



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA TRABAJO SOCIAL

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL:

**PERCEPCION DESDE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA
TERAPEUTICO SOLIDARIDAD, DE LA COMUNA DE RENCA.**

ALUMNO: CLAUDIO RODRIGUEZ GONZALEZ

PROFESOR GUIA: RODRIGO AHUMADA CABELLO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE TRABAJADOR SOCIAL

Santiago, Agosto de 2020

INDICE

Introducción.....	5
1. Planteamiento del problema.....	9
2.Preguntas de investigación.....	19
3. Objetivos.....	20
4. Hipótesis.....	22
5. Estrategias metodológicas.....	23
6.Variables.....	27

I PARTE

MARCO TEORICO.....	28
---------------------------	-----------

CAPITULO I

1. Percepción.....	29
--------------------	----

CAPITULO II

1. Modelo de intervención	
“Modelo transteórico del cambio desde la perspectiva psicosocial”.....	37
1.1. Modelo de entrevista clínica informativo y motivacional.....	37
1.2. Modelo de estadios del cambio.....	38
1.3. ¿Qué hace cambiar a las personas?.....	41
1.4. Entrevista motivacional.....	42
1.5. Modelo psicosocial.....	53

II PARTE

MARCO REFERENCIAL.....	58
-------------------------------	-----------

CAPITULO III

Ley de responsabilidad penal adolescente.....	59
1. Antecedentes.....	59
1.1 Sanciones privativas de libertad.....	60
1.2. Sanciones no privativas de libertad.....	60
1.3. Procedimientos del sistema judicial.....	62
1.4. Aspectos principales de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.....	62
1.5. Consecuencias Jurídicas.....	63
1.6. Penas accesorias.....	64

CAPITULO IV

FUNDACION PARENTESIS.....	65
1. Programa terapéutico Solidaridad.....	66
1.1. Características.....	66
1.2. Objetivo.....	66
1.3. Población objetivo.....	66
1.4. Principios orientadores.....	66
1.5. Intervención.....	67
1.6. Cobertura.....	67
1.7. Equipo de trabajo.....	67

CAPITULO V

RENCA	69
1. Fundación de la comuna.....	69
2. Renca en la actualidad.....	71
3. Representación parlamentaria.....	72
4. Antecedentes demográficos.....	72
5. Antecedentes sociales.....	74
6. Antecedentes de salud.....	75
7. Indicadores educacionales.....	76

III PARTE

ANALISIS DE LOS DATOS	79
------------------------------------	----

CAPITULO VI

PERCEPCIÓN DE LOS JÓVENES INFRACTORES DE LEY	80
---	----

CAPITULO VII

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL, DISTITOS ENFOQUES	90
Conclusiones.....	111
Hallazgos de la investigación.....	116
El aporte del Trabajador Social.....	119
Bibliografía.....	124
Anexos.....	126

INTRODUCCION

En nuestra sociedad, existen diferentes problemáticas sociales, de distintas índoles, distintas necesidades y diversas realidades, desde lo socioeconómico, desigualdad, carencia en los accesos para garantizar una óptima calidad de vida, entre otros. Dado lo anterior, desde el ámbito de seguridad pública, surgen distintas implicancias siendo una de las más importantes, según el criterio del estudiante que realiza la investigación, los adolescentes infractores de la ley asociados al consumo de sustancias. Por responder a un tema que ha estado en el tapete de nuestra sociedad durante los últimos años, incrementándose desde la entrada en vigencia de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (20.084), la cual aborda esta problemática entregando nuevas herramientas, sanciones y modelos de intervención para trabajar con los adolescentes inculpados de infringir la Ley Penal.

Gracias a la gran cobertura mediática que ha tenido el tema de los adolescentes infractores de ley y sumado a experiencias de prácticas en donde el estudiante ha trabajado con estos jóvenes, es que surge la inquietud de realizar la presente investigación. Con la clara idea de que se debe ver más allá de lo que está sucediendo. Qué existe detrás de estos adolescentes, considerando las verdaderas razones de sus acciones. Se estima que de aborda el problema desde la raíz, se podría atenuar una problemática social que afecta a todo el componente como sociedad.

En la investigación se busca describir la percepción que tienen los jóvenes infractores de ley en cuanto al rol propiamente del Trabajador Social en un programa de tratamiento de alcohol y otras drogas. Además, las motivaciones que poseen los adolescentes infractores de ley frente a su entorno, específicamente frente a la sociedad, a su familia y la relación con sus pares. Consiguiendo de esta manera el relato de los adolescentes infractores, logrando obtener información que vaya más allá de datos estadísticos y percepciones generales, dando luces de las relaciones que adquieren en el tiempo con los grupos ya nombrados, por qué actúan de determinada manera y ver los resultados que presentan los programas de

tratamiento de alcohol y drogas, a nivel micro, específicamente en la comuna de Renca.

