *La existencia de una autoridad: “quien interviene lo hace porque está legitimado a partir del reconocimiento del ejercicio de un derecho, o porque hay un estatuto que reglamenta su gestión, de modo que la intervención se estaría autorizando a sí misma, a partir de un status legal constituido.”*
- *La elucidación de los datos complejos de una situación o acontecimiento, en tanto, aproximación desde un marco comprensivo explicativo. Es decir “la construcción de una lógica del acontecimiento fundante de la demanda desde cierto marco teórico o campo de saber”*
- *En consecuencia la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en “ese otro” sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución y desencadena una serie de dispositivos e instrumentos de esta”... “implica un contrato, en tanto determina con precisión un conjunto de reglas básicas relacionadas con ella”...”supone alguna forma de búsqueda a interrogantes eminentemente sociales; por tanto, debería producir modificaciones en la relación con la cuestión puntual en que es llamada a actuar”. Además con el planteamiento de Michel Foucault con respecto al territorio éste afirma “que sin duda es una noción geográfica, pero es en primer lugar una noción jurídica política lo que es controlado por un cierto tipo de poder”. De esta forma la intervención se transforma en territorio en donde existe el espacio jurídico que habla de la legitimidad y político donde se construyen diferentes aspecto de la cuestión social. (Ibid: 95)*

2.- Perfil Profesional e Intervención del Trabajo Social

El autor citado señala que:

“El perfil profesional es el conjunto de características identificadoras de un profesional, de acuerdo a los objetivos específicos de la carrera, expresado de otro modo, es lo que delimita y diferencia de los profesionales entre si y establece un espacio profesional. (Ibid: 110)

Es decir, la identidad del profesional la cual se enmarca dentro de un contexto donde interviene, pone a disposición sus marcos referenciales, normas, valores y objetivos profesionales comunes que le otorguen especificidad a la acción para que le den coherencia al contexto social. En otras palabras, se trata del reconocimiento de la profesión como tal, la cual consta de dos miradas diferentes y complementarias: la del propio profesional a nivel interno y la del entorno social.

De allí también, que el perfil profesional sea dinámico, es decir que cambie en función de los requerimientos y demandas de la sociedad y de los nuevos desafíos que van planteando al ejercicio profesional, por lo tanto, debe ser permeable para irse adecuando a los cambios que se van produciendo hacia el interior de la profesión, en los sujetos sociales y el accionar del Estado en el ámbito de lo social (Begenberg, 1996: 128).

Por su parte, Theodorson afirma que el rol se define como una pauta de conducta estructurada alrededor de derechos y deberes específicos y asociadas con una posición de estatus particular dentro de un grupo o situación social (Theodorson, 1978: 249).

Se deduce entonces que el rol de una persona se determina en cualquier situación mediado por un conjunto de expectativas para su conducta, sostenida por la persona ocupante del rol. Por ello Newcomb sostiene que:

“Existen variaciones en el cumplimiento de los roles, pero siempre dentro de un cierto margen de conducta aceptable, desde el punto de vista sociocultural. Pero si el desempeño del rol se desvía mucho de las

conductas esperadas, el individuo será negativamente sancionado”
(Newcomb, 1981: 33)

La estructura social tiene ciertas exigencias, y éstas se reflejan en cómo se espera que las personas actúen en una posición particular, por tanto existen conductas permitidas y se establecen las necesarias para desempeñar un rol, esto configura el espacio profesional. Cabe destacar que cada persona pone su sello profesional, su estilo, para lo cual debe ser sustentado y orientado por la teoría y sobre el análisis de la demanda de los sujetos, la institución y sus políticas.

¿Cómo sabe el Trabajador(a) Social, específicamente, cuales son los aspectos invariables de la profesión?

Tiene que ver con aquello que sabe acerca de su propio rol y que está dado por toda la información recibida en relación al deber ser, o sea el rol ideal. La dificultad se presenta al querer integrar el rol ideal con el rol real, en otras palabras, el deber ser con el hacer diario.

Por otro lado, se encuentra el Marxismo que recupera el análisis histórico de las transformaciones sociales, situando a los problemas, lo que devuelve a la profesión la capacidad crítica.

Ésta corriente propone la autonomía de la profesión en términos de desvinculación total de la intervención social dominante, lo que conlleva al dilema “trabajar para el sistema-trabajar contra el sistema”, cuyo problema se resuelve poniendo énfasis en la práctica militante. La intervención profesional no debe ser vista en relación a los problemas particulares sino que debe poner énfasis en los discursos institucionales y sociales acerca de la manifestación de la cuestión social, los sujetos serán considerados como sujetos de control o como sujetos de derechos.

3.- Praxis Profesional y Proyecto Ético Político

“Entendemos la praxis como el compromiso de los actores (sujeto, institución y profesional) con las realizaciones prácticas de los intereses, demandas y proyectos de dichos actores, donde la dimensión transformativa de esos actores constituye el eje central del significado social de la disciplina”. (Rozas: op.cit: 32)

El proyecto profesional contempla tres dimensiones: la primera teórico-metodológica, es decir el profesional tiene una determinada concepción del mundo, del hombre y la sociedad a partir de la cual se analiza la realidad social; la segunda operativo-instrumental, es decir donde se tiene determinados instrumentos y técnicas y por ultimo una dimensión ético- política con determinados valores que guían y orientan la intervención. Estas dimensiones constituyen una totalidad y por ende una especificidad profesional.

4.- La Interdisciplina en la Intervención Profesional

Según Susana Cazzaniga, podemos afirmar que:

“persiste en el imaginario social una mirada que identifica la profesión como practica de resolución de problemas sociales; más aún, el de hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales, quedando minimizada en relación con otras que tendrían ganado un status diferencial como la medicina, la psicología, la abogacía, entre muchos más con las que el trabajo social suele compartir los trabajos de intervención. No cabe duda de que aquí se da una operación de sentido respecto del adjetivo de lo social que portamos en nuestro título, concepto que estaría designado todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión (Cazzaniga, 2007: 104-105).

Considerando la complejidad de la realidad social actual la autora considera que la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para la intervención. Si bien cada profesión tiene aspectos específicos, la comprensión de las situaciones

merece un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de totalidad.

Entendemos por interdisciplina *“una forma de articulación, que a partir del diálogo y la apuesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje conjunto de los conflictos”* (Artola, 2000: 40).

Susana Cazzaniga (op.cit: 105-108): menciona tres tipos de dificultades básicas:

- ✓ De orden epistemológico: “la fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, que se traduce en las formaciones académicas de los profesionales.”
- ✓ De orden administrativo: que articula concepciones epistemológicas y políticas. “La organización administrativa de las instituciones públicas presentan organigramas que responden a las lógicas tayloristas (separación y jerarquización) por lo que encontramos generalmente la división en departamentos, direcciones o secciones, que se agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc.), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación.”
- ✓ De orden político: las disciplinas se consolidan de manera diferente entre sí en relación con “status adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las “presentaciones” que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas. Al interior de los equipos estas diferencias aparecen con verdaderas asimetrías en el ejercicio del poder”. (op.cit: 110)

Por su parte, Carballada identifica también el concepto de interdisciplina con el del diálogo.

“La interdisciplina se puede presentar como un obstáculo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la competencia individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto costo-beneficio. Así, es la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento” (Carballeda A. , 2001: 20).

La profesión de Trabajo Social, la cual debe precisar su objetivo de trabajo y el sentido que le da a éste, debe tener definidas tal cómo lo menciona Susana Cazzaniga, una mirada epistemológica, administrativa y política ya que es una profesión que incide en las vidas de las personas. Estas formas de intervenir deben saber ser entendidas desde una mirada interdisciplinaria, ya que las profesiones deben ser capaces de articular y complementar sus formas de trabajo para poder brindar un proceso interventivo más íntegro y eficaz.

5.- El Concepto de Intervención Social

Un concepto de Intervención Social que podemos mencionar es el trabajado por Javier Corvalán, quien la define como: *“la acción organizada de un conjunto de individuos frente a problemáticas sociales no resueltas en la sociedad a partir de la dinámica de base de la misma”* (Corvalán, 1994: 4). Esta dinámica de base a la que hace referencia Corvalán está orientada a dos puntos: el primero es en torno al mercado y la producción de bienes y servicios y el segundo es el derecho público y privado que regula el mercado y los conflictos de intereses entre los mismos.

En este sentido, Corvalán hace una distinción de dos tipos de intervención social, en donde tienen relación de acuerdo a las instituciones que la realizan, llevando con ello el contexto, discurso y propósito. La primera definición trata de la intervención social de tipo socio-política y la segunda llamada caritativa, asistencial o no socio-política.

La intervención de tipo socio-política es el que realiza el Estado y las Organizaciones no Gubernamentales, ONG, considerando que éstas se posicionan a partir de las políticas gubernamentales y del modelo de desarrollo, tienen discursos y acciones propias. En tanto, la intervención social del Estado a través de las políticas sociales, por lo general, tienen que ver con un contenido socio-político, en donde se pretende regular los desequilibrios, integración de la sociedad y el control social.

Por otro lado, tenemos a Ezequiel Ander-Egg, quien define a la Intervención social como: *Proceso sistemático y coherente que se lleva a cabo frente a problemáticas sociales no resueltas, que se desarrolla a través de acciones con carácter de educar y generar procesos organizativos, que llevan implícitos una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar y sentir de los individuos en su inserción social. Existe modalidades de intervención, ya sea desde arriba, por medio de organismos de planificación y del orden institucional o desde abajo, propiciada por las organizaciones comunitarias de base.*

En este sentido el proceso sistemático y coherente del cual hace referencia Ander-Egg tiene un especial sentido a como se están llevando a cabo hoy en día el manejo de las políticas públicas en nuestro país.

6.- El Aporte del Trabajo Social a la noción de Intervención Social

El Trabajo Social es una profesión que debe explicarse a sí misma y explicar su especificidad, quizás más que otras profesiones, de acuerdo a lo señalado por Ander-Egg. En donde el rol de éste no se ha definido claramente, lo anterior, debido a las diversas actividades y tareas que lleva a cabo. Es conocido que desde sus orígenes el trabajo social estuvo destinado a ir en ayuda de los más desprotegidos y necesitados, hoy esa visión ha ido reformulándose con políticas públicas que van en directa relación a esta población desvalida y sin recursos tanto, monetaria como de redes. El rol del Trabajador(a) Social, por tanto, ha ido creciendo junto a estas nuevas Políticas Públicas, en donde se intenta dejar de lado lo existencial y pasa a un primer plano el trabajo o intervención social con la comunidad, familia, grupo y entorno.

Es en este sentido que autores como Févre relaciona a la intervención con la noción de necesidad, sentida por individuos, que por determinadas circunstancias, no están en condiciones de satisfacerla en forma independiente, agrega que la intervención del Trabajador(a) Social se justifica cuando el individuo no está en condiciones de acceder, por sus propios medios, a un nivel de vida que sea acorde con “declaración universal de los derechos humanos. (Corvalán, 2001:6)

7.- Intervención Profesional y Salud Mental

El Trabajo Social promueve acciones para un mejor estado de bienestar social reconoce a los NNA como ciudadanos, sujetos de derecho y no como objetos portadores de necesidades, apoya su acción en los recursos de la comunidad, grupo familiar y la red de recursos que posean.

El rol de Trabajo Social se enmarca en el trabajo interdisciplinario orientado a la atención integral de los NNA dirigida a la orientación familiar, prevención y promoción de la salud mental.

La orientación familiar puede ser definida como “un proceso de esclarecimiento y reforzamiento de las familias frente a aquellas situaciones problemáticas que la

afectan, con el objetivo de fortalecer su capacidad de respuesta y ponerla en contacto con recursos comunitarios, profesionales o institucionales”.

Por prevención se entiende *“el conjunto de acciones determinadas a evitar la producción de un daño o la vulneración de un derecho o limitar sus consecuencias, colocando al sujeto afectado en una situación de seguridad psicológica y auto valimiento”* (Kisnerman, 1998:205).

Por otro lado la promoción *“se caracteriza por el énfasis en el desarrollo social y humano, considerando al individuo como un constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar. Está orientada a potenciar las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales”* (Velez Restrepo, 2003:109)

8.- Modelos de Intervención Profesional en Salud Mental

Alfredo Carballeda como modelo “entendido como una representación de un sistema-la práctica del Trabajo Social dentro del campo de la salud-. Pero no solamente desde la comprensión y explicación de los problemas sino también, desde la forma de intervención sobre éstos. Por otro lado, el termino modelo designa un esquema simplificado y abstracto que intenta ordenar dentro de una construcción rigurosa a los elementos de la realidad. El modelo es, desde esta perspectiva, un instrumento conceptual que intenta profundizar el análisis en tres aspectos:

- a) La relación entre aportes teóricos
- b) La transmisión del conocimiento,
- c) La intervención práctica (Carballeda A. J., 2002).

En este sentido el proceso sistemático y coherente del cual hace referencia Ander-Egg tiene un especial sentido a como se están llevando a cabo hoy en día el manejo de las políticas públicas en nuestro país.

CAPÍTULO II:

SALUD Y SALUD MENTAL CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

La salud, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1946, consiste en el completo estado de bienestar bio- psico- social y no la mera ausencia de enfermedad.

Esta concepción refiere a aspectos universales de la naturaleza del hombre y su unidad biológica, destacando la influencia de sus experiencias y los factores del ambiente social, cultural y económico. Incluye también el reconocimiento de la salud como un derecho, declarado en 1948 por la OMS durante el período post guerra, periodo en el cual los Estados intentan hacer efectivos los principios de igualdad y universalidad del derecho a la salud.

“De todas maneras, las concepciones que plantean la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), se encuadran dentro del funcionalismo y están ligadas al modelo desarrollista”.
(Carballeda A., 1998: 25).

(Esta perspectiva funcionalista afirma que) *“la salud y enfermedad representan variaciones de un mismo proceso de relación entre un ser determinado y los estímulos del medio. Es decir la capacidad de adaptarse al medio ambiente.”* (Ibid: 26)

Si bien la conceptualización de la OMS prioriza el bienestar y no la enfermedad, comienzan a pensarse los factores causales que pueden incidir sobre el estado de salud de las comunidades. Se fue acuñando un enfoque verdaderamente integral para el concepto, buscando los aspectos sociales, económicos, culturales, políticos, educativos, geográficos y ambientales que se encuentran implicados. Además, de ampliar la mirada entendiendo a la salud como un proceso dinámico e histórico que se genera en las estructuras y coyunturas propias de cada sociedad.

Desde esta perspectiva se abandona la conceptualización utópica del “*completo bienestar*” y se reconoce a la salud como “*un proceso social dinámico y variable, como proceso multicausal que se genera en las estructuras económico-sociales y se distribuye socialmente en la población.*” (San Martín, 2000:14)

Siguiendo esta línea de análisis, Lucía Amico expresa que “*salud no puede definirse en forma de una categoría absoluta, objetiva e inmutable. Corresponde construirla y reconstruirla junto a las prácticas. Es por eso que prefiero definir salud como: El máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad.*” (Amico, 2004:s/p)

Por lo tanto, estos factores sociales, políticos, económicos y culturales influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios; éstos constituyen la esencia de la salud mental. De allí que la salud mental se encuentra incluida en el concepto de salud, y expresa la comprensión del hombre desde la perspectiva de la integralidad.

1.- Concepciones acerca de la Salud Mental

Existen diferentes concepciones para comprender y caracterizar la salud mental, las que tienen en común la interacción entre un sujeto y su entorno, pero desde enfoques epistemológicos, teóricos y políticos diferentes, lo que conduce a estrategias distintas al momento de su implementación en políticas públicas y/o en modelos de intervención.

Desde una mirada general, Wikipedia afirma que:

“La Salud Mental está presente, en desarrollo, en construcción, o en deterioro en las distintas prácticas sociales. Está en juego en el trabajo, en el estudio, en la vida familiar, en las organizaciones del tiempo libre, en todos los grandes rubros que refieren a la vida cotidiana.” (Wikipedia, 2009, pág. s/p)

La Salud Mental, desde esa definición, en términos generales es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar bienestar y calidad de vida.

Utilizamos esa definición de Wikipedia porque de acuerdo con Arito:

“[...] las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.” (Arito, 2001:1-2)

Por tanto, las concepciones de salud mental se sustentan en una determinada concepción del mundo y del sujeto.

“Se entiende al sujeto como ser en el mundo, construyéndose y construyéndolo; un mundo que nunca es natural sino que está entretejido de vínculos y de relaciones sociales, desde la idea que el psiquismo es un sistema no clausurado, sino un sistema abierto y que, por esa relación fundante sujeto - mundo, de interdependencia y de diferenciación, está en permanente transformación recíproca.” (Ibid: 5)

En el sistema de representaciones sociales se encuentran inscriptas concepciones o criterios de salud mental, en forma explícita o implícita, que incluso pueden ser perceptiblemente contradictorias. Este sistema de representaciones sociales opera desde la interioridad de los sujetos y orienta las expectativas respecto del mismo sujeto y de los otros.

“Las normas sociales tienen la fuerza de la ley no escrita... Hay ciertos códigos profundos en una sociedad que no necesitan estar escritos porque están inscriptos en ella. Por ejemplo: el criterio de Salud /Salud Mental vigente, en tanto hegemónico, parece ser un criterio de competencia social. Un criterio de competencia social que en esta relación sujeto-mundo lo requiere todo del sujeto, le reclama todo al sujeto en términos adaptativos y no interroga a los sistemas sociales.” (Ibid: 4)

Este criterio hegemónico generalmente rotula al sujeto, lo responsabiliza de su problemática y no cuestiona las situaciones sociales, económicas, políticas y culturales que lo rodean. Se interpela al sujeto y, a menudo, a su grupo familiar de manera culpabilizante y descontextuada de las relaciones y de los factores que intervienen en los procesos de salud – enfermedad.