En el Programa Terapéutico Solidaridad perteneciente a la Fundación Paréntesis, se busca establecer el conocimiento que poseen los jóvenes en rehabilitación acerca de la labor de un Trabajador Social, mediante conversaciones y entrevistas con los participantes. Además, se realizarán entrevistas a distintos profesionales que cumplen con diversas tareas dentro de la organización.

Los jóvenes que participan del programa de tratamiento de rehabilitación de alcohol y otras drogas, quienes además se encuentran judicializados, buscan un espacio de ayuda a través del proceso de tratamiento, con profesionales idóneos y capacitados para cumplir dicha función, generalmente lo hace identificándose con grupo de pares que sufren los mismos problemas o similares experiencias, y en donde encuentran una respuesta a través de un proceso, desde lo personal, grupal y colectivo, que representan la realidad vivida de una misma forma a través de intereses mutuos, construyendo una realidad desde donde encuentran apoyo a los problemas que están viviendo y elaborando un proyecto de vida distinto, desde el momento de ingreso al programa terapéutico.

Por lo tanto lo primero se centra en conocer el universo que comprende el estudio, y que está enfocado a jóvenes infractores de ley, que en este momento se encuentran en proceso de tratamiento y rehabilitación de alcohol y otras drogas en el Programa Terapéutico Solidaridad, de Fundación Paréntesis, de la comuna de Renca.

La importancia de este estudio es conocer el rol del trabajador social, desde la percepción de los jóvenes infractores de ley, que se encuentran en un proceso terapéutico, como a su vez, describir el rol desde una óptica más definida según Norma Técnica.

Este estudio se basará desde la percepción los propios jóvenes infractores de ley, participantes del Programa Terapéutico Solidaridad de Fundación Paréntesis de la comuna de Renca, tratando de comprender a través del conocimiento, experiencia

y las interpretaciones que se realice a través de ésta investigación, una exploración desde el funcionamiento interno, para así poder lograr entender cómo se pone en práctica lo estipulado, tanto en la Norma Técnica, como desde lo planificado, según convenio, por la propia institución ejecutante.

Una de las técnicas más recurrentes en el Trabajo Social, y con la cual se abordan los diversos problemas de índole social, es a través del empoderamiento de los sujetos de intervención, a través de la construcción de redes sociales, donde sean las propias personas, los jóvenes infractores de ley en este caso, los encargados de buscar una solución a sus problemas, por medio de mostrar alternativas desde su contexto, puedan o logren mejorar su calidad de vida, y potenciando la participación de los individuos desde diversas organizaciones que les permiten utilizar las redes sociales.

Entre las premisas que guían el quehacer del Trabajo Social está la intención de procurar siempre que los actores sean sujetos de cambios, que conozcan el contexto social para así poder reflexionar e identificar sus necesidades y problemas, a través del vínculo con las redes sociales más cercanas de las personas, para que logren una construcción de identidad colectiva, y relaciones entre sus integrantes.

El presente estudio está conformado por el planteamiento del problema y el diseño de la investigación; la primera parte, el Marco Teórico, cuyo primer capítulo es: Percepción, donde se aborda distintas miradas, en distintas épocas, en donde se hacen referencias de estudios, principalmente desde el estudio de la filosofía y la psicología.

En el Capítulo II el estudio se aboca por completo a describir lo propiamente tal del programa terapéutico, lo cual se traduce en el modelo de intervención, es decir, el Modelo Transteórico del Cambio, desde la Perspectiva Psicosocial. Esto resulta interesante darlo a conocer y plasmarlo en el estudio, pues es el *alma matter* del proceso de rehabilitación de los jóvenes infractores de ley, que participan del Programa Terapéutico.

En la Segunda Parte, correspondiente al Marco Referencial, se describe en el capítulo III, a La Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, ley 20.084, que resulta necesario para comprender el criterio de ingreso y perfil de los participantes.

El capítulo IV refiere sobre la institución ejecutante, Fundación Paréntesis, quienes pertenecen al Área Social del Hogar de Cristo, en donde se da a conocer, su origen, misión y visión.

En lo que respecta al capítulo V, se aborda desde el contexto de la intervención, donde se ejecuta el plan de acción del programa terapéutico y el lugar de residencia de los participantes de éste, correspondiente a la comuna de Renca; se hace mención de antecedentes: Demográficos, Sociales, de Salud, Educativos, entre otros.