“Las políticas en salud mental son determinadas por estas circunstancias. La asignación de recursos es tradicionalmente escasa (salvo excepciones) y se los tiende a considerar un “lujo” descartable frente a necesidades extremas, concepción que los coloca en primer término cuando se trata de elegir recortes presupuestarios.” (Ibid:13)

Desde esta perspectiva, la génesis de las enfermedades o trastornos mentales debe buscarse no sólo en cuestiones biológicas o genéticas, sino también en factores sociales, económicos, políticos, culturales, concibiendo al sujeto como un ser bio- psico- socio- cultural.

“El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, está vinculado a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable.” (Barg, 2006:104)

Por otro lado, la concepción de salud mental también varía según diferentes modelos psicológicos y médicos. Actualmente los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales tienen un punto de referencia básico en los criterios de Diagnóstico del DSM-IV (Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales, 4º edición)

Se observa que existe una confusión entre las definiciones de salud y enfermedad mental. Podemos afirmar que una no implica la ausencia de la otra.

“Los estudios sobre salud mental consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico.”
(Amico, 2004: s/p)

Bienestar o deterioro en los que factores familiares y sociales juegan un importante papel para inclinar la balanza en u otro sentido.

2.- La salud Mental en Chile.

En una aproximación sintética se puede señalar que el primer hito de la historia de la salud mental en Chile, se ubica el año 1852 con la fundación de la Casa de

Orates Nuestra Señora de los Ángeles, que inaugura la lógica asilar como enfoque de abordaje de los problemas de salud mental. (<http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3502.html>)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) creado en 1952, unifica a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, permitió una importante ampliación de la cobertura a todos los sectores de la sociedad, pero *“no incorporó a la salud mental en su concepción, pese a algunas precoces iniciativas de salud mental en hospitales generales”* (Minoletti, 2005:2)

Desde fines de los cincuenta y hasta inicios de los setenta, desde el enfoque de la psiquiatría comunitaria, Luis Weinstein, Juan Marconi y Martín Cordero, desarrollaron modelos de atención basados en la participación comunitaria, rompiendo con la lógica asilar. (Ibid: 27)

En el período de la dictadura militar (1973-1990) las reformas del sistema global de salud reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al Servicio Nacional de Salud, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (Ley 15.469, 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la

administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

Desde el punto de vista de la salud mental, la dictadura destruyó las experiencias comunitarias, *“se fortalecieron las prácticas de la institución de institución total de los hospitales psiquiátricos y se retrocedió a la atención intramural casi exclusiva.*

Finalizada la dictadura, la atención estaba centrada en cuatro hospitales psiquiátricos que consumían gran parte del exiguo presupuesto, cercano al 1% del total de salud....La atención ambulatoria era absolutamente insuficiente para los requerimientos de la población” (Ibid: 48)

Con el retorno de la democracia, el Ministerio de Salud crea la Unidad de Salud Mental, la que inicia el proceso de cambio en las concepciones y abordajes de los problemas de esta área de la salud. Producto de ello, el año 1993 se formuló el Primer Plan Nacional de Salud Mental, que entre otras medidas, estableció la creación de los Centros de Salud Mental Familiar (COSAM), atención de salud mental en los APS, hospitales de día y los Programas de Rehabilitación Psicosocial y Hogares Protegidos (PRAIS). Asimismo, se constituyen las Unidades de Salud Mental de los Servicios de Salud, encargadas de coordinar y construir las redes locales y de articular el trabajo de salud mental en los diferentes niveles de atención. (Ibid: 48)

El año 2001 se elabora el Segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que organiza una red nacional de salud mental, propicia el aumento progresivo del presupuesto, sistematiza normas y guías de atención, determina cinco trastornos prioritarios, establece normas de protección de derechos a los usuarios y sus familias, capacitación continua de los profesionales de los APS, entre otras medidas. (Ibid: 23)

Estas propuestas, en parte intentan recuperar el rezago producto de los años de la dictadura militar y reemplazar los enfoques de salud mental institucionalizados, al llevarse a la práctica no logran superar plenamente las brechas cualitativas y cuantitativas de la oferta de servicios y no logran hacer prevalecer de manera nítida el enfoque comunitario e intercultural sustentado en la protección y

desarrollo de los derechos humanos, como reconoce el citado documento., lo cual es contradictorio con la realidad nacional, puesto que:

“Chile ostenta una de las más altas prevalencias en trastornos mentales del mundo y las mayores tasas de desigualdad. Existe una relación inversa entre estrato socioeconómico y tasa agregada de trastornos: a más bajo nivel socioeconómico mayor tasa. La carga de enfermedad atribuible a enfermedades neuropsiquiátricas es de un 23.2%. En contraste, el presupuesto destinado a salud mental es actualmente sólo un 2.8% del presupuesto de salud. La recomendación de la OMS es entre un 5 y 10% de este presupuesto” (Ibid: 48)

Esta alta prevalencia tiene condicionantes social que la explican. De una parte, los efectos de la modernización neoliberal que se traducen en inequidad, competencia, inequidad, violencia en las relaciones interpersonales, inestabilidad laboral, bajos salarios, exceso de trabajo, bajas pensiones y pobreza en la tercera edad, fácil acceso a las drogas y sustancias adictivas, entre otras problemáticas sociales. De otra parte, las secuelas de la masiva violación de los derechos humanos durante la dictadura que además del daño provocado en forma directa a miles de personas, tiende a reproducir el daño de manera transgeneracional. (Ibid: 50)

Por lo anterior, el propio Ministerio de Salud reconoce que en el país existe una deuda pendiente con la Salud Mental y una brecha entre las propuestas normativas y las prácticas cotidianas en el sector salud, en gran medida por las distancias existentes entre los presupuestos requeridos y los asignados, así como por los obstáculos institucionales para concretar los propósitos de las políticas, postergándose las actividades de promoción y prevención, las estrategias de trabajo comunitario, dando prioridad a la elevación de los estándares de cobertura y rendimiento en el ámbito curativo y en la atención clínica individual. Esta situación tiende a agravarse aún más por la compra de servicios a privados inestabilidad laboral de muchos de los equipos profesionales, lo que opera como un factor que los obliga al cumplimiento de las metas fijadas desde el nivel central

y una reducción o anulación de las posibilidades de desarrollar modelos alternativos con una mirada de cambio social por las razones señaladas en el anterior capítulo.

3.- Salud Mental Infanto Juvenil

Estudios recientes muestran en este grupo de edad existe una prevalencia de trastornos psíquicos más discapacidad psicosocial del 22.5%, vale decir que poco más de dos niños de cada 10 tiene problemas de salud mental. Esto se agrava porque menos de la mitad de los niños que necesita ayuda profesional, ha consultado alguna vez, lo que implica que el problema no se hace visible, los adultos no tienen conciencia del mismo y la prevención de los trastornos mentales es mínima. (De la Barra, 2012: 32).

Por grupos de diagnóstico, el citado estudio establece que en la combinación Trastorno Psiquiátrico más Impedimento se obtiene los siguientes resultados:

- El grupo de trastornos que mostró más prevalencia fueron los disruptivos, entre los cuales ocupa el primer lugar el Déficit atencional/Hiperactividad, en los no se observa una diferencia significativa de género, pero sí una mayor frecuencia en los niños (20.6%) que en los adolescentes (8.0%). Al desagregar sus componentes, los trastornos de Déficit Atencional/Hiperactividad se ubica como primera frecuencia, seguido del trastorno Oposicionista Desafiante y de los Trastornos de la conducta.
- Los trastornos ansiosos se ubican en segundo lugar con un 8.3%, con una mayor frecuencia en las mujeres. Dentro de ellos, el más frecuente fue la angustia de la separación, que en los niños alcanza un 9.2% y disminuye al 7.4% en la adolescencia. A continuación se ubican la fobia social y la ansiedad general.
- Los trastornos afectivos con un 1.2% se ubican en tercer lugar, con una clara prevalencia de la Depresión Mayor como su principal manifestación.

- El uso de drogas se ubica en cuarto lugar con un 1.2%, focalizado exclusivamente en los adolescentes.
- Con una menor frecuencia se ubican los Trastornos de la Alimentación (0.2%) y la Esquizofrenia (01%)

Los datos indican que los trastornos de los niños y adolescentes tienen una causa asociada a factores sociales y que tienen una incidencia directa en el bajo desarrollo de las habilidades sociales propiciando una suerte de discapacidad psicosocial, lo que dificulta su capacidad para desarrollarse de acuerdo a su edad y a su potencial personal, para aprender a convivir con otras personas y aceptar las frustraciones, niños y adolescentes solitarios que sufren sin encontrar, en la mayoría de los casos, eco a su sufrimiento.

Los autores también examinan el impacto de la desigualdad y de los problemas de su contexto inmediato en la aparición de esos trastornos, estableciendo correlaciones positivas que permiten sostener que ellos están a la base de su génesis, como se desprende de los siguientes datos:

- Tener un nivel socioeconómico alto disminuyó el riesgo de trastornos ansiosos y el uso del consumo de sustancias.
- La percepción de un buen funcionamiento de la familia disminuyó el riesgo de presentar cualquier trastorno psiquiátrico.
- Por el contrario, la psicopatología existente en la familia aumentó en casi tres veces el riesgo de presentar un trastorno ansioso 5.5 veces el trastorno afectivo.
- El antecedente de maltrato infantil aumentó en 4,5 veces el riesgo de presentar trastornos disruptivos.
- Haber presentado abuso sexual aumentó el riesgo para trastornos ansiosos, afectivos y disruptivos.
- Haber desertado de la escuela disminuyó el riesgo de ser diagnosticado con trastornos disruptivos, pero aumentó el riesgo del uso de sustancias en casi siete veces. (Ibid:524)

Por su parte, el Diagnóstico de Salud señala otro factor preocupante:

“Datos del 2012 señalan que el índice de suicidios de adolescentes chilenos es uno de los más altos de América Latina y del mundo, estimándose que para el año 2020 un adolescente se quitará la vida cada día” (op.cit: 9)

Sin duda, el consumo de drogas y otras sustancias es otro de los trastornos que cada día cobra mayor relevancia. Senda (2013) señala que en adolescentes la prevalencia anual de consumo de alcohol es 18.1%, de marihuana es de 6.7%, de tabaco 6.4%, de cocaína 0.3% y de pasta base de 0,2%, cifras que se incrementan en los jóvenes entre los 19 y los 25 años.

Desde el Ministerio de Salud se ha ampliado la oferta de servicios ambulatorios especializados para este grupo de edad y se han implementado programas de carácter intersectorial, como Chile Crece Contigo y Habilidades para la Vida, entre otros, pero esos esfuerzos aparecen como insuficientes dados la magnitud del problema.

Ante ello, Jiménez y Abrazúa (2014,s/p) afirman:

“Hoy hay consenso en la necesidad de ofrecer a la infancia y la adolescencia un tratamiento y modalidades de respuesta acordes con las transformaciones físicas, psicológicas y sociales que caracterizan esta etapa. Esto obliga a reconfigurar la lógica de los servicios de salud y protección social, pero también a construir un nuevo marco regulatorio adecuado”

Como parte de ese marco regulatorio, proponen una serie de medidas, entre ellas:

- Crear una Ley de Salud Mental y Psiquiatría,
- Desarrollar un Plan Nacional de Salud Mental Infanto-Juvenil,
- Ampliar la cantidad y cobertura de equipos y centros de atención especializada en salud mental infanto-juvenil, a nivel de atención primaria y secundaria,
- Crear un Instituto Nacional de la Salud Mental,
- Ampliar la cobertura AUGE a nuevas patologías mentales,
- Aumentar el presupuesto asignado a salud mental en el sistema público a lo menos en el 3% del gasto total en salud y,
- Asegurar una mayor formación en salud mental (particularmente infanto-juvenil) de los profesionales de la salud.

Respecto de esta última medida que se relaciona en forma directa con este estudio, afirman:

“A pesar de la alta prevalencia de desórdenes mentales, las mallas curriculares de pregrado de las profesiones de salud sólo dedican entre el 2 y el 5% del tiempo a la salud mental. Los profesionales de atención primaria tienen un bajo acceso a capacitación en este tema, y no existen programas sistemáticos y continuos en el tiempo para la formación especializada en

algunas profesiones (por ejemplo, enfermeras y asistentes sociales).”
(Ibid:s/p)

La extensión y profundidad de las medidas propuestas dan cuenta de la magnitud de los problemas pendientes en la temática de salud mental de niños y adolescentes, con los cuáles el país tiene una deuda pendiente que debe saldar en el corto plazo ya que sus procesos de crecimiento y desarrollo se están dando hoy y por eso no pueden seguir haciendo antesala en los vericuetos administrativos. La salud mental de los NNA está garantizada a nivel de derechos, es necesario que el Estado entienda que el pleno ejercicio de esos derechos constituye para él una obligación.

II PARTE

MARCO DE REFERENCIA

CAPÍTULO III

SALUD MENTAL EN LA COMUNA DE LO ESPEJO

Durante mucho tiempo, el sistema de salud chileno implementó un modelo de atención con enfoque biomédico. Debido a los cambios epidemiológicos y demográficos de la población, se hizo necesaria la incorporación de modificaciones, complementando el modelo biomédico con uno más integral, que considera a la persona como el centro del quehacer en salud, teniendo en cuenta todos los aspectos del desarrollo humano inserto en la sociedad; en síntesis, un modelo bio-psico-social.

En el sistema de “Atención Primaria de Salud” (en adelante APS), los cambios se orientaron al desarrollo de un enfoque que releva el contexto familiar del usuario (a), que busca comprender las distintas interrelaciones entre los subsistemas familiares y, por tanto, permite comprender las diferentes situaciones que vive cada individuo y cada familia en su contexto. Para los centros de la red de APS, el desafío es avanzar desde ser consultorio a ser un centro de salud familiar (CESFAM).

La siguiente tabla establece los elementos comparativos entre el enfoque biomédico y el enfoque bio-psicosocial y las características de los CESFAM.

Tabla N° 1
COMPARACION ENFOQUES BIOMÉDICO Y BIOPSIICOSOCIAL
CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR

BIOMÉDICO	BIOPSIICOSOCIAL	Características del Centro de Salud Familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Se basa en una concepción de patología. • Es curativo. • Es reduccionista. • Es objetivo. • Se para mente cuerpo. • Hace diagnósticos biológicos. • Establece barreras disciplinarias. • Los tratamientos son externos al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y enfermedad son un continuo. • Es preventivo. • Diagnóstico contextualizado. • Relación humana es relevante. • Otorga una atención de salud integral • Diagnostica problemas de salud. • Estimula la participación social intersectorial. • Estimula el trabajo en equipo. • Se preocupa del individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es responsable por la salud de una población definida. • Posee una programación local, la intervención se desarrolla a partir de planes de salud familiar y con una estrategia de sectorización, se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y las familias a su cargo. • Se orienta a resultados, la capacidad resolutive se convierte en un principio, el equipo de salud debe planificar y evaluar las acciones en función de su

		<p>impacto en la salud de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se coordina con otros niveles, actores y sectores y articula recursos. • Requiere el desarrollo de destrezas del equipo al incorporar la familia como la unidad de atención. Debe responder a las necesidades de salud local y a los objetivos generales del sector salud. Debe ser capaz de actuar sobre una realidad dinámica.
--	--	---

Fuente: (PLADECO, 2013-2017)

En ese contexto de un enfoque biopsicosocial, los equipos interdisciplinarios de Salud Mental en los CESFAM de Lo Espejo desarrollan su intervención con los adolescentes de la comuna.

1.- Características de la oferta pública de salud de la comuna (Diagnóstico de Salud)

La red de APS de la comuna de Lo Espejo atiende una población de 101.247 personas.⁴² Para ello, cuenta con cuatro centros acreditados como centros de salud familiar (CESFAM).

- El CESFAM “Clara Estrella”, que tiene 24.645 personas inscritas y cuenta además con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
- El CESFAM “Julio Acuña Pinzón”, con una población inscrita de 30.587 personas, que también tiene un SAPU.
- El CESFAM “Mariela Salgado Zepeda”, con 28.392 personas inscritas, en el que funciona un tercer SAPU.
- El CESFAM “Pueblo Lo Espejo”, que posee 17.623 personas inscritas.

El plano N°1 indica la ubicación geográfica de cada CESFAM dentro de la comuna.

PLANO N° 1

Causal	Servicios
Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Consultas médicas ✿ Consultas pediátricas ✿ Servicios de enfermería
Consultas en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Pacientes postrados (pacientes de tercera edad inmovilizados; pacientes con secuelas por AVE y TIA, niños con alta hospitalaria post-neumonía y personas en situación terminal).
Control y seguimiento del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Detección y seguimiento precoz del embarazo. ✿ Educación a los padres mediante talleres Chile Crece Contigo. ✿ Incorporación a los padres a los controles, talleres, exámenes y visitas a la maternidad. ✿ Ingreso a prestaciones como subsidios y ayudas complementarias para las familias vulnerables de la comuna. ✿ Asistencia puerperal. ✿ Control a la diada madre e hijo.
Salud infantil	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Detección precoz de enfermedades metabólicas (PKU y TSH). ✿ Control sano.

	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Programa de inmunizaciones (vacunas). ☼ Salud pre-escolar y escolar. ☼ Salud bucal.
Programa cardiovascular y pacientes crónicos	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Hipertensión arterial. ☼ Diabetes mellitus (tipo 1 y 2). ☼ Dislipidemias. ☼ Síndrome metabólico. ☼ Intolerancia de la glucosa. ☼ EPOC. ☼ Asma. ☼ Trastornos de salud mental. ☼ Poli-dependencias (alcohol y drogas). ☼ Parkinson.
Otras actividades	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Actividades de promoción de la salud. ☼ Trabajo con los Consejos de Desarrollo Local (CDL) las juntas de vecino en el programa comunas vulnerables. ☼ Vacunación en invierno y ocasiones especiales con personas adultas con patologías y/o adulto mayor. ☼ Cirugía menor. ☼ Atención y seguimiento a

	<p>pacientes TBC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Talleres de planificación familiar y prevención del embarazo adolescente. ✿ Espacios amigables para adolescentes. ✿ Detección precoz del cáncer de mama y cérvico-uterino (papanicolau). ✿ Salas de estimulación temprana para niños/as con riesgo de vulnerabilidad y rezago (retardo de desarrollo psicomotor). ✿ Atenciones oftalmológicas en vicios de refracción (entre 15 y 64 años). ✿ Atención dental a embarazadas, altas a pacientes de 60 años, programa de prótesis para hombres y mujeres jefes/as de hogar.
--	--

La derivación de pacientes de la comuna de Lo Espejo a especialidades se hace hacia los establecimientos de la red de mayor complejidad: Hospital Ramón Barros Luco, de adultos, y Hospital Exequiel González Cortés, de niños.

3.- Salud Mental

Según la información consignada en los Registro Estadístico Médico (REM) de la comuna, anualmente ingresan más de 2.000 personas al Programa de Salud

Mental (en adelante PSM) de los CESFAM; alrededor del 20% de ellas lo hacen por la presencia de *factores de riesgo y condicionantes de la salud mental* (distintos tipos de violencia y maltrato, también por consumo riesgoso de alcohol y drogas), y el 80% restante por *diagnóstico de trastornos mentales*. (Ibid:106)

2.1. Ingresos al Programa de Salud Mental (PSM) por factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.

Violencia intrafamiliar (en adelante VIF). Cada año, más de cien casos de *víctimas de violencia intrafamiliar* ingresan al PSM de los CESFAM, dato que no considera aquellos que ingresan directamente al Centro de la Mujer. Siendo necesario explicitar que estos casos corresponden a una parte de una totalidad no determinada, pues muchas situaciones no son denunciadas. Adicionalmente, al programa ingresan algunos casos de agresores, los que anualmente bordean las diez personas, mayoritariamente hombres.

Para la intervención especializada en VIF, Lo Espejo cuenta con el programa Centro de la Mujer en convenio con SERNAM, que anualmente alcanza una cobertura de alrededor de 1.000 personas (mayoritariamente mujeres), a través de sus cuatro líneas de intervención: i) atención; ii) prevención socioeducativa; iii) capacitación y iv) redes.

Otro de los factores de riesgo y condicionantes de la salud mental es la violencia contra el adulto mayor, donde los datos comunales de los últimos años muestran una baja incidencia de casos. No obstante, hay un notable incremento, que va desde los 7 y 3 casos en los años 2009 y 2010 respectivamente, a los 22 casos el 2011, y 14 entre enero y julio del 2012.

El maltrato infantil es otra situación que se considera para ingresar al PSM. Los datos comunales muestran que anualmente ingresan 25 niños víctimas de maltrato, los cuales son mayoritariamente hombres (alrededor del 60%), y cuyas

edades se concentran en el tramo comprendido entre 0 y 9 años (65%) y entre los 10 y 14 años (35%). (Ibid: 107)

El abuso sexual es un factor de ingreso al PSM. Los datos de la comuna muestran que, en los últimos tres años (2009 a 2011), los ingresos por esta causa fueron 49, los que corresponden mayoritariamente a mujeres (73%). Considerando la variable edad, se extrae que el 76% corresponde a niños y niñas entre los 0 y 14 años.

Consumo de drogas y alcohol. Entre los factores de riesgo que determinan los ingresos al programa de salud mental se considera el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas.

4.- Diagnóstico de trastornos Mentales

El total de personas ingresadas al PSM en los últimos tres años como consecuencia de diagnóstico de trastornos mentales se indica en la tabla N° 2. Los trastornos diagnosticados se presentan en orden de importancia según incidencia de casos.

La mayoría de los casos corresponden a mujeres. Pero hay una presencia importante de hombres en casos de los trastornos emocionales y del comportamiento; trastornos hiper-cinéticos, de la actividad y de la atención; trastornos mentales y de personalidad, por consumo de drogas y alcohol; y trastorno generalizado del desarrollo.

Según la variable de edad, los datos municipales muestran, en los tres períodos, que la mayoría de los casos se concentra en el tramo etario comprendido entre los 20 y 64 años, seguidos del tramo entre 0 a 9 años y del tramo entre los 10 y 14 años.

Tabla N° 3
Diagnóstico de Trastornos Mentales
Ingresos al PSM según tipo de trastorno y sexo.
Años 2009, 2010 y 2011.

TIPO	AÑO 2009			AÑO 2010			AÑO 2011		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre.	Mujer	Total
Depresión.	73	620	693	68	449	517	81	486	567
Emocionales y comportamiento.	195	147	342	169	123	292	173	185	358
Ansiedad	65	220	285	62	268	330	53	221	274
Hipercinéticos, de la actividad y de la atención.	112	39	151	109	58	167	127	47	174
Personalidad.	27	61	88	24	88	112	26	81	107
Mental y de personalidad por policonsumo drogas	79	20	99	47	12	59	46	29	75
Mental y de personalidad por consumo de	63	12	75	61	12	73	55	17	72

alcohol.									
Mental y de personalidad por consumo otra sustancia.	36	20	56	21	12	33	32	19	51
Depresión Post-parto.	0	47	47	0	35	35	0	31	31
Retraso mental.	17	19	36	13	32	45	16	20	36
Alzheimer y otras demencias.	3	7	10	11	16	27	8	18	26
Generalizado del desarrollo.	10	8	18	10	5	15	24	5	29
Conducta alimentaria.	8	17	25	2	13	15	3	10	13
Esquizofrenia.	6	8	14	3	8	11	5	1	6
Bipolar.	1	3	4	2	8	10	1	7	8
TOTAL AÑO:	695	1.248	1.943	602	1.139	1.741	650	1.177	1.827

Fuente: REM Comuna Lo Espejo

Los datos anteriores están en línea con la situación que prevalece en el país y ratifican que las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud mental, concentrando cerca de dos tercios de las atenciones.

En lo referente al tipo de diagnóstico, la depresión y la ansiedad tienen claramente rostro de mujer puesto que ellas representan más del 85% de los casos atendidos, prevaleciendo la asociada a factores ambientales, entre los cuales la violencia doméstica, la falta de apoyo y de reconocimiento, la postergación de sus proyectos propios de vida, juegan un papel relevante en su aparición.

En contraste, los problemas de salud mental de los hombres aparecen asociados al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias, vale decir en un contexto de adicciones, que en gran medida también condicionantes socioculturales. Al consumo se debe agregar, como ya se señaló, una importante presencia masculina en lo referente a trastornos emocionales y del comportamiento; trastornos hiper-cinéticos, de la actividad y de la atención, y trastorno generalizado del desarrollo, por lo cual el enfoque biopsicosocial aparece como pertinente.

Desde luego esas cifras no pueden ser consideradas como absolutas porque también tienen un correlato con las actitudes y prácticas de género respecto de la salud, siendo un hecho reconocido que las mujeres tienen una actitud más proactiva hacia la consulta con fines preventivos y curativas.

En lo referente a diagnósticos con una cierta base orgánica o biológica, como Alzheimer y otras demencias, generalizado del desarrollo, esquizofrenia o trastorno bipolar, tienden a distribuirse de manera aleatoria sin diferencias sustantivas por género.

III PARTE

ANALISIS DE RESULTADOS

Capítulo IV

LA SALUD MENTAL ADOLESCENTE EN LA VOCES DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES DE LOS CESFAM DE LO ESPEJO

El grupo de entrevistadas que participa de la investigación está conformado en su totalidad por mujeres, cuyas edades fluctúan entre veinte seis y cincuenta años y que se desempeñan como profesionales de Trabajo Social en ocho de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Lo Espejo, específicamente en el área de Salud Mental.

Las entrevistas de tipo semi-estructurada, se realizaron entre el 24 de noviembre y el 10 de diciembre de 2014, en los distintos CESFAM antes mencionados, las que fueron grabadas previo consentimiento de las entrevistadas.

Todas las entrevistadas cuentan con la formación de base de Licenciatura en Trabajo Social; o de la salud; sólo dos, poseen experiencia en instituciones relacionadas con la niñez y la adolescencia.

En cuanto al tiempo que las profesionales llevan desempeñándose en la institución se sitúa en un rango que oscila entre el año y medio y los cinco años entre las que tienen mayor antigüedad ; y entre los tres meses y un año en las de ingreso más reciente.

1. Análisis de entrevistas

El resultado de la revisión bibliográfica ha quedado en manifiesto a lo largo de la investigación, obteniendo información fundamental para comprender en profundidad la realidad con la cual intervienen los trabajadores sociales en contexto de salud mental con adolescentes en Centros de Salud Familiar de la Comuna de Lo Espejo. En donde se pone en tensión la intervención profesional individual con la intervención impuesta desde la institución y con ello respondiendo a las políticas públicas entregadas por el Estado. Indagando las funciones y roles que cumple el Trabajo Social, espacios de reflexión sobre la praxis, modelos de intervención y su impacto y finalmente la valoración que le atribuyen a su práctica profesional.

Los resultados de la investigación y que dan cuenta de los temas de mayor relevancia, destacando los discursos recurrentes y fundamentales para comprender las percepciones, motivaciones y la valoración que le atribuyen a sus marcos referenciales, versus a las concepciones de las políticas estatales en salud mental con adolescentes y sus implicancias significativas en cuanto al cambio social y/o a la mantención del sistema.

Las temáticas a considerar en la investigación son las siguientes:

1. Salud mental

Definición

Formación

Contexto

2. Intervención

Sujetos de atención (individuo, familia y comunidad)

Rol profesional (función, tareas y responsabilidad)

Modelos de intervención (institucional y profesional)

Valoración (aporte, formación y estrategias de intervención)

1. Salud Mental

En esta variable se abordan tres puntos importantes para la investigación, explorando con las Trabajadoras Sociales entrevistadas sus concepciones de Salud Mental con adolescentes, la formación que han tenido respecto a la temática y examinando el contexto donde se interviene en Salud Mental.

1.1.- Concepciones de la Salud Mental:

Como se destaca en el marco teórico, la OMS (op.cit:s/p) define la salud, de manera genérica, como el *“completo estado de bienestar bio-psico-social y no a la mera ausencia de enfermedad del ser humano”*.

En un sentido más amplio, agrega que se deben considerar aspectos sociales, económicos, culturales, políticos, educativos, geográficos y ambientales, todo esto se encuentra implicado en la mirada de salud como un proceso dinámico e histórico de cada sociedad, por lo cual, las concepciones de salud se sustentan desde una determinada concepción del mundo y del sujeto.

También en un sentido amplio, como señala Arito (op.cit: 1-2), la salud mental

“... está presente, en el desarrollo, en la construcción, o en el deterioro de las distintas prácticas sociales. Está en juego en el trabajo, en el estudio, en la vida familiar, en las organizaciones del tiempo libre, en todos los grandes rubros que refieren a la vida cotidiana.”

Desde esos conceptos generales se buscó precisar las concepciones de las entrevistadas acerca de la Salud Mental con adolescentes, entendiendo que este es su campo de acción profesional.

Una primera aproximación nos indica que para una entrevistada, ésta tiene tres componentes básicos: procesos psicológicos, acotamiento a un grupo etéreo y los cambios presentes en esa etapa de la vida:

“Entiendo por salud mental adolescente como los procesos psicológicos que pasa el ser humano entre los 10 y 19 años de edad, donde se ven afectados por una serie de cambios emocionales y psíquicos que afectan su vida.” (Entrevistada N° 6)

Como se puede apreciar esta definición se centra exclusivamente en el sujeto individual sin considerar el contexto en que este se desenvuelve, dicha concepción es ampliada por otra de las entrevistadas, quien añade la noción de entorno a la definición, señalando:

“Salud mental adolescente es trabajar con las subjetividades del adolescente y su entorno.” (Entrevistada N° 8)

La utilización de los conceptos subjetividades y entorno da entender que es un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y su medio, al tiempo que también implica que esta relación no es uniforme, sino una articulación mutua, resultando significativo que la aborde desde la intervención y no desde una aproximación teórica.

Desde una mirada más integral, otra entrevistada agrega un elemento que es básico en Salud Mental: la calidad de la relación del sujeto con su contexto:

“(Salud Mental son) todos los procesos relacionados con el proceso emocional y psicológico del adolescente, considerando todos los factores que se vinculan positiva o negativamente a éste desarrollo.” (Entrevistada N° 3)

En esta definición están presentes en forma implícita los dos aspectos del quehacer de la salud mental. De una parte, los factores positivos que fundan la acción de fomento y prevención, y por otra parte, los factores negativos que gatillan la necesidad de la intervención terapéutica por los efectos desestabilizantes que puede ejercer sobre el sujeto.

Al respecto, cabe señalar que los términos de Salud Mental han sido propios de disciplinas como la psiquiatría y psicología, por tanto, es un área en donde el Trabajador Social se ha ido incorporando con una visión que incluye el contexto,

entendiendo que la salud mental es mucho más amplia que la propia enfermedad psíquica y su tratamiento clínico, tiene que ser vista desde los equipos terapéuticos en su conexión con la rehabilitación y la reinserción social, sin dejar de lado la promoción y la prevención de la salud.

El Trabajo Social sostiene múltiples concepciones sobre los procesos terapéuticos con los cuales trabaja, por lo que su marco de referencia combina aspectos psicoterapéuticos individuales y familiares, quizás por ello otra entrevistada señala:

***“...la salud mental con adolescente la entiendo desde la familia.”
(Entrevistada N° 5)***

Llama la atención que las entrevistadas intentan responder la definición de salud mental desde su experiencia práctica, sin dar una respuesta concreta a la pregunta, lo que se podría explicar desde una posible carencia de concepciones teóricas de la disciplina con respecto a la salud mental con adolescentes.

1.2.- Formación en salud mental.

Un rápido análisis de las mallas de las Escuelas de Trabajo Social del país, permiten constatar que en la mayoría de ellas, la formación en Salud Mental no está presente como una asignatura regular, con algunas excepciones en que se inserta como un ramo optativo. Por lo cual, se puede sostener que la mayoría de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en este ámbito, se han formado por diferentes vías en programas de capacitación o especialización después de haber obtenido su título profesional.

Este supuesto es corroborado por la entrevistada N° 8, quien reconoce no tener una formación en salud mental:

“No, sólo la formación básica de la universidad.” (Entrevistada N°8)

Las entrevistadas señalan que una de las vías para formarse profesionalmente en su campo de trabajo, son los programas de capacitación institucionales, aunque éstos en ocasiones sólo tengan un carácter introductorio:

***“Si...algunas capacitaciones en mis antiguos trabajos que también han sido en CESFAM, básicamente introductorias al tema.”
(Entrevistada N° 5)***

Se deduce entonces, que para fortalecer todos los procesos de aprendizaje atendidos en el mundo académico, es relevante que las instituciones vayan generando espacios de conocimiento en la formación de salud mental para que los Trabajadores Sociales adquieran herramientas de intervención en esta área.

Desde los hallazgos encontrados, se evidencia falencias desde la institución, en cuanto a brindar espacios de formación en salud mental con adolescentes, dado que de las entrevistadas manifiestan que no todos los profesionales son convocados a instancias de capacitación en formación de salud mental, lo cual se explica que por motivos de política interna de la institución, sólo los de mayor antigüedad y que poseen calidad jurídica de planta, tienen prioridad para recibir capacitaciones.

De esta forma, aquellos profesionales que trabajan en las modalidades de contrata o a honorarios, no serían capacitados, toda vez que no se garantiza su permanencia en la institución. Lo anterior se ve reflejado cuando una de las entrevistadas señala:

“...los centros de salud tienen planes de capacitación comunal anual y ahí uno se va incorporando a las diferentes capacitaciones, pero efectivamente tienes que pelear el cupo de capacitación porque tienes que ser de planta, tienes que tener carrera funcionaria y tienes que tener años de antigüedad para formar parte de las capacitaciones, por lo tanto, no es tan fácil...” (Entrevistada N° 2)

Respecto a la motivación individual de cada profesional, en cuanto a perfeccionarse en el área de salud mental de manera independiente a las capacitaciones entregadas por la propia institución, dos de ellas señalan poseer formación de post grado en las temáticas anteriormente señaladas, lo que se manifiesta cuando indican:

“Sí... cuando realicé mi magister en Trabajo social, tuve módulos relacionados con salud mental, tanto con jóvenes como con adultos.” (Entrevistada N° 7)

En este caso se trata de una formación específica en salud mental, mientras que la otra entrevistada precisa que su capacitación se centra en un área problemática de la misma:

“Sí, tengo un diplomado de alcohol y drogas...” (Entrevistada N°1)

En este marco, las trabajadoras sociales anteriormente señaladas, han ido configurando un modo de hacer, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Se pone de manifiesto la relevancia de la formación continua, la cual da un plus al quehacer profesional, enriqueciendo la mirada y la intervención en salud mental, siendo además un aporte y valoración del profesional en trabajo multidisciplinario propio del contexto en salud.

1.3 Una aproximación al Contexto

Por otra parte, las Trabajadoras Sociales comprenden la salud mental desde un contexto determinado, el cual se sitúa en un territorio donde existe un espacio jurídico que habla de la legitimidad y otro político donde se construyen diferentes aspectos de la cuestión social, lo que incide en la visualización de la realidad en que viven y se desenvuelven los sujetos de atención, por tanto, esta variable va a tener implicancias prácticas en el operar del trabajador social.