La Tercera Parte de la investigación muestra los análisis de resultados de la investigación, correspondiente al capítulo VI Percepción de los jóvenes infractores de ley y Capítulo VII Rol del trabajador social, distintos enfoques. Además, seguidos de las conclusiones que se generaron, los hallazgos encontrados y el rol del Trabajo Social en este contexto.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Chile, a mediados de la década del 2000, se observa un hecho de índole delictivo, el cual va tomando una mayor connotación en las “páginas policiales” de los distintos medios de comunicación, la cual tiene directa relación en la participación en delitos de diversas tipificaciones legales, cometidos por adolescentes menores de 18 años de edad; hasta la fecha declarados inimputables.

El tipo de delito es diverso, no está definido o estereotipado, desde robos en supermercados, casas comerciales, el célebre “lanzazo” y el robo en viviendas particulares.

En diversas ocasiones se ha podido definir de parte de las distintas policías, como también de parte de las víctimas de los delitos acaecidos que existe un patrón común al momento de la consumación del delito, el cual está asociado al uso de distintos tipos de drogas, en las cuales destacan más bien las ilícitas por sobre aquellas sustancias consideradas lícitas

A raíz de lo anterior, comienza a existir una mayor preocupación por parte de la autoridad, puesto que se cruzan variables que con anterioridad no estaban relacionadas dentro del mismo índice de vulnerabilidad: delito y consumo en menores de edad.

Si bien es cierto, que una vez retornada la democracia y durante el periodo de transición hacia ella, ambas variables siempre estuvieron presentes, pero producto de la contingencia y del momento histórico (contexto), su visualización y problemática estaba bastante distante de lo que se produciría una década más tarde.

El robo como delito estaba instalado dentro del espectro de sociedad, con una larga data a lo largo de la historia, siendo “una característica” que quienes lo ejecutaban eran personas adultas, mayores de 18 años de edad. Por otra parte, el consumo de diversas drogas también se hacía presente pero en diversas épocas y con características definidas a nivel social: “el hippie, el volao, el curaitao”, etiquetas

muchas veces asociadas a personas en situación de calle y de género masculino, principalmente a fines de la década de los 80' y posteriormente durante la década de los 90'.

El día 28 de Noviembre del año 2005, se promulga en nuestro país la Ley 20.084, la cual establece un sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por infracciones a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA). Esta Ley se comenzó a implementar el día 8 de junio de 2007 y desarrolla el sistema penal para jóvenes entre 14 y 17 años, 11 meses y 29 días (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2005).

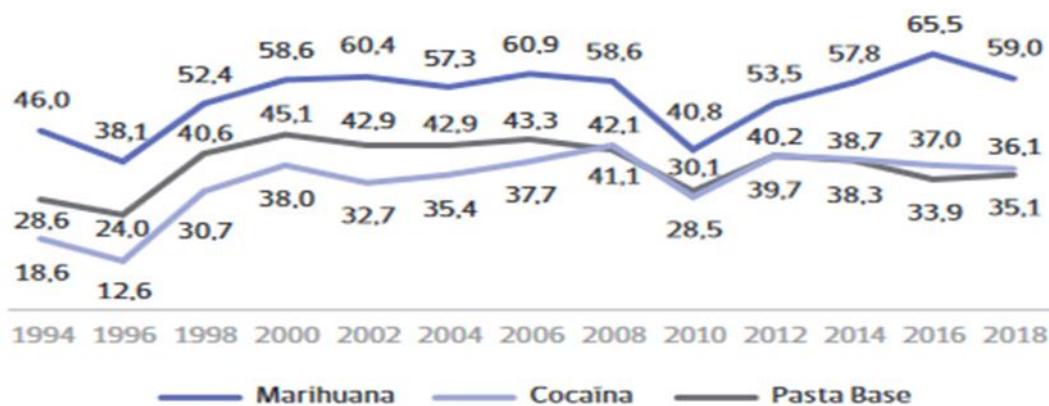
La Ley fue creada con el fin de generar un proceso penal específico para adolescentes que hayan incurrido en faltas o delitos, de manera de establecer su responsabilidad y procurar, a través de la intervención socioeducativa, el logro de la reinserción social.

Como se describe anteriormente, en muchos casos se repite un patrón común, el cual vincularía el delito acompañado del consumo de distintas sustancias al momento de perpetrar o consumir el acto delictual. Esto responde a la facilidad con la que la población en general puede acceder a distintos tipos de drogas lícitas e ilícitas, sin perjudicar ni excluir a la población en edad escolar y en cualquier tipo de sector socioeconómico y/o geográfico a poder contar con alguna persona que provea o distribuya alguna sustancia requerida.