“intervienes en el sentido de la enfermedad pero considerando todas las causas que son sociales y eso tiene que ver con los determinantes sociales en salud... igual influye que tu nazcas en una comuna que sea vulnerable, que no tenga los recursos suficientes, eso finalmente va a afectando la salud.” (Entrevistada N° 1)

Al preguntarnos sobre la temática de la salud mental con adolescentes, es preciso tener en consideración el reconocimiento de ésta como un proceso co-construido en un momento histórico, cultural y situado en un espacio determinado. Esta forma de mirar la “realidad” permite una visión amplia del sujeto de atención, superando la visión tradicional centrada en el sujeto como responsable de sus problemáticas y abriendo paso a intervenciones psicosociales que entienden la relevancia del contexto como co-productor de las patologías sociales.

2. Intervención

En esta variable se abordarán cuatro puntos importantes para la investigación, partiendo por el reconocimiento de los sujetos de atención, la cual tiene relación con: individuo, familia y comunidad y luego establecer el rol profesional en cuanto a: funciones, tareas y responsabilidad. Este rol debe estar enmarcado en modelos de intervención definidos desde la institución, a los cuales se deberían incorporar los modelos de intervención profesional. Con lo anterior, se pretende describir la valoración que le atribuyen los trabajadores sociales a su intervención.

En ese sentido, Parisi (op.cit.) afirma que el trabajo social funciona como elemento del Estado, pero al mismo tiempo el profesional debe tener una declaración de principios donde se comprenda la realidad desde un determinado paradigma, el cual dará cuenta de las virtudes interpretativas, críticas y transformadoras del interventor.

El autor afirma que siempre estamos determinados por un paradigma. Situación que se contrasta en los hallazgos descubiertos en la investigación, los cuales dan cuenta que se interviene desde los requerimientos de la política pública y no desde las necesidades o demandas de los sujetos de atención. Esto queda en evidencia cuando los discursos de las entrevistadas señalan:

***“más que nada yo lo veo como un trabajo práctico y de sentido común... tu puedes tener muchos ideales al momento de intervenir pero, lamentablemente estas condicionado a una institución.”
(Entrevistada N°1)***

Luego de la reflexión de la entrevistada N 1, podemos problematizar en que no se logra visualizar un enfoque definido que refleje las declaraciones de principio del profesional, sino más bien prevalece un sentido práctico desprovisto de teoría cuando menciona el “sentido común” al momento de intervenir, ya que como profesionales nos diferencia un paradigma, con la metodología y las técnicas a utilizar, siendo estos elementos propios del enfoque científico lo que va a diferenciar nuestra acción respecto a un sujeto natural.

Por otra parte, se evidencia una problematización respecto de la política pública con la que se trabaja, la cual no da abasto a las demandas de los sujetos de atención, lo que queda reflejado cuando el discurso se expresa en:

***“...nosotros somos operadores de políticas públicas y en esta oportunidad, como muchas otras, están mal diseñadas ya que se debiera invertir en prevención más que en la intervención.”
(Entrevistada N° 5)***

Se puede apreciar que la entrevistada N° 5 incorpora a la política pública, realizando una crítica respecto de su funcionamiento, logrando evidenciar la focalización de la intervención, sin embargo la profesional debe continuar operando con un déficit el cual tiene relación con el financiamiento focalizado en la intervención y no en la prevención.

La institución en la cual trabaja la citada entrevistada, asume una política pública con el déficit antes mencionado. Entonces se hace relevante, visualizar que ésta también se pueda complementar con sus propios marcos referenciales, para generar estrategias

eficientes y que vayan en real beneficio a los sujetos con los que se va intervenir, para así no ser sólo operadores políticos acríticos.

La entrevistada N 3 pone en tensión el contexto con la intervención, ya que incorpora sistemas externos que influyen en el sujeto de atención, en relación a pobreza, marginalidad en la que habitan los sujetos de atención, esto queda en evidencia cuando manifiesta que:

“La intervención que se da creo que es necesaria pero insuficiente dado el contexto general de nuestra población.” (Entrevistada N° 3)

Al incorporar el contexto en la intervención, el profesional tiene otros puntos de referencia para observar su praxis, esto responde a enriquecer su mirada al interpretar las problemáticas que aquejan a los sujetos de atención con los cuales se trabaja, donde no solo se analizan las problemáticas de los sujetos de atención individuales sino que comienzan a observarse como fenómenos sociales.

Estas miradas utilizadas por las entrevistadas para intervenir no están mermadas de una visión teórica ideológica que posee el trabajador social, sino que responde a una demanda de intervención del Estado, en donde el foco está puesto en el cumplimiento de metas y no desde la manifestación de problemáticas del sujeto de atención. Esto porque, cuando existe una mirada crítica desde el profesional, es difícil incorporarla a la intervención ya que la visión de la institución no da espacio para la transformación.

Los hallazgos de la investigación dan cuenta que dos profesionales logran poner en tensión sus marcos referenciales con la política pública, sin embargo, no pueden incorporarlos ya que la institución no da cabida a generar cambios en los modelos establecidos.

2.1 Sujetos de atención

El Trabajador Social no sólo piensa sino que también actúa, por tanto, comprende que el trabajo se da en un contexto y con sujetos de intervención determinados. Cuando hablamos de los sujetos de intervención, nos enfocamos en sus necesidades y carencias en forma integral, además, de sus potencialidades humanas, individuales y colectivas, las cuales son las demandas puntuales para el Trabajo Social.

Identificando las demandas de los sujetos de atención, las entrevistadas señalan que la problematización la realizan los profesionales desde la institución se sitúa en la oferta que ofrece la atención primaria en salud, por tanto, deben activar redes de apoyo para atender las distintas demandas de la población con la que se va a intervenir. Lo anterior se identifica cuando:

“Se trabaja con ciertos programas, ciclos vitales (infantil, adolescente, adulto y adulto mayor) y también hay programas que son transversales, promoción y participación social, salud mental y odontológico” (Entrevistada N° 1)

En este discurso la entrevistada utiliza la red como un recurso con el fin de enriquecer la intervención que se realiza, incorporando nuevas miradas de otras instituciones, además de vincular al sujeto de atención con otros programas que están a su disposición en la comuna.

El incorporar otros focos institucionales, da cuenta que la institución de salud no está preparada para responder a todas las demandas de los sujetos de atención, por tanto, deben activar redes que respondan a esas necesidades. La forma de ver a los sujetos de atención está parcializada y la política pública nos llama a observarlos desde los distintos focos de atención, debiendo ser éstos incorporados a la intervención.

Por lo anteriormente descrito es necesario tener en consideración la ampliación de redes de intervención, la cual debe ser efectiva para no saturar y desgastar al sujeto, causando la sobre intervención en éste.

Por otro lado, la entrevistada N° 1, indica que las problemáticas con las que se trabaja se focalizan en el sujeto de atención y en las demandas puntuales que se presentan. Esto se refleja cuando manifiesta:

“Responder todas las demandas que impliquen las determinantes sociales en salud, porque muchas personas llegan acá por enfermedades, cierto, entonces el modelo ya se cambia de un modelo biomédico a un modelo bio-psicosocial” (entrevistada N° 1)

A partir de una demanda en situaciones de salud mental surgen otros problemas y necesidades propias de su contexto histórico particular, la cual se expresa en manifestaciones de los conflictos emergentes por la sociedad intervenida. El profesional deberá tener la capacidad teórica para comprender esta demanda e incorporar las dimensiones ética y política en términos de reconocer las situaciones de las cuales puede tomar parte en la institución.

2.2 Rol profesional

La estructura social tiene exigencias y reflejan cómo se espera que las personas actúen en una situación particular, es por esto, que existen conductas permitidas y se precisan las necesarias para desempeñar un rol, esto configura el espacio profesional. El rol es una pauta de conducta estructurada que tiene deberes y derechos específicos que están asociados a una posición de estatus particular. Cada profesional pone su sello y su estilo, debe estar sustentado por la teoría, sobre la demanda de los sujetos, la institución y sus políticas.

Se logra visualizar en la investigación una estandarización del rol del trabajador social en los Centros de Salud Familiar, ya que la demanda de los sujetos de intervención que son a nivel individual, familiar y comunitario son múltiples, y son todas atendidas por el equipo bio-psicosocial, donde el rol del trabajador social, por su amplia gama de conocimientos, actúa como agente derivador de instancias que la institución no puede suplir. Lo anterior se evidencia en el siguiente relato:

“Aportar desde el Trabajo Social aquellos antecedentes que otros profesionales no son capaces de rescatar como poder diagnosticar a la familia.” (Entrevistada N°4)

Esta frase pudiese tener dos lecturas, la primera está orientada a visualizar una posible demanda social del rol relacionada con la comprensión, relación de ayuda, escucha activa y que no es necesariamente esperable de otras disciplinas y por otra parte que efectivamente nuestro foco de intervención incorpora elementos que otros profesionales no poseen.

Sobre esta última idea la profesional N 2 hace referencia en específico al aporte del trabajo social en equipo multidisciplinario, lo cual se ve reflejado cuando expresa:

“Formar parte de equipo bio-psicosocial con mirada integral y ahí nosotros formamos parte del área de salud mental y del área más social de los casos propiamente tal del sector” (Entrevistada N° 2)

La pluralidad y la complejidad factorial de la psicopatología adolescente conlleva a un enfoque bio-psicosocial en todo abordaje de la salud mental adolescente y es imprescindible la especificidad del rol del trabajador social en los equipos multidisciplinario, esto ya que son necesarios para afrontar las dificultades o trastornos del adolescente.

Estos hallazgos dan cuenta del multifacético rol que cumple el trabajador social dentro de la institución, aportando con sus amplios conocimientos al equipo multidisciplinario, donde cada profesional cumple un rol específico ya definido.

2.3 Modelos de intervención

Los modelos de intervención designan un esquema simplificado y abstracto que intenta ordenar dentro de una construcción rigurosa a los elementos de la realidad, tal como lo menciona Carballada (op.cit.), el modelo es un instrumento conceptual que intenta profundizar el análisis en tres aspectos: aportes teóricos, transmisión del conocimiento e intervención práctica.

En una primera aproximación, se puede advertir que los modelos de intervención que utilizan los trabajadores sociales entrevistados vienen determinados desde la política pública, como queda de manifiesto en el siguiente comentario:

“Estamos basados en lo que son las políticas sociales y orientaciones ministeriales, respecto de lo que son los distintos programas de salud mental”. (Entrevistada N° 4)

En un mayor nivel de precisión, se puede mencionar que los discursos sobre los modelos de intervención utilizados son compartidos, utilizando el modelo sistémico, en donde se conoce a éste como el que integra a toda la familia en el problema con el adolescente. Esto se evidencia en:

“El modelo que se utiliza es el sistémico ya que se observa a la familia como un sistema donde se interviene con todos los integrantes de la familia para así lograr la homeostasis total” (Entrevistada N°7).

Los modelos de intervención utilizados por los trabajadores sociales de los Centros de Salud Familiar de la Comuna de Lo Espejo, dan cuenta que de las ocho entrevistadas, seis de ellas utilizan el modelo entregado por las directrices del Ministerio de Salud, el cual corresponde al modelo sistémico, esto ya que existe una mirada bio-psicosocial en donde se comprende al sujeto no desde su individualidad sino más bien desde su sistema familiar y entorno.

2.4 Valoración

A partir de la dimensión hermenéutica del interaccionismo simbólico comprenderemos la valoración que los Trabajadores Sociales dan a su praxis. Considerando que los profesionales han co-construido en el espacio intersubjetivo un corpus de significados, es decir, son producto de la interacción social, donde coexisten los supuestos de su formación profesional, los dispositivos ideológicos de las políticas de salud mental en adolescencia y la realidad social en que se desempeñan.

Los hallazgos visualizados en la investigación dan cuenta que existen profesionales con una mirada crítica, sin embargo, no la pueden utilizar dado que deben responder a los lineamientos de la institución, esta afirmación se evidencia cuando señalan:

“La política pública de este país no está hecha para la prevención, sino más bien, para la reparación... enfoque de promoción de participación social y trabajo comunitario no tienen nada que ver con la realidad, porque lo que se hace en un centro de salud es repara situaciones... yo te diría que el enfoque biomédico prima por sobre el enfoque bio-psicosocial...” (Entrevistada N°2)

A pesar de que esta entrevistada reconoce la carencia de la política pública en cuanto a que está distanciada de la problemática social, de igual forma debe responder a los lineamientos técnicos de las institución, por tanto, se puede inferir que se mantiene un sistema dado, ya que se trabaja de manera superficial o desde la contingencia, dando respuestas a problemáticas del momento y no a los problemas estructurales que realmente resolverían las demandas de los sujetos de atención.

Por otro lado, podemos dar cuenta que los profesionales valoran el aporte que se realiza desde el Trabajo Social a los grupos multidisciplinarios, el cual tiene que ver con la mirada integral sobre el sujeto de atención. Esto se infiere en el siguiente testimonio:

“El valor que le atribuyo a las estrategias de intervención es positivo ya que considero que son un aporte para la sociedad, pueden generar cambios en las familias y se pueden adecuar a las normas de la comunidad”. (Entrevistada N° 8)

A pesar de la contingencia y la distancia con la política pública, se reconocen los logros realizados los Trabajadores Sociales, generando una valoración positiva en la intervención. Esto se refuerza por la siguiente frase:

“Somos una profesión anexa a la salud, entonces, hemos ido ganándonos el territorio y hoy día, yo creo que para nadie que trabaje

en salud es factible que pueda pensar que puede prescindir del trabajo nuestro". (Entrevistada N° 4)

Cabe destacar, que no sólo se valora la intervención, sino que también el rol del profesional en un equipo multidisciplinario, haciéndose imprescindible la figura del trabajador social.

"Somos piedra angular para el diagnóstico social de cada uno de los usuarios... definimos la situación de riesgo del usuario y eventualmente las situaciones de emergencia." (Entrevistada N° 4)

Otro aspecto que se destaca positivamente, es el desempeño técnico-profesional, en donde la especificidad esta puesta en el diagnóstico diferenciándolo del proceso general.

"Nosotros creo que lo que no perdemos nunca es como esta mirada más del contexto. No sólo... me refiero al contexto familiar, al contexto más inmediato y al más mediato. Nosotros siempre contextualizamos..." (Entrevistada N° 6)

En este discurso podemos mencionar la mirada bio-psicosocial de la salud mental puesto que incorpora aquellos elementos contextuales que puedan estar asociados a influir en las problemáticas manifestadas por los sujetos de atención y que dan origen a la demanda.

Desde lo anteriormente desarrollado, es posible sostener que el ejercicio de investigar la valoración de los Trabajadores Sociales respecto de su praxis, devela los supuestos desde donde interactúan con los sujetos de intervención, en donde, su valoración está puesta en el aporte que realizan al equipo multidisciplinario con el que trabajan, teniendo en consideración la multiplicidad de sus conocimientos, lo que va a determinar el rol que éste presta al interior del equipo. Sólo una entrevistada hace referencia a su valoración con respecto al impacto de su praxis con los sujetos de atención, quedando este en segundo orden.

Descrito lo anterior, se logra evidenciar en los hallazgos de la investigación que los trabajadores sociales entrevistados trabajan para la política pública, dejando en segundo plano sus propios marcos referenciales, cuando éstos podrían ser incorporados en su praxis, para así complementar sus estrategias de intervención.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos específicos del presente trabajo de tesis, se concluye en que la intervención de los(as) Trabajadores(as) Sociales en los Centros de Salud Mental Infanto Juvenil de la comuna Lo Espejo se caracteriza por:

El rol que cumplen los(as) Trabajadores(as) Sociales, desde su praxis, se expresa en tareas específicas propias de tres tipos de abordajes básicos: individual, familiar y comunitario- grupal. Ésta postura es compartida por las entrevistadas, las que concibe al rol como posicionamiento, es decir, como posiciones de status en el espacio institucional, a diferencia, de los otros profesionales en los que predomina una mirada integral de carácter multidisciplinario. En todos(as) los(as) profesionales del equipo se pudo constatar que en su enfoque de la salud mental prevalece una mirada que responde a la Política Pública estatal, sin poner sus propios marcos referenciales al servicio de la intervención, lo que sería indicativo de una postura funcionaria por sobre una postura profesional crítica.

Producto de lo anterior, se observa una correspondencia entre el rol que los(as) Trabajadores(as) Sociales se atribuyen a sí mismos y el rol real que desempeñan. De igual manera, el rol sobre sí mismos no corresponde al rol ideal, según la percepción y las propuestas de los(as) Trabajadores(as) Sociales, dado que -tal como queda de manifiesto en las entrevistas- cumplen un rol establecido desde la institución a la cual pertenecen.

Las características de los modelos de intervención vigentes en Trabajo Social se analizan a partir de los siguientes componentes: perfil de la demanda, vigencia de paradigmas explicativos, formación profesional y valoración sobre las estrategias de intervención con las que operan. Podemos concluir, que el modelo de intervención que prevalece es el Modelo Sistémico, debido a las características de los CESFAM. Esto se explica por el cambio que se produce en los enfoques explicativos de las problemáticas psicosociales que aquejan a los sujetos de atención, los que dejan de ser abordados en forma individual dando paso a centrar su atención en los sistemas familiares. Lo anterior se explica porque la salud transita de un modelo biomédico a un modelo bio-psicosocial.

Algunos(as) Trabajadores(as) Sociales, manifiestan que las situaciones en las que se demanda la intervención de Trabajo Social en instituciones de salud, se relacionan con factores del contexto, problemáticas asociadas a conflictos familiares, y temas relacionados con consumo exploratorio y abusivo de drogas, entre otros. Algunos de los(as) Trabajadores(as) Sociales entrevistados afirman que la demanda se genera desde el momento de ingreso al equipo multidisciplinario, en tanto otros, opinan que predomina la concepción de derivación a Trabajo Social en casos puntuales, propia de una mirada fragmentaria.

Los(as) profesionales entrevistados(as) manifiestan que la posición epistemológica del Trabajo Social en los equipos multidisciplinarios, se caracteriza por la predominancia de una mirada integral e interdisciplinaria, aunque existen algunas tendencias hacia la focalización del rol, donde el lugar de los(as) Trabajadores(as) Sociales es “afuera” de la institución, como por ejemplo la valoración que le atribuyen a la visita domiciliaria, como propia de Trabajo Social.

Por otro lado, podemos afirmar, que la definición de salud mental concebida como un proceso de construcción social, determinada histórica y culturalmente, desde la perspectiva de la integralidad, no es compartida por la mayoría de las profesionales entrevistadas, ya que no logran entregar una definición concreta de ésta.

En este contexto, se encuentran los(as) profesionales de Trabajo Social, dentro de una conflictiva institucional marcada por una política de salud mental focalizada y las nuevas manifestaciones del contexto actual. Lo anterior, queda en evidencia cuando alguna de las entrevistadas aluden a que “no existe una política pública que responda a las demandas de los sujetos de atención”, sin embargo por su trabajo, continúan incorporando la mirada institucional dejando relegada la propia crítica a la tensión que se produce en este ámbito.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La hipótesis *“Las estrategias de intervención en Salud Mental de los(as) Trabajadores(as) Sociales responden a las concepciones de las Políticas Estatales en Salud Mental, por tanto, su praxis se enfoca en ser operadores técnicos de esas políticas, contribuyendo a la mantención del sistema, y no dando espacio al cambio social de los adolescentes atendidos”*, por los antecedentes expuestos se comprueba.

En esa situación confluyen dos factores que condicionan y hacen prevalecer esa situación.

De una parte, el Trabajo Social chileno, a diferencia del que prevalece en el mundo anglosajón, a partir de la reconceptualización de la disciplina en la formación de pregrado hizo un abandono progresivo del enfoque clínico y el consiguiente rol terapéutico, por lo cual la formación en el campo de la salud mental debe realizarse a nivel de posgrado o vía capacitación de los propios servicios. Lo anterior queda de manifiesto en el caso de las entrevistadas, entre las cuales prevalece la capacitación en los servicios, que por lo demás no es accesible para todas las profesionales sino sólo para aquellas que reúnen condiciones contractuales y de antigüedad fijadas por dichos servicios. Resulta obvio que esas capacitaciones se enmarcan dentro de los objetivos institucionales y se orientan a dotarlas de las herramientas técnicas que permitan el mejor cumplimiento de las metas fijadas por las políticas públicas.

De otra parte, está en juego la temática de las relaciones profesionales e institucionales, área en la que se construyen muchas de las propuestas de acción específicas de los(as) Trabajadores(as) Sociales, las que se construyen teniendo como telón de fondo el trabajo asalariado de los profesionales y –en el caso en estudio el papel del Estado empleador. Esa realidad incide de diferentes maneras en el rol que desempeña el profesional, en especial en lo referente a la coacción de su autonomía y en la subordinación de su actividad en el sentido que fija el empleador,

La condición de asalariado implica actuar dentro de una estructura ocupacional en la que existen niveles de ejecución, supervisión, control y dirección que cautelan la lealtad del trabajador con los propósitos del servicio. La evaluación

del trabajador y sus posibilidades de ascenso guardan relación directa con la lealtad que se controla (Wright Mills, 1975:48).

En ese sentido, las disposiciones reglamentarias que regulan la actividad laboral en los organismos estatales, especialmente en el ámbito local, explícitamente establecen que el trabajador en su tarea no debe proyectar ninguna otra perspectiva distinta a la de los fines institucionales. Esto se refuerza en el caso de los servicios estatales que están en contacto directo con grupos significativos de la población: salud, vivienda, educación, servicios sociales, etc., es decir, justamente aquellos donde tiende a concentrar su acción el trabajo social. (Hernández y Ruz, 1978)

En las condiciones actuales del mercado ocupacional, caracterizado por la precariedad laboral, los mecanismos de estabilidad y ascenso favorecen el individualismo y la competencia, en tanto ambos juegan dentro de las pautas de conservación del sistema; en la medida en que el trabajo individual o profesional tiende a desbordarlas, la posición en la estructura ocupacional se mantiene, en el mejor de los casos, o significa el despido del trabajador.

Esa realidad incide de diferentes maneras en el rol que desempeña el profesional, en especial en lo referente a la coacción de su autonomía y en la subordinación de su actividad en el sentido que fija el empleador.

En esas condiciones, las posibilidades de la creación institucional de una mirada crítica a la política pública que se conduzca a un *espacio “al cambio social de los adolescentes atendido”*, -como se sostiene en la hipótesis, son altamente limitados, en especial por el bajo poder institucional del Trabajo Social en el campo de la salud mental, ya que eso le priva del espacio necesario para un despliegue operacional mínimo para diseñar programas y estrategias de intervención que concilien los objetivos institucionales con los profesionales.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se pudo constatar que dada la formación general que prevalece en la mayoría de las escuelas de Trabajo Social, la mayoría de las profesionales entrevistadas al incorporarse al programa carecen de una formación específica en el campo de la salud mental. El desafío que se plantea entonces para los Trabajadores Sociales en el ámbito de la salud mental Infante Juvenil es la búsqueda de instancias de capacitación, investigación y desarrollo teórico que permitan generar nuevos espacios de intervención, y fundamentalmente nuevos posicionamientos y formas de comprensión de la problemática social. También resulta relevante promover los equipos multidisciplinarios como espacio de diálogo y construcción entre las diversas disciplinas, posibilitando una intervención desde la integralidad.

En cuanto a las relaciones establecidas entre las entrevistadas y el equipo interdisciplinario, se puede mencionar que perciben reconocimiento en el rol que cumplen dentro del equipo, lo cual se manifiesta cuando señalan que “es difícil concebir al equipo sin un trabajador social”, ya que se han posicionado en temáticas de salud mental, que antes eran propias de las disciplinas psicológicas y psiquiátricas. Este posicionamiento ha sido posible, toda vez, que el trabajo social ha ido adquiriendo conocimiento y experiencia que le han permitido la valoración dentro de este campo de acción, incorporando elementos tales como el contexto y las problemáticas sociales que aquejan al sujetos de atención.

En lo que se refiere a las Políticas Públicas, dos de las Trabajadoras Sociales entrevistadas se posicionan críticamente frente a éstas, dando cuenta que son poco eficientes al momento de su implementación, lo que queda en evidencia cuando una de ellas manifiesta que “la política pública de este país no está hecha para la prevención, sino más bien para la reparación...”, esto da cuenta que el enfoque preventivo continúa siendo deficiente, lo que implica la mantención de las problemáticas sociales, toda vez que la prevención debiera ser prioridad cuando lo que se pretende es la transformación de la sociedad y no la mantención de ésta.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Las propuestas al Trabajo Social se elaboran desde el principio en poder contribuir al mejoramiento de la práctica de los(as) Trabajadores(as) Sociales que se desenvuelven en salud en la comuna de Lo Espejo, la cual tiene por objetivo instalar visiones críticas con respecto a construir concepto de intervención social y proponer modelos analíticos de tales prácticas. Lo que se espera es que el (la) Trabajador(a) Social logre poner en tensión sus propios marcos referenciales con los lineamientos técnicos y metodológicos de la institución, la cual se base en las políticas estatales de Salud Mental.

Se entiende entonces que el principio de análisis es que la intervención social, entendida como la acción intencionada, sobre ciertas problemáticas no resueltas por la dinámica de la sociedad, se funda en los llamados paradigmas de lo social. Tales paradigmas constituyen un conjunto de explicaciones dadas por las ciencias sociales para encaminar a la sociedad hacia la tríada modernidad/modernización/progreso.

En el marco de los(as) Trabajadores(as) Sociales en Salud Mental, se ha construido un modo de hacer, en el cual se ha configurado su perfil y rol profesional, esto ha tenido cabida ya que con el paso del tiempo se ha hecho imprescindible tomar en consideración el contexto y los hechos sociales que afectan e involucran a los sujetos de atención. Por tanto, el rol del (la) Trabajador(a) Social será integrar factores externos del sujeto, lo cual, tomará parte de su proceso de diagnóstico y de procesos de intervención. Desde ésta perspectiva el (la) Trabajador(a) Social atenderá a toda la población adscrita al dispositivo de atención de salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y población establecida, especialmente aquella que presente riesgo social o problemática social instaurada.

Por otro lado, el ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto, es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Es por esto, que se espera que el (la) Trabajador(a) Social ponga a disposición todos sus

conocimientos, habilidades y destrezas, para entender y abordar un fenómeno o problemática determinada.

Los(as) Trabajadores(as) Sociales en Salud Mental están integrados a equipos multidisciplinarios, el cual trabaja con un objetivo común, igualados al momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de intervención que pueden realizar. Esta intervención debe estar enmarcada por enfoques epistemológicos que lo sustente.

Por tanto, es posible sostener que frente al ejercicio de investigar la valoración de los(as) Trabajadores(as) Sociales respecto de su praxis, se invita, mediante la reflexión de la misma, a develar los supuestos desde dónde interactúan con los sujetos de intervención.

Además, en la investigación emergieron tensiones propias que acontecieron al situarse en contextos de trabajo donde confluyen diversas ideologías. Es en el lenguaje, en su dimensión simbólica, lo que interesa instalar y desde allí comprender los modos en que se desenvuelven diariamente en sus contextos de trabajo, posición de privilegio respecto del fenómeno de la intervención misma. De esta forma, podremos conocer la posición epistemológica del (la) Trabajador(a) Social y de qué forma toma posición en la intervención directa con adolescentes atendidos en los programas de salud mental.

Finalmente, el aporte que realiza esta investigación está situada en hacer un llamado a todos los(as) Trabajadores(as) Sociales a reflexionar críticamente respecto de las consecuencias que tienen las acciones en los sujetos de intervención, es decir, si facilitan el cambio o mantienen la organización social por medio de prácticas de control que atacan el síntoma, más no la multicausalidad de ellos, desde aquí la relevancia de detenernos a reflexionar sobre la praxis del (la) Trabajador(a) Social, en espacios que precisamente están saturados de ideología, control social y que pudiesen, o no, entrar en contradicción, o tensión, con la propia ideología del Profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Ander-Egg, Ezequiel (1995) : Diccionario de Trabajo Social, Argentina, Buenos Aires, Argentina Ed. Lumen Hvmanitas.
- Begenberg, L. (1969) : Introducción a la Filosofía de la Ciencia”, Barcelona. España, Ed. Border.
- Carballeda, Alfredo (2002) : La intervención en lo social. Exclusión e Integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires. Argentina. Ed. Paidós.
- Cazzaniga, Susana. (2007) Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social. Ed. Espacio, Buenos Aires. Argentina. Ed. Espacio.
- Delgado, Manuel (1994) : Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales, Madrid, España, Ed. Síntesis.
- Florenzano, Ramón (2013) : El adolescente y sus conductas de Riesgo. Santiago. Chile. Ed. Universidad Católica.
- Hernández J y Ruz, O. (1978) : Reconceptualización del Trabajo Social y Situación de América Latina, México Ed. Cise, Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Kisnerman, Natalio (1998) : Pensar el trabajo social. Una introducción desde el construccionismo. Ed. Lumen Hvmanitas. Buenos Aires. Argentina. Ed. Lumen Hvmanitas.

- Netto, José P. (2002) : Nuevos escenarios y práctica profesional. Los proyectos socio profesionales en el Trabajo Social argentino. Un recorrido histórico. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Newcomb, Theodore (1981) : Manual de la Psicología Social. Buenos Aires. Ed. Eudeba. 1° Tomo.
- Parisi, Alberto. (1993). : La familia en la sociedad pluralista. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina. Ed. Espacio 1° Edición. Capítulo V.
- Ricciardi, C, Ojeda, M., Fernández, A. (2006) “El rol del Trabajo Social en la salud mental infanto juvenil”, en Lo Interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad, Liliana Barg, (Organizadora). Buenos Aires
- Rozas, Margarita P. (1998). Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social. Buenos Aires. Argentina Ed. Espacio. 1° Edición.
- Rorty, Richard (1995) : La Filosofía y El Espejo de la Naturaleza.. 3° Edición. Madrid. España. Ed. Cátedra
- Taylor Y Bogdan (2000) : Introducción a los Métodos Cualitativos. Buenos Aires. Argentina. Ed. Paidós.
- Theodorson, George Y Theodorson, Achille G. (1978) : Diccionario de la Sociología. Buenos Aires. Argentina. Ed. Paidós.

Velez Restrepo, Olga Lucia. : Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y
(2003). tendencias contemporáneas. Buenos Aires. Argentina.
Editorial Espacio.

Wittgenstein, Ludwig (1998) : Sobre la certeza. Madrid, España. SEFA II,

Wright Mills. C. (1975) :Las clases medias, México, F.C.E.

Fuentes Electrónicas

- Arito, Sandra (2001) : Cuestión social y salud mental.
[Consultado 04 Mayo del 2014]
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0055.pdf>
- Amico, Lucía Del Carmen (2004) : Desmanicomialización: Hacia la transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. Revista Margen. Edición N° 35
[Consultado 05 Mayo del 2014]
<http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Biblioteca Nacional De Chile : Historia del inicio de la Psiquiatría.
[Consultado 15 Noviembre del 2015]
<http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3502.html>
- Carballeda, Alfredo (2002). : Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación”. Revista Margen, edición N° 27. [Consultado 10 Mayo del 2014]
<http://www.margen.org/suscri/margen27/interve7.html>
- Carballeda, Alfredo (2001) : La Interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Revista Margen Edición N° 23.
[Consultado 05 Mayo del 2014]
<http://www.margen.org/suscri/numero23.html>

Carballeda, Alfredo Y Barberena, : Trabajo Social, Política Social y Salud. Revista
Mariano (1998). Margen.

[Consultado 11 Mayo del 2014]

<http://www.margen.org/catedras/apunte11.html>

De La Barra, Dra. Flora M., Dr. : Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y
Benjamín Vicente P., Dra. Sandra adolescentes en Chile. Estado actual. Santiago.
Saldivia B., Roberto Melipillán A. Chile. [Consultado 28 Noviembre del 2015]
(2012).

http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra-Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf

Diagnóstico Salud N.M.: Salud : Un desafío ineludible para la salud pública.
Mental [Consultado 20 Noviembre del 2015]

<http://www.medwave.cl/medios/eventos/NuevaMayoria/03CapituloSaludMental.pdf>

Errázuriz, Paula (2012) : Salud Mental en Chile: El pariente pobre del
Sistema de Salud

[Consultado 20 Noviembre del 215]

http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf

Martínez, Carolina (2002) El Muestreo en la Investigación Cualitativa.

[Consultado 25 Noviembre del 2015]

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>

- Servicio Nacional para la Prevención del consumo de drogas y alcohol- SENDA (2009-2018) : Estrategia Nacional de Alcohol y drogas. [Consultado 17 Junio del 2015] <http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Estrategia-Nacional-2009-2018.pdf>
- Jiménez, Álvaro, M. y Abrazúa, Marianella, C. (2014) : Las reformas que urgen. [Consultado 20 Junio del 2015] www.CIPERChileCIPERChileCentrodeInvestigacióneInformaciónPeriodística.mht
- Ministerio de Salud (2011) : Guía práctica de Consejería para Adolescentes. [Consultado 19 de Junio del 2015] <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
- Municipalidad de Lo Espejo (2013-2017) : Actualización Plan de Desarrollo Comunal de Lo Espejo, Chile, Ed. Municipalidad de Lo Espejo. [Consultado 19 Mayo del 2014] <http://transparencia.loespejo.cl/enero2014/Pladeco/Segundo%20informe-Diagnostico.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef. (1978) : Alma- Ata. Atención Primaria de Salud. [Consultado 24 de Agosto del 2015] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- Pérez Gloria S. (1994) : Investigación Cualitativa- Retos e Interrogantes. [Consultado 29 de Octubre del 2015] https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/gloria-perez-serrano_-cap-1-2.pdf

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF : Sesión Especial en favor de la Infancia.
[Consultado 29 de Octubre del 2015]
<http://www.unicef.org/spanish/specialsession/rights/in-action.htm>
- Organización Mundial de la Salud- OMS : Definición de Salud y Salud Mental.
[Consultado 16 de Octubre del 2015]
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Wikipedia (2009) : Definición de Salud y Salud Mental
[Consultado 11 Noviembre del 2014]
https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental

ANEXOS

ANEXO Nº 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
SALUD: completo estado de bienestar bio-psico-social y no la mera ausencia de la enfermedad.	SALUD: Es el bienestar integral del ser humano, en relación con la mente, cuerpo y contexto en el que se está inserto.	Ingreso	Dinero	Sueldo base Asignaciones familiares Previsión
			Especies	Casas Vestuario Educación Espacio físico Alimentos
		Factores emocionales	Vínculos emocionales primario	Amigos Familia
			Vínculos emocionales secundarios	Instituciones
INTERVENCIÓN: Proviene del término latino intervenio, que puede ser traducido como	INTERVENCIÓN: Intencionar en el sujeto de atención cuestionamientos para que este modifique la	Sujetos de atención	Seres humanos	Persona viva
		Situación que modificar	Problema diana	Conducta modificable que

<p>“venir entre” o “interponerse”. De ahí que “intervención” pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación”... “la intervención es un espacio, momento o lugar artificialmente constituido en tanto acción.”... “reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente su desnaturalización, entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella.</p>	<p>situación que lo aqueja.</p>	<p>Profesionales</p>	<p>Profesionales</p>	<p>perturba Trabajador Social, Psicólogo, Sociólogo, Terapeutas y Técnicos</p>
--	---------------------------------	----------------------	----------------------	---

ANEXO Nº 2
GUÍA DE ENTREVISTA

Presentación del entrevistado:

Profesión y cargo en la institución:

Tiempo que lleva trabajando en la institución:

Edad:

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?
2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?
3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?
4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión
5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?
6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?
7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?
8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?
9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?
10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

ANEXO N° 3

ENTREVISTAS

ENTREVISTADA 1

Profesión y cargo en la institución: Trabajadora Social- Encargada de Promoción de Salud y Participación Social a nivel comunal

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 6 años 1/2

Edad: 32 años

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

Bueno como Trabajadora Social tú tienes que responder todas las demandas que impliquen las determinantes sociales en salud, porque muchas personas llegan acá por enfermedades, cierto, entonces el modelo ya se cambia a un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, por lo tanto, cual es nuestra función acá, porque muchas veces llegan personas por una cierta enfermedad, patología, pero tienen un montón de causas que son sociales, por lo tanto tu no intervienes solamente la patología, sino más bien intervienes todo el contexto. Por ejemplo llega un niño que esta con problemas respiratorios tu no solamente atiendes la parte médica, que el niño se recupere de su tema respiratorio, sino que indagas en su contexto, su situación familiar, social, en qué contexto vive, si vive en una media agua donde entra viento por todos lados, obviamente que va a pasar enfermo el niño. Si los padres no tienen los recursos necesarios para habilitar ese espacio, ahí intervienes tú, ¿con qué? Con gestiones en el municipio, porque acá en salud tu rol, no tienes recursos, acá nosotros no entregamos subsidios, ningún tipo de prestaciones monetaria, sino netamente coordinación y gestión, entonces que se hace con ese caso, intervienes con el municipio, por ejemplo, con servicios generales ver la reparación del inmueble, del techo, las paredes, cosa que tengan una mejor calidad de vida, en cuanto al tema de la vivienda. Entonces como les digo intervienes en el sentido de la enfermedad pero considerando todas las causas que son sociales y eso tiene que ver con los determinantes sociales en salud (determinan a la población por vivir

en cierta comuna, por tener padres que tienen pocos estudios, del contexto de relaciones, por la comunidad, familia) todo este conjunto de cosas finalmente determina a la persona. Pero también tiene sus críticas, porque tú puedes decir que todo lo anteriormente señalado no necesariamente determina a la persona porque finalmente cada uno forja su propio destino, pero igual influye que tú nazcas en una comuna que sea vulnerable, que no tenga recursos suficientes, eso finalmente va afectando la salud. Entonces al trabajar en salud trabajas con la enfermedad pero también debes considerar el contexto familiar y social de la persona.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Acá se trabaja con ciertos programas, ciclos vitales (infantil, adolescente, adulto y adulto mayor) y también hay programas que son transversales, promoción y participación social, salud mental y odontológico.

Dentro de los ciclos vitales está el programa de la mujer y el de enfermedades de transmisión sexual y también VIH. Trabajamos el modelo de salud familiar por territorio, Julio Acuña tiene tres territorios y de acuerdo a los límites geográficos que establece el centro, eso no significa que la gente que viva fuera del territorio no pueda atenderse acá, el requisito es estar inscrito, porque éste es un centro de atención primaria no un centro de urgencia, el centro de urgencia los acepta a todos.

Entonces tenemos tres territorios, el verde, naranja y azul. Cada sector atiende a cierta cantidad de población, aprox. 28.000 mil inscritos... entonces el sector más grande es el sector naranja tiene alrededor de 12.000, el sector, el sector verde 10.000 y el resto es el azul que es el más pequeño.

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Yo creo que... más que nada... yo lo veo como el trabajo práctico y de sentido común también, porque tú puedes tener muchos ideales al momento de intervenir, o sea yo conozco muchos colegas que vienen con la idea de transformar todo, pero lamentablemente tú te tienes que regir por los parámetros que están establecidos desde ya, por mi experiencia universitaria yo no venía con esa visión, más bien con la visión netamente de investigar, yo no estude para trabajar en atención primaria, nunca me pasaron salud mental, nada de eso, lo mío esa netamente contribuir al estado del arte, entonces cuando llegue acá a la municipalidad primero y después al centro de salud, te das cuenta de que muchas de las cosas tu actúas como desde el punto de vista del sentido común pero también agregas campo técnico, ahora si me dicen el deber ser yo creo que acá debes considerar la realidad local más que el deber ser como profesional, además, que cada familia es distinta, entonces si se preguntan si puedes tener el componente teórico, pero te tienes que adecuar a la institución y a la realidad local, finalmente es una mezcla. Por lo tanto, no puedes tener una visión binaria porque cuando dices, “tú eres trabajador social o asistente social”, para mi es una mirada completamente binaria y nosotros por lógica no estamos en la lógica del “o” no somos asistencialistas o xxxxx estamos en la lógica del “y” donde trabajamos en forma complementaria donde puede ser asistencialista pero a la vez promover. Yo he sido muchas criticada por este pensamiento a mi lo que me gusta es que cuando tu intervienes es una familia tienes que realizar una derivación completa y efectiva, a que me refiero, muchas veces pueden decir... otros colegas... a nosotros no vemos temas de municipio, yo si lo veo... por qué? Porque mucha gente llega a ti a preguntar... sabe que necesito hacer un trámite y si van al municipio sin saber nada, que van a hacer en el municipio... los van a devolver a la casa, entonces que tienes que hacer tu en este caso una derivación correcta, efectiva, hacer el contacto porque si la persona llega a la municipalidad y no tiene solución, nuevamente lo tendrás acá, entonces yo

trabajo bajo la lógica del “y”, existen pobres y también existen ricos, yo no tengo esa visión binaria que una cosa o la otra.

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

No, más que nada existen espacios de catarsis, nosotros tenemos reuniones de estamento. Realizamos reuniones de cabecera en donde se analizan los casos clínicos, hay reuniones de sectores en donde te reúnes con los profesionales, técnicos, administrativos y también tenemos reuniones de estamento, sólo trabajadores sociales o psicólogos eso... Estas reuniones de estamentos es una vez al mes, donde principalmente es un espacio que se utiliza para saber si estamos trabajando bien, de la misma forma para que sea un mismo criterio, uniforme a la hora de intervenir, porque por ejemplo no es bueno que un sector aplique visita domiciliaria a todos los postrados el otro sector no, entonces se produce un desequilibrio cuando la idea es que los sectores trabajemos enfocados en brindar una buena atención a los usuarios.

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

Sí, tengo un diplomado de alcohol y drogas, personalmente a mí me costó mucho entender cuál era mi rol ahí, porque yo por formación nunca vi el tema de salud mental y no entendía nada, cuando llegue acá, a la atención primaria tenía que ver salud mental si no era psicólogo, no lo entendía y de hecho después pude darle un sentido, en el sentido social, como tu intervienes en el área de salud mental desde lo social, no invadiendo el área de la psicóloga, por ejemplo: de conocerte todos los medicamentos, dar diagnósticos, eso a nosotros no nos compete. Otro ejemplo es si llega un persona con depresión que está en el AUGE yo no me voy a estar metiendo en su historia de vida que me cuente que le paso... si, quizás para tener un antecedente, una anamnesis, pero si yo busco lo real de oferta programática existente en la comuna, si está deprimida porque está encerrada en su casa le busco talleres de la casa de mujer, opciones

laborales, eso en la parte social, pero si tú me dices colegas que se manejan en todo respecto de los medicamentos y eso a mí no me compete, debo reconocer que a mí no me gustaba mucho esa área pero igual lo veía.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Lamentablemente nosotros, por nuestra cultura occidental tenemos como internalizado que la etapa de la adolescencia es difícil y complicada pero eso no es en todas las culturas eso va a depender de lo que nosotros estemos trabajando y como nosotros veamos el mundo de los adolescentes, que son malos, promiscuos etc.

Pero yo creo que mucho tema de salud mental llega acá por alcohol y drogas y ustedes saben el consumo es perjudicial. Hoy llegan niños con déficit atencional y existen estudios que el déficit atencional no existe que fue creado por un psiquiatra, y que en algún minuto dijo antes de morir dijo que eso no existía y que era para medicar a los niños, entonces eso es parte, llegan los adolescentes en el de salud mental, alcohol, drogas, déficit atencional y algún trastorno que pueda estar relacionado con algún tema psiquiátrico, por ejemplo el primer brote de esquizofrenia se envía a nivel secundario... tenemos en la comuna el CESAM (centro especializado en salud mental).

Acá existe un programa del adolescente como les explicaba trabajamos con los ciclos vitales y el programa de adolescente que funciona en horario para adolescente, después de las 5 de la tarde, existe un equipo conformado por: psicólogo, matrona, medico, nutricionista, dentista, trabajador social... entonces ellos aplican una ficha que se llama "Ficha CLAPS" (examen de medicina preventiva), allí toman todos los antecedentes del adolescente, tiene dos partes; la primera es psicosocial y la segunda es más biomédica, entonces ahí tú vas viendo cuales son las problemáticas, igual han existido casos de anorexia, bulimia y además existe una consultoría que es solo para adolescente de los casos de "vida nueva". Dentro de la red SENAME está el equipo de gestión de

casos que ellos llegan del programa 24Horas, que son todos los adolescentes que han tenido conflictos con la ley o que han tenido algún tipo de vulneración llegan a este equipo de gestión de casos y se presentan en las consultorías vida nueva y ahí participa toda la red de SENAME y Salud, pero no participa la red de Educación.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

Sistémico, todo el rato.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

Si, en el fondo también es una crítica, porque no es que le vayas a entregar las herramientas a las personas, también existe un proceso reflexivo en ellos, tú tienes que buscar como apoyar finalmente sus procesos y en eso me he dado cuenta que ja sido bastante porque tu muestras la red, todas las opciones que se puedan realizar con la familia, ahora entendiendo que este es un proceso cíclico, las familias pueden estar bien en un minuto, pero después cualquier crisis vuelven otra vez con conflicto, no es que la persona haya salido del problema y todo tranquilo.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Nosotros estamos con el modelo de salud familiar y por formación es el que tenemos mayor conocimiento en el tema de salud familiar y entonces es uno de

los que establece más vínculo, a mí me ha pasado personalmente cuando estábamos en el equipo, porque tú en el equipo tienes nutricionistas, médico, psicólogo, dentista, matrona, enfermera y a mí me pasaba que era la primera que establecía el vínculo con la familia o la persona, por lo tanto, eres la que entrega mayor antecedentes. Los trabajadores sociales son los que ven todas las visitas, entonces, son los que tienen mayor posibilidad de adquirir, ya sea como en qué contexto vive, con quien se relaciona, por tanto, tú vas entregando los datos para que también se vayan haciendo las intervenciones en conjunto con el equipo.

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

Yo creo que acá es fundamental, también, la visita domiciliaria, cuando vas y conoces el contexto en el que vive, el entorno, y con quien se relaciona, eso te va diciendo mucho, de hecho en algún minuto acá se quiere hacer estos mapas epidemiológicos, mapas de oportunidades también, por territorio, cosa que tu sepas que de acuerdo a donde vive la persona tengas el antecedente, que hay factores de riesgo asociados u que influyen en su desempeño familiar en todo su entorno y eso está en el modelo de salud familiar. Entonces una de las cosas, lo primero es conocer y manejar el territorio y eso como lo conoces... con visitas domiciliarias... no les puedo decir que acá se hagan muchas educaciones porque se hacen educaciones por ejemplo: en los talleres de Chile Crece Contigo, del trabajo comunitario con colegios, pero no es como a la familia, a menos que se firme un consentimiento informado para hacer un estudio de familia donde ahí ya existe una intervención más personalizada, pero no te da mucho tiempo para hacer el estudio de familia a todos son al redero de 3.500 familias o más por sector.

ENTREVISTADA 2

Profesión y cargo en la institución: Trabajadora Social y Encargada de Promoción de la Salud, Participación Social, Salud Intercultural y Asistente Tratante

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 3 años

Edad: 28 años

Preguntas

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

Los CESFAM estamos divididos por sectores territoriales. Por lo tanto, cada sector territorial corresponde a un territorio. El territorio en particular que corresponde a este sector tienen un equipo multidisciplinario el cual consta de: médicos, asistentes sociales, nutricionistas, psicólogo, kinesiólogo, por lo tanto, nosotros formamos parte de los equipos bio-psicosociales, que más que nada tienen que ver con el enfoque de atención bio-psicosocial, por lo tanto, que se entienda la enfermedad de una persona en base a la consecuencia de un ambiente y contexto en el cual se desarrolla y vincula, por tanto, la función, acá, principalmente es formar parte del equipo bio-psicosocial con esta mirada integral y ahí nosotros formamos parte del área de salud mental y del área más social de los casos propiamente tal del sector.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Visitas domiciliarias a familias de riesgo, mujeres embarazadas con riesgo, niños con riesgo, retraso en los desarrollos psicomotores, problemas de apego con las mamás, de alguna forma el tema de visita domiciliarias todo lo que tuviera que ver con alguna vulnerabilidad social en todo el ciclo vital (niño, adolescente, adulto, adulto mayor). Atención de salud mental para todo el ciclo vital (infantil, adolescente, adulto y adulto mayor)... eso es como lo principal.... Es hartito... tiene que ver con todas las variables de dificultades que puedan aparecer...

finalmente la atención en los Centros de Salud es netamente asistencial... no voy a mentir en eso.

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Yo creo que cuando uno trabaja siempre tienen que ver con un rol de compromiso en base a las tareas de la institución y a pesar de que exista un deber ser hay otras funciones que a veces priman más, y que tienen que ver con tu empleador y con las funciones y lineamientos que tengan cada uno de estos trabajos, por lo tanto, uno tiene la ideología y el concepto por el cual tu pudieras trabajar, pero lamentablemente, eso tú lo puedes flexibilizar con tu formación pero al fin del día tienes que cumplir con lo que te pida la institución.

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

Nosotros lo que hacemos es que tenemos reuniones mensuales por estamento. El estamento de los Trabajadores Sociales a nivel comunal nos reunimos una vez por mes, entonces nos reunimos todos los colegas, y ahí es nuestro espacio de reflexión para de alguna forma... hacernos más la profesión y poder hacer esta reflexión importante para traerla a discusión a nuestro CESFAM, nos reunimos una vez por mes.

LIDIA: una consulta, ¿esas reflexiones tienen que ver las bien con el rol de las tareas específicas o tienen que ver con una política pública?

No. Tienen que ver con el rol particular del Trabajador Social al interior del CESFAM.

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

La formación que entrega la universidad y luego de todas maneras los centros de salud tienen planes de capacitación comunal anual y ahí uno se va incorporando a las diferentes capacitaciones, pero efectivamente tienes que pelear el cupo de capacitación porque tienes que ser de planta, tienes que tener carrera funcionaria y tienes que tener años de antigüedad para formar parte de las capacitaciones, por lo tanto, no es tan fácil.

Liliana: perdón... ¿eso quiere decir que siempre son las mismas personas que forman parte de este plan de capacitación?

Por lo general siempre nos vemos las mismas personas, es decir, si llega un nuevo profesional, que necesite ir actualizando el conocimiento, siempre quien va a tener la prioridad va a ser el trabajador social titular, de mayor antigüedad, que sea primero de planta o que tenga mayor antigüedad y de acuerdo al nivel de capacitación que tenga y luego, al final van quedando los plazos fijos y las personas nuevas con a lo menos, un año de antigüedad para participar de las capacitaciones porque el tema es que como son por lo general, capacitaciones que financia el servicio de salud finalmente lo que se pretende es que las capacitaciones queden en el área, en el sector público y queden con los profesionales acá, por lo tanto, que de alguna forma demuestren el compromiso en mantener y aplicar ese conocimiento en este sector.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Mira... me carga el área del adolescente... debo decirlo...no me gusta trabajar con adolescentes... no se algo me sucede... pero particularmente acá, como no me gusta, y debo asumirlo, yo sólo me centro en el rol más institucional de lo que debo hacer, que son las evaluaciones de riesgo psicosocial a los chiquillos, evaluaciones en las fichas CLAPS, ahí es como el rol particular, también está el enfoque sistémico el ciclo vital del adolescente y el enfoque sistémico tú lo vas vinculando pero hasta ahí nomás... debo decirlo.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

No. Depende de cada uno de los casos, uno va de alguna forma.... Eso está de alguna forma protocolizado en los centros de salud, en la atención primaria todo esta protocolizado, desde que entras hasta que sales, cada uno de las atenciones pero eso no es algo que este protocolizado. Por lo general, en la atención psicosocial uno va atendiendo y aplicando modelos de acuerdo a cada realidad, por ejemplo: si estas con una persona descompensada, utilizas el modelo de intervención en crisis... me entienden...ahí uno va modificando de acuerdo a cada caso y depende de cada profesional también, y de la formación que tenga cada uno de ellos, entonces, ahí pueden haber diferencias y es por eso que uno se encuentra con diferencias abismantes.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

Uno acá trabaja más que nada con el modelo de promoción de la salud, es decir, que es más preventivo, por lo tanto, uno trabaja en base a ese enfoque, que tiene que ver con prevenir ciertas situaciones, pero lamentablemente, la política pública de este país no es hecha para la prevención, sino más bien, para la reparación, entonces que es lo que sucede es que el modelo de atención de salud familiar con enfoque de promoción de participación social y trabajo comunitario no tienen nada que ver con la realidad, porque lo que se hace en un centro de salud es reparar situaciones y nosotros podemos tener un tema de disposición financiera de recurso humano, tú haces actividades de promoción, uno lo intenta desde el ámbito comunitario, más familia, pero finalmente, no es real, porque no es la realidad. Entonces el modelo nos dice, una cosa y la práctica es otra y es por eso que finalmente después, al final de cuentas seguimos siendo consultorio y no centro de salud familiar. Entonces el impacto yo te diría que no se logra visualizar y lamentablemente a pesar de que todos los

que trabajamos acá sabemos lo que dice el modelo, cuales son los lineamientos y el objetivo del modelo... en este caso yo te diría que el enfoque biomédico prima por sobre el enfoque bio-sicosocial, entonces, por lo tanto, tener un médico que tenga un enfoque bio-sicosocial, a no ser que venga de Cuba es imposible, tienes que andar con favores. Quienes tienen el enfoque en el área psicosocial son el psicólogo, trabajador social, el resto es pelear contra la corriente para que puedan hacer actividades de promoción, educación, salir a la calle, actividades en terreno, no se entiende, porque lo que hay que hacer es palear la enfermedad que la tenemos acá.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Eso es como súper importante, porque como las carreras más biomédicas no tienen ningún tipo de formación desde el ámbito más comunitario, el trabajador social es el que lo suple todo, aquí no tienen idea de derivación, denuncia etc.

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

El valor que le atribuyo a mis estrategias son la capacidad de trabajar en equipo y la posibilidad de generar análisis en conjunto con el equipo multidisciplinario, en donde nuestra pega es de gran valor para el ejercicio del trabajo diario.

ENTREVISTADA 3

Profesión y cargo en la institución: Asistente Social tratante. Parte del equipo de calidad y acreditación del establecimiento.

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 28 años

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

En este modelo biopsicosocial, el trabajo social tiene mayores y mejores posibilidades de desarrollo. En la práctica se trabaja prácticamente con todos los programas desde el área diagnóstica, para efectos de evaluar los riesgos psicosociales de los usuarios, y desde el área de la intervención en caso que lo amerite, en particular trabaja más específicamente en el área de salud mental y del programas ChCC, independiente de esto cualquier profesional puede derivar a TS a cualquier usuario que desde su perspectiva requiera atención. También acoge espontáneamente demandas de los usuarios. Es posible trabajar con grupos de usuarios (grupos de autoayuda) y generalmente se encuentra del programa de promoción y participación social

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Las señaladas en forma precedente, a excepción del trabajo comunitario que se encuentra a cargo de otra colega, en este momento estoy dedicada al área de calidad y acreditación del establecimiento y a la atención de usuarios con efectos diagnósticos y/o intervención. Pretendo formar un grupo, pero esa es una actividad que siempre ha costado implementar en este establecimiento, principalmente porque los usuarios no valoran las actividades grupales, sólo las individuales y de tipo asistencial.

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

El eterno problema del rol...ha habido distintas interpretaciones de cuál es el tipo de rol que debemos ejercer... desde la "Visitadora social " hasta los "trabajadores sociales" de la actualidad". Personalmente ya deje de cuestionar el tema porque creo que somos una profesión que debe apuntar al desarrollo del hombre desde una perspectiva humana, social y comunitaria, pero eso se puede hacer desde muchos ámbitos

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

No. Sólo recientemente estamos empezando a juntarnos los TS del área de salud de la comuna pero cómo toda etapa inicial estamos enfrentando el quehacer y los temas cotidianos.

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

Sí, distintas capacitaciones pero no a nivel de post grado.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Todos los procesos relacionados con el desarrollo emocional y psicológico del adolescente, considerando todos los factores que se vinculan positiva o negativamente a este desarrollo, ya sea desde el área biológica, familiar, social, etc.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

En realidad nunca hemos discutido "el modelo" yo creo que en la práctica se es más ecléctico, no te limitas a un modelo específico

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

No, es difícil visualizar el impacto en salud, en lo cotidiano. Ya que este es un tema que está cruzado por muchos factores sobre los cuales no tenemos ningún

grado de control. Incluso cuando trabajamos con indicadores a este nivel suelen ser más de proceso que de impacto.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Yo creo que aporta la mirada “no médica” desde el diagnóstico y la intervención de las situaciones que enfrentamos, los TS, por formación, tienen una mirada mucho más integral que el resto de las profesiones y dentro de este modelo es algo imprescindible. Además cuenta con mayor formación en las áreas de grupo y trabajo comunitario que desde hace un tiempo es un foco relevante de desarrollo en la AP y el área de salud en general. Aunque no es exclusivo de los TS, el trabajo interdisciplinario posibilita que desarrolles tareas que no son propias del estamento pero que aportan al funcionamiento del establecimiento, como estar encargados del programa, o ser parte de los equipos de capacitación, calidad.

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

Creo que son necesarias pero insuficientes dado el contexto general de nuestra población.

ENTREVISTADA N° 4

Profesión y cargo en la institución: Asistente Social tratante. Parte del equipo de calidad y acreditación del establecimiento.

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 1 año ½

Edad: 47 años

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

Asistente Social, una profesional más dentro del equipo, compuesto por médico, enfermera, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, hay un técnico en rehabilitación también y la idea es desde la perspectiva del Trabajo Social aportar aquellos antecedentes a los profesionales que no son capaces de rescatar, por las habilidades y competencias que tenemos como entrevistadores y poder diagnosticar a la familia..... Como en esa línea..... obviamente tener una visión más amplia y globalizada del usuario como recién lo hablábamos... sólo en salud, desde el punto de vista biomédico hoy en día tiene otros componentes las enfermedades también tienen un enraizamiento, historia familiar, historia personal y eso es como.... Está todo enraizado.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Haber.... Yo en lo personal colaboro en los cuatro programas del Centro de Salud, que son Programa del adulto, Programa de la mujer, Infancia y Adolescencia y Adulto Mayor. En el fondo la edad cronológica está dividida en los cuatro grupos, desde la infancia hasta el adulto, con intervenciones distintas digamos. Por ejemplo la parte de la infancia tomamos desde el embarazo hasta el niño, haciendo un diagnóstico social de los factores de riesgo que podrían incidir en el bienestar y/o problemática de la infancia. En el adolescente en lo personal yo estoy en la aplicación de las fichas CLAP, que son instrumentos que

se aplican, en horarios protegidos, fuera del horario de trabajo con adolescentes, y es un control sano en donde tu mides el área familiar, mental y personal y además el área física, en donde nosotros como Trabajadores Sociales medimos la primera etapa que es la personal y familiar y cooperamos con eso.... Y en caso de encontrar algo que signifique algún problema o riesgo los dejamos anclados al CESFAM en horario de atención a nutrición, vida sana o algún otro programa.

En el adulto mayor trabajamos en lo que es el diagnóstico de las situaciones problemáticas del adulto, apoyo en términos en que las personas estén con problemas cardiológicos como el fuerte nuestro, orientación en cuanto a los beneficios sociales, pensión, obtención de subsidios y todo el asunto... y además, en la parte comunitaria, que yo no lo hago directamente, pero coopero con la Conny, en lo que es la participación social que es el Consejo del Desarrollo Local, en lo que es el Trabajo Comunitario con Organizaciones Sociales y en promoción de salud y calidad de vida.... Es mucho trabajo.... Y en el Adulto mayor tiene que ver con orientación para el tema que son pensiones, muchas veces el tema de protección para adultos mayores que están en situación de abandono o de descuido por parte de la familia o lamentablemente en algunas oportunidades gestionar la internación de estos adultos en hogares o institucionalizarlos a través de tribunales.

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Mira... yo creo en lo personal que tiene que ver con que tú definitivamente amas lo que haces, porque la verdad yo he conocido montones de colegas nuevos, cabritos y también gente de más edad, y la verdad en la medida que te vas enamorando te sientes como parte fundamental. Esto tiene que ver con tus propias características personales como profesional, además, de verdad.... O sea derechamente si no te gusta no da trabajar en salud.... Porque salud es mucho, además hemos tenido que validarnos los Trabajadores Sociales....

Piensen ustedes que somos una profesión anexa a la salud, entonces, hemos ido ganándonos el territorio y hoy día yo creo que para nadie que trabaje en salud es factible pensar que puede prescindir del trabajo nuestro.... Y la capacidad de irte descubriendo y sumándote... y claro de repente nos topamos con gente que nos dice “a mí no me toca hacer esto”... y en verdad si estas en esa postura...no... no se avanza en nada...

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

Tiene que ver... como les dije con el ciclo vital... como estamos validados, nosotros somos la piedra angular para el diagnóstico social de cada uno de los usuarios... somos piedra angular por ejemplo para el mapa de factores de riesgo sociales porque la información radica, principalmente, en nosotros, ahí definimos la situación de riesgo del usuario y eventualmente en situaciones entre comillas urgencia por qué entre comillas... porque no debíamos atender urgencias pero ahora mismo había una señora con problemas de salud mental la psicóloga no estaba disponible y me preguntaban a mí... oye que podemos hacer?, está en el AUGÉ?, a donde la derivamos?... además yo tengo hartos años en salud... entonces me manejo un poco en el tema.

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

Mira yo te diría que unos de las principales falencias que tenemos como profesión es que somos pésimos para registrar y registrar nuestras experiencias y además, como siempre estamos a full, existe poco tiempo para juntarnos. Como estamento te diría que es un poco difícil... recién te diría que este año se está validando el espacio en que los cuatro centros los trabajadores sociales nos estamos juntando para homogenizar, también, la intervención nuestra. Cada centro de repente tiene sus propias estrategias de intervención... nosotros tenemos un espacio generado para los trabajadores sociales que es una vez al mes.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Harto poh... de todos los años que he ido a capacitación y además como diez años fui encargada Comunal en Salud Mental entonces...

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

Mira.... La verdad es que hoy en día más que modelo de intervención, en lo que es intervención, estamos basados en lo que son las políticas sociales y las orientaciones ministeriales, respecto de los que son los distintos programas en salud mental... por ejemplo el manejo de la depresión que tiene un procedimiento que no puedes infringir porque... en el fondo no estaría garantizado como una patología AUGE. Hoy es un procedimiento en donde te indica que tienes que seguirlo, así como en eso la gran mayoría de los programas todos están orientados como normativa del ministerio.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

Mira, en el programa adolescentes yo te diría que recién, hoy día en estos días estamos notando a través de la aplicación de los espacios protegidos para adolescentes, fuera de los horarios, con las fichas CLAPS, estamos validando un poco a los adolescentes, en donde ésta población es un poco difícil de validar, porque nunca se sienten que están enfermos y que son irreverentes a todo... lo bueno es que vienen de manera voluntaria. Ahora les diría que es recién como un aprendizaje de lo que debiéramos trabajar con adolescentes, porque los horarios de funcionamiento de ellos difieren de los horarios de funcionamiento nuestros, por lo que se atiende en horario adolescentes después de las 5 de la tarde. Los jóvenes se juntan los días sábados en la tarde, hacen batucadas,

nosotros a veces no participamos, pero si a través de Promoción se hacen algunos acercamientos... ahora todo radica en las normas de salud... está más que claro que también tenemos que considerar que esta la Oficina de la Juventud o la Infancia de la Municipalidad que hace estrategia y protege y que nosotros de alguna forma colaboramos... nosotros no somos los dueños de la pelota... somos parte del equipo.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

La visita domiciliaria, salimos hartos, andamos en terrero y eso es propio nuestro, creo que es lo que nos distingue del resto del equipo.

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

Estoy enamorada de mi profesión encuentro que ayudamos mucho a la gente a que salga adelante, con todos nuestros conocimientos y en conjunto al equipo de trabajo eso es posible.

ENTREVISTADA N° 5

Profesión y cargo en la institución: Trabajadora Social- Trabajadora Social tratante.

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 2 ½ años

Edad: 35 años

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

“La función que desempeño como trabajadora social tiene que ver con recepcionar y atender derivaciones de los distintos dispositivos de la red que tienen que ver con situaciones de salud mental de los jóvenes de la comuna de Lo Espejo”.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Trabajo multidisciplinario:

“Realizo acompañamiento familiar en los distintos momentos que atraviesa el tratamiento de los/as jóvenes, además de acompañar a las familias ya sea por un contacto con ellos o por derivaciones específicas de algún profesional”.

Atención a distintos tipos de demandas, espontáneas, directa o derivadas.

Orientación familiar, participar en grupos de psicoeducación comunitaria, seguimiento familiar, trabajo en red, trabajo en prevención sobre la temática de violencia.

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Desde mi punto de vista, el rol que desempeño se intenta realizar desde el rol ideal sin embargo, por la cantidad de trabajo y actividades diarias tengo que

limitarme a realizar el rol del deber ser, para así cumplir con las metas propuestas y con eso alcanzar a tener al día mis quehaceres.

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

El momento que se tiene para la reflexión son las reuniones técnicas del equipo multidisciplinario, las que se realizan una vez por semana, donde se puede discutir o conversar los distintos temas que aquejan al equipo o al contexto donde se interviene.

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

Si...algunas capacitaciones en mis antiguos trabajos que también han sido en CESFAM, básicamente introductorias al tema.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Salud mental con adolescentes es trabajar con parte de la familia en una etapa que no solo indica el ciclo vital del adolescente sino también el ciclo vital de la familia como lidian con adolescentes padres por ejemplo, por tanto la salud mental con adolescente la entiendo desde la familia.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

Si...se utiliza el modelo sistémico ya que permite ver a la familia en su integridad, atendiendo demandas de todo su entorno familiar del joven.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

Si, logro verlo ya que al intervenir con un integrante de la familia se logra observar los cambios significativos dentro del sistema, incluso a veces los

jóvenes no participan del proceso, se trabaja con los padres para que estos los motiven al tratamiento y éste adhiera.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Especificidad profesional:

“Me parece que es un aporte de una disciplina específica, que sí tiene muchas herramientas desde lo práctico,... el aporte de una disciplina científica.”

Contextualización del abordaje familiar:

“Una perspectiva y una mirada que ayuda a comprender la realidad de una problemática X, del trabajo con familias.”

Perspectiva integral de las personas:

“Implica también una mirada integral de las personas, y creo que ese esfuerzo por la mirada integral, por la recuperación de la salud, por el entender a los padres, con qué llegan y cómo llegan y empezar a trabajar desde eso ¿no?”

Rol profesional en el equipo multidisciplinario:

“Me parece que son disciplinas distintas, que sí hay y depende de la apertura de todos de construirlo entre todos, tiene que haber el espacio del diálogo, de revisar el caso... nosotros no trabajamos acá sin la complejidad.”

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

El valor que le atribuyo es que... podrían ser más pero por el tiempo y la cantidad de carga laboral se hace casi imposible ya que la cantidad de casos que tenemos a diario no nos permiten generar espacios de mayor profundización que requiere cada familia, nosotros somos operadores de políticas públicas y en esta oportunidad, como muchas otras, están mal diseñadas ya que se debiera invertir en prevención más que en la intervención.

ENTREVISTADA N° 6

**Profesión y cargo en la institución: Trabajadora Social- Trabajadora Social
Tratante**

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 4 años

Edad: 33

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

La función que realizo en el CESFAM, tiene que ver con acompañamiento familiar del joven en donde el psicólogo realiza psicoterapia y yo apoyo las gestiones con redes de la comunidad.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Orientación familiar: “Orientación familiar, cuando hay una dificultad más a nivel vincular, sin llegar a hacer una terapia porque no nos habilita nuestro título.”

Seguimiento familiar: seguimiento de las distintas situaciones.

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Me parece que el rol del trabajador social en la actualidad está avanzando hacia el rol ideal de la profesión ya que con las distintas políticas públicas impartidas por el Estado las cuales están enfocadas a intervención se logran ir observando en los programas de salud mental sin obviar las responsabilidades de la institución que se nos imponen, por tanto mi rol se acercaría más al deber ser que al ideal.

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

Reunión de equipo interdisciplinario:

“El espacio... tenemos las reuniones de equipo, que se programan a principio de año,... en donde estamos todos los profesionales o la mayor parte.”

Reunión de equipo informativa:

“Las reuniones de equipo, donde se trabaja lo administrativo o si hay determinadas directivas para todos.”

Reunión de capacitación profesional:

“Están combinadas con bibliográficas, y en algunas fechas están destinadas para trabajo social ... donde sí tenemos la posibilidad de sentarnos, de estudiar, de armar determinados temas específicos del Trabajo Social y se exponen al resto del equipo.”

Supervisión:

“Tenemos el espacio de supervisión, yo por ejemplo superviso con S., pero podemos supervisar, si queremos, con psicólogos o con psiquiatras.”

Reunión de equipo de intervención por caso:

“En el abordaje de cada caso, en general, cuando uno tiene tiempo y por ahí es lo ideal,... hay reuniones de equipo pequeñas con los profesionales que intervienen en las distintas situaciones y ahí volvemos a pensar en los objetivos de su trabajo.”

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

No, sólo de la Universidad

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Entiendo por salud mental adolescente como los procesos psicológicos en que pasa el ser humano entre los 10 y 19 años de edad, donde se ven afectados por una serie de cambios emocionales y psíquicos que afectan su vida.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

Si, utilizo el modelo centrado en la tarea, ya que el sujeto de atención debe traer el problema visualizado, por tanto se trabaja con tareas específicas para cambiar la conducta que le está aquejando.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

Si... si logro visualizar el impacto de la intervención ya que al asignarle tareas concretas se muestra si son efectivas o no, en el caso que no se vuelven a generar nuevas estrategias con nuevas tareas hasta que se resuelve la situación que generó el problema.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Intervención contextualizada:

“Nosotros creo que lo que no perdemos nunca es como esta mirada más del contexto. No sólo... me refiero al contexto familiar, al contexto más inmediato y al más mediato. Nosotros siempre contextualizamos a la persona con la cual estamos trabajando... Nosotros como que no perdemos esta mirada para entender el porqué de determinados síntomas,... para mí toda situación responde al contexto.”

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

Le atribuyo valor a las estrategias de intervención que utilizo ya que son las que me han dado los frutos esperados en relación a las problemáticas con las que se

trabaja. De este modo y acorde a las políticas de Estado operantes es la mejor forma de generar un trabajo estable donde se logre equilibrar la carga laboral versus tiempo.

ENTREVISTA N° 7

Profesión y cargo en la institución: Trabajadora Social- Encargada de Promoción de la Salud

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 6 años

Edad: 32 años

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

Mi función en el CESFAM es coordinar las tareas del equipo en cuanto a los procesos de intervención que llevan con los sujetos y las familias. Además de supervisar todo el movimiento técnico que se da al interior del equipo.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Diferencia dos visiones que conforman su rol: “el aspecto de conducción ejercido por un trabajador social, y otro aspecto que tiene que ver con la tarea concreta de los trabajadores sociales que están realizando el desempeño profesional en la institución”.

Tareas desde la conducción de la institución ejercida por una trabajadora social:

Mirada integral aportada por Trabajo Social en la conducción institucional:

“Es importante que un trabajador social dirija una institución de este estilo ya que nosotros tenemos una mirada integral de la problemática de los sujetos.”

Nutrir a la institución de distintos profesionales:

“Nutrir de profesionales de las distintas disciplinas, esto es hablado del aspecto de la conducción, para armar una institución con personal propio.”

Nutrir de profesionales al Área de Trabajo Social

“Mi preocupación fue nutrir en todo caso con mayor cantidad de profesionales el área de Trabajo Social.”

Armar un manual de prácticas y procedimiento:

“Armar un manual de prácticas y procedimiento, cómo íbamos a trabajar, modificamos totalmente la forma de trabajo de la admisión de los pacientes a la institución, dándole una mirada más social.”

Garantizar las reuniones de equipo.

“Además de muchas otras tareas por supuesto que tienen que ver con la conducción de una institución o sea, garantizar las reuniones de equipo.”

Atender las demandas del personal:

“Atender las distintas demandas que puedan surgir... del personal.”

Atender las demandas de los pacientes y de sus familias:

“Atender las distintas demandas que puedan surgir... sino también de los pacientes o de sus familias.”

Que Trabajo Social participe de la intervención interdisciplinaria:

“La trabajadora social tenía que participar desde el inicio de la admisión del chico y su familia a la institución colaborando con la estrategia de intervención junto con el psiquiatra y junto con el psicólogo.”

Hacer anualmente una jornada institucional:

“Todos los años nosotros hacemos una jornada institucional de cuatro días en el mes de febrero, donde reevaluamos todo lo que hacemos, eso al año siguiente modificamos.”

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Rol ideal condicionado por la institución:

“No sé el deber ser, porque eso depende de cada institución, depende me parece..., la habilidad que tenemos los trabajadores sociales en avanzar cuando se puede, cuando la institución lo posibilita,... te lo permite,... y de replegarse cuando las cosas cambiaron... porque nos formamos en análisis institucional.”

Rol ideal condicionado por las circunstancias:

Es como demasiado fuerte plantear el deber ser de la función, porque depende de las circunstancias.”

Rol ideal como rol que los trabajadores sociales tienen de sí mismos:

“Tenemos que hacer un análisis coyuntural de cómo está la institución,... entonces, yo no podría decir esto es lo que se debe hacer, esto es lo posible.”

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

Reunión de equipo interdisciplinaria semanal:

“El espacio de reflexión lo tenemos todos los jueves en una reunión de equipo,... donde participamos todos,... eso sería un espacio común,... con participación de las distintas disciplinas o de un trabajo interdisciplinario.”

Reunión de equipo disciplinaria:

“Después tenemos otro espacio, espacio digamos de la disciplina, que es coordinado por mí con la presencia de los trabajadores sociales, donde discutimos las estrategias de intervención diferentes.”

Espacio de supervisión de casos disciplinaria:

“Otro espacio es la supervisión concreta de casos..., cuando tiene alguno de los trabajadores sociales o algún problema, alguna dificultad, una necesidad de supervisar un caso o una familia, y eso me piden a mí la supervisión.”

Jornada de reflexión institucional anual:

Tenemos otro momento anual, que es... la jornada de reflexión,... no atendemos pacientes durante cuatro días en el mes de febrero. Eso lo establecemos... como una dinámica ya institucional en donde trabajamos en la interdisciplina y en la disciplina, es decir, se elaboran todos los proyectos para el año.”

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

Si... cuando realice mi magister en Trabajo social, tuve módulos relacionados con salud mental, tanto con jóvenes como con adultos.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Muchooo, es súper amplio porque es un trabajo arduo, los chiquillos son difíciles de tratar, entonces hay que hacer una trabajo con pinzas.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

El modelo que se utiliza es el sistémico ya que se observa a la familia como un sistema donde se interviene con todos los integrantes de la familia para así lograr la homeostasis total.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

Si, con los años que llevo trabajando en el CESFAM del 100% de los usuarios el 80% egresan con un 100% de logro según plan de intervención el otro 20% desertan del programa por motivos relacionados con el contexto.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Rol profesional en el equipo multidisciplinario:

“Mostrando cuál es la participación del Trabajo Social en todas las áreas, en todos los dispositivos, ... no podría decir que hay un aporte específico sino que

está incluido ..., ya sea preventivo o clínico-asistencial ... creo que ... el requerimiento del resto de las disciplinas hacia la carrera nuestra me parece que es lo más valioso que se ha logrado.”

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

El valor que le atribuyo a nuestro trabajo es positivo ya que ha dado respuestas oportunas cuando se ha requerido, lo que si falta tiempo para realizar mayores gestiones con las familias y también tiempo para reflexionar nuestro quehacer como trabajador social o como operadores de una política pública.

ENTREVISTADA N° 8

Profesión y cargo en la institución: Trabajadora Social- Encargada de Promoción y Participación Social.

Tiempo que lleva trabajando en la institución: 5 años

Edad: 36

Preguntas:

1. ¿Cuál es la función del Trabajo Social en el CESFAM?

Es realizar ingresos al programa de salud mental, y realizar traspaso de información al equipo multidisciplinario, además de evaluar el perfil de los sujetos de atención.

2. ¿Me podría comentar acerca de las tareas específicas que desempeña como trabajador social en la institución?

Participar en las entrevistas de ingreso:

“Las tareas que desempeño como trabajadora social van desde el proceso de ingreso.”

Trabajo en equipo interdisciplinario:

“Hacemos las entrevistas en forma interdisciplinaria con otra colega de psicología o de psiquiatría.”

Coordinar talleres para padres:

“También llevamos adelante los talleres para padres, que forman parte del proceso de admisión. Nos toca coordinar esos talleres a veces.”

Orientación familiar:

“Generalmente,... lo que hacemos los trabajadores sociales en las intervenciones interdisciplinarias es orientación familiar.”

3. ¿Podría comentarme, desde su experiencia profesional, si este rol se corresponde con el deber ser o rol ideal de la profesión?

Rol ideal condicionado por la coordinación institucional de Trabajo Social:

“No es habitual encontrar un Centro de Salud Mental donde la coordinadora sea una trabajadora social, entonces eso ya le da una impronta muy diferente... la forma de trabajar me parece que es diferente, y el lugar que ocupa el Trabajo Social es diferente.”

Rol ideal como construcción de espacio profesional:

“Es un lugar interesante..., a mí me parece fundamental. Yo creo que puedo generar un espacio con otra mirada por lo menos.”

4. ¿Podría mencionar si existe en la institución un espacio de reflexión?

Espacio interdisciplinario de reflexión:

“Hay un espacio interdisciplinario de reflexión, es como más habitual, más sistemático... extraemos bibliografía, leemos y después discutimos en función de las intervenciones,... capacitarse para de alguna manera mejorar las intervenciones.”

5. ¿Ha tenido usted algún tipo de formación en Salud Mental?

No, sólo la formación básica de la universidad.

6. ¿Qué entiende por salud mental con adolescente?

Salud mental adolescente es trabajar con las subjetividades del adolescente y su entorno.

7. ¿Utilizan algún modelo de intervención para el trabajo que desarrollan en salud mental?

Si... el modelo sistémico, porque permite incorporar a la familia al proceso de intervención al cual el adolescente está inserto.

8. ¿Logra visualizar el impacto del modelo de intervención del trabajo que desarrollan durante los procesos? En el caso que la respuesta sea afirmativa ¿Cómo lo logra visualizar?

El impacto del modelo es poco visible ya que si bien los procesos de intervención que se dan son íntegros existe un sistema detrás que lleva a la recaída de la situación-problema que hizo buscar ayuda, es decir en la medida que no se resuelvan los problemas del contexto es muy poco probable que se puedan visualizar transformaciones.

9. ¿Cuál es el aporte del Trabajo Social en el equipo interdisciplinario de la institución?

Repensar lo social:

“En una primera instancia, poderles abrir la cabeza en esto de que todos son casos sociales, no es que algunos son casos sociales y otros no, todos son casos sociales.”

Contextualización del abordaje familiar:

“Poder hacer una análisis más general, poder contextualizar y dar un análisis más relajado..., ampliar al contexto familiar, al contexto social. Creo que ese es el aporte que hace un trabajador social... es poderles dar esa mirada,... de que la familia está en un barrio, en una comunidad, en un contexto.”

10. Finalmente ¿Cuál es el valor que le atribuye a las estrategias de intervención que ejerce en la institución?

El valor que le atribuyo a las estrategias de intervención es positivo ya que considero que son un aporte para la sociedad, pueden generar cambios en las familias y se pueden adecuar a las normas de la comunidad.

ANEXO N° 4
CATEGORIAS-ANÁLISIS

Salud Mental	Definición	Bienestar Integralidad Enfermedad Contexto	<p>“...la adolescencia es difícil y complicada pero eso no es en todas las culturas eso va a depender de lo que nosotros estemos trabajando y como nosotros veamos el mundo de los adolescentes, que son malos, promiscuos etc.” (Entrevistada N°1)</p> <p>“Todos los procesos relacionados con el desarrollo emocional y psicológico del adolescente, considerando todos los factores que se vinculan positiva o negativamente a este desarrollo, ya sea desde el área biológica, familiar, social” (Entrevistada N°3)</p> <p>“...la salud mental con adolescente la entiendo desde la familia.”(Entrevistada N°5)</p> <p>“...los procesos psicológicos en que pasa el ser humano entre los 10 y 19 años de edad, donde se ven afectados por una serie de cambios emocionales y</p>
	Formación		

	Contexto	<p>psíquicos que afectan su vida.” (Entrevistada N°6)</p> <p>“Salud mental adolescente es trabajar con las subjetividades del adolescente y su entorno.” (Entrevistada N°8)</p> <p><i>“...los centros de salud tienen planes de capacitación comunal anual y ahí uno se va incorporando a las diferentes capacitaciones, pero efectivamente tienes que pelear el cupo de capacitación porque tienes que ser de planta, tienes que tener carrera funcionaria y tienes que tener años de antigüedad para formar parte de las capacitaciones, por lo tanto, no es tan fácil...”</i> (Entrevistada N° 2)</p> <p>“No, sólo la formación básica de la universidad.” (Entrevistada N°8)</p> <p>“Si... cuando realice mi magister en Trabajo social, tuve módulos relacionados con salud mental, tanto con</p>
--	----------	--

			<p>jóvenes como con adultos.” (Entrevistada N°7)</p> <p>“Si... algunas capacitaciones en mis antiguos trabajos que también han sido en CESFAM, básicamente introductorias al tema.” (Entrevistada N°5)</p> <p>“Sí, distintas capacitaciones pero no a nivel de post grado” (Entrevistada N°3)</p> <p>“Sí, tengo un diplomado de alcohol y drogas...” (Entrevistada N°1)</p> <p>“... intervienes en el sentido de la enfermedad pero considerando todas las causas que son sociales y eso tiene que ver con los determinantes sociales en salud... igual influye que tu nazcas en una comuna que sea vulnerable, que no tenga los recursos suficientes, eso finalmente va a afectando la salud.(Entrevistada N°1)</p>
--	--	--	---

			<p>“es difícil visualizar el impacto en salud, en lo cotidiano. Ya que este es un tema que está cruzado por muchos factores sobre los cuales no tenemos ningún grado de control.” (entrevistada N°3)</p> <p>“la política pública de este país no está hecha para la prevención, sino más bien, para la reparación... enfoque de promoción de participación social y trabajo comunitario no tienen nada que ver con la realidad, porque lo que se hace en un centro de salud es repara situaciones... yo te diría que el enfoque biomédico prima por sobre el enfoque biopsicosocial” (Entrevista N°2)</p>
Intervención	Sujetos de atención	<p>Grupos</p> <p>Individuo</p> <p>Familia</p> <p>Comunidad</p> <p>Función</p>	<p>“responder todas las demandas que impliquen las determinantes sociales en salud, porque muchas personas llegan acá por enfermedades, cierto, entonces el modelo ya se cambia a un modelo</p>

	Rol profesional	Responsabilidad Tareas y/o funciones	<p>biomédico a un modelo bio-psicosocial” (entrevistada N° 1)</p> <p>“cambia de un modelos biomédico a un modelo psicosocial”</p> <p>“ aportar desde el trabajo social aquellos antecedentes que otros profesionales no son capaces de rescatar como poder diagnosticar a la familia” (Entrevistada N°4)</p> <p>“formar parte de equipo bipsicosocial con mirada integral y ahí nosotros formamos parte del área de salud mental y del área más social de los casos propiamente tal del sector”(Entrevistada N°2)</p> <p>“acoge espontáneamente demandas de los usuarios”(Entrevistada N°3)</p> <p>“trabajo con grupos de autoayuda”(Entrevistada N°3)</p> <p>“repcionar y atender derivaciones de los distintos de los distintos dispositivos de la red...”(Entrevistada</p>
--	-----------------	--	---

			<p>N°5)</p> <p>“coordinar las tareas del equipo en cuanto a los proceso de intervención”</p> <p>“acompañamiento familiar”</p> <p>“Participación de grupos de psicoeducación comunitaria”</p> <p>“medir el área familiar mental y personal y además el área física, ... los trabajadores sociales medimos la primera etapa que es la personal y familiar y cooperamos con eso”</p> <p>“visitas domiciliarias a familias de riesgo”</p> <p>“atención de salud mental para todo el ciclo vital... es harto... finalmente la atención en centros de salud es netamente asistencial”.</p> <p>“</p>
	Valoración	Aporte Formación Estrategias de intervención	<p>“Mira yo te diría que unos de las principales falencias que tenemos como profesión es que somos pésimos para registrar y registrar nuestras experiencias y además, como siempre estamos a</p>

		<p>full, existe poco tiempo para juntarnos...” (Entrevistada N°4)</p> <p>“a mí me parece fundamental. Yo creo que puedo generar otro espacio con otra mirada por lo menos”(Entrevistada N°8)</p> <p>“yo creo en lo personal que tiene que ver con lo que tu definitivamente amas lo que haces... la verdad en la medida que te vas enamorando te sientes parte fundamental”(Entrevistada N°4)</p> <p>“El valor que le atribuyo a las estrategias de intervención es positivo ya que considero que son un aporte para la sociedad, pueden generar cambios en las familias y se pueden adecuar a las normas de la comunidad”. (Entrevistada N° 8)</p> <p>“somos una profesión anexa a la salud, entonces, hemos</p>
--	--	---

			<p>ido ganándonos el territorio y hoy día, yo creo que para nadie que trabaje en salud es factible que pueda pensar que puede prescindir del trabajo nuestro.(entrevista N°4)</p> <p>“más que nada yo lo veo como un trabajo practico y de sentido común... tu puedes tener muchos ideales al momento de intervenir pero, lamentablemente estas condicionado a una institución.”</p> <p>“somos piedra angular para el diagnóstico social de cada uno de los usuarios... definimos la situación de riesgo del usuario y eventualmente las situaciones de emergencia.”(Entrevistada N°4)</p> <p>“... reuniones mensuales por estamento, estas reuniones tienen que ver con el rol particular del trabajador social al interior del CESFAM”</p>
--	--	--	--

			<p>“el momento que se tiene para la reflexión son las reuniones técnicas del equipo multidisciplinario”</p> <p>“nosotros creo que lo que no perdemos nunca es como esta mirada más del contexto... nosotros siempre contextualizamos”. (Entrevistada N°6)</p> <p>“Tiene una mirada mucho más integral que las otras profesiones”.</p> <p>“cuenta con mayor formación en las áreas de grupo y trabajo comunitario que desde hace un tiempo es un foco relevante de desarrollo en la AP (atención primaria) y el área de salud en general”</p>
	Modelos de intervención	Institucional Profesional (marco referencial)	<p>“se utiliza el modelo sistémico ya que permite ver a la familia en su integridad, atendiendo demandas de todo su entorno familiar del joven”. (Entrevistada N° 5)</p> <p>“estamos basados en lo que son las políticas sociales y orientaciones</p>

		<p>ministeriales, respecto de lo que son los distintos programas de salud mental". (Entrevistada N°4)</p> <p>"El modelo que se utiliza es el sistémico ya que se observa a la familia como un sistema donde se interviene con todos los integrantes de la familia para así lograr la homeostasis total"(Entrevistada N°7)</p> <p>"la atención psicosocial uno va atendiendo y aplicando modelos de acuerdo a cada realidad... ahí uno va modificando de acuerdo a cada caso y depende de cada profesional también".</p> <p>"nosotros somos operadores de políticas públicas y en esta oportunidad como en muchas otras están mal diseñadas ya que se debiera invertir en prevención más que en intervención"(Entrevistada N°5)</p> <p>"la intervención que se da</p>
--	--	--

			creo que son insuficientes dado el contexto general de nuestra población”. (Entrevistada N°3)
--	--	--	--