Para sustentar lo anterior, se presenta un gráfico de “Exposición a ofertas de drogas en el último año. Región Metropolitana, 2002-2018. Proporción de individuos que declaran haber recibido a lo menos un ofrecimiento de la droga en el último año” (www.senda.gob.cl)

Oferta en el último año (%)			
Serie	Marihuana	Cocaína	Pasta base
2002	15,4	6,1	3,3
2004	17,2	7,1	4,7
2006	17,5	6,1	3,8
2008	18,7	8,7	4,9
2010	11,6	4,0	3,1
2012	17,9	6,1	3,3
2014	20,8	7,0	3,3
2016	27,6	7,9	3,9
2018	24,0	7,8	3,0

Además, se expone la “Evolución de facilidad de acceso a marihuana, cocaína y pasta base. Región Metropolitana, 1994-2018. Proporción de individuos que declaran que les sería fácil conseguir droga (%)” (www.senda.gob.cl)



Para ello el Estado, mantiene una oferta programática en cuanto al tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas, contando con una canasta de prestaciones que

varían según la necesidad, condición judicial y origen de cada persona. Esta presenta los siguientes valores:

Convenio	Plan	Precio 2020 por plan
Convenio Población General	PAB Población General	\$101.125
	PAI Población General	\$292.623
	PR Población General	\$566.169
	PAB Población Mujeres	\$395.719
	PR Población Mujeres	\$677.509
Convenio Adolescente con Infracción	PAI Medio Libre	\$426.206
	PR Medio Libre	\$794.465
	PAI Privado de Libertad	\$339.683
	PAI Sección Juvenil	\$426.206
	UHCE Medio Libre	\$865.260
Convenio Personas en situación de calle	Persona en situación de calle	\$196.864
Convenio Adolescente General	PAI Infantoadolescente	\$618.623
	PR Infantoadolescente	\$794.465
Convenio Libertad Vigilada	PAI Libertad Vigilada	\$399.838
	PR Libertad Vigilada	\$786.105

Nomenclatura:

- PAB: Programa Ambulatorio Básico
- PAI: Programa Ambulatorio Intensivo
- PR: Programa Residencial
- UHCE: Unidad de Hospitalización de Corta Estadía

Pero este proceso no es un hecho aislado o que repercuta solo en nuestro país, es una situación que se viene generando en gran parte del continente, es por ello, que resulta necesario poder acotar que en otros países ya se viene implementando un proceso de justicia juvenil.

A continuación, se hará un acercamiento a lo que fue este proceso en el continente:

El proceso de reforma legal comenzó en América Latina con la aprobación por **Brasil** del Estatuto del Niño y del Adolescente en 1990.

El estatuto establece por primera vez en la región, algunas precisiones sobre el tema de la respuesta estatal a las conductas tipificadas como delitos o faltas cuando son llevadas a cabo por personas que tienen menos de dieciocho años.

En principio parecería que el estatuto utiliza la fórmula tradicional, ya que el artículo 104 deja fuera del derecho penal de adultos a las personas menores de dieciocho años, al establecer que “son penalmente inimputables” y que están sujetas a las medidas previstas por el estatuto. El estatuto no habla de responsabilidad penal juvenil ni de imputabilidad. Todo lo contrario, mantiene la categoría de inimputables para las personas menores de dieciocho años. Sin embargo, como se verá más adelante, con un sentido completamente diferente al que esta categoría tenía en los modelos de la situación irregular.

Por su parte el artículo 103, para hacer esta exclusión más precisa pero al mismo tiempo para superar el fraude de etiquetas propias de las leyes de la situación irregular, establece una categoría que le da nombre al título “práctica de acto infractor”, definiendo a este último como la conducta descrita como delito o contravención por la ley penal.

Ello permite ya establecer tres características de un sistema de responsabilidad penal juvenil. En primer lugar, que trata de personas menores de dieciocho años que realizan la conducta descrita como antecedente de una sanción, sean delitos o contravenciones. En segundo lugar, es un sistema completamente diferente del sistema de justicia penal para adultos (“son penalmente inimputables”); y, en tercer lugar, una de esas diferencias se expresa en las “medidas” o consecuencias jurídicas de la conducta transgresora de la ley penal cuando es llevada a cabo por una persona menor de dieciocho años.

El Código de los Niños y Adolescentes de **Perú**, en el Decreto Ley 26.102 del 24 de diciembre de 1992, recoge la propuesta de adecuación sustancial del estatuto de Brasil y establece un sistema muy similar en relación con los infractores de la ley

penal. Similar descripción del principio de legalidad (delito o falta) y similar exclusión de los niños, quienes según el artículo 208 “serán pasibles” de medidas de protección, lo que plantea idéntico problema con la derivación automática de los niños al sistema de protección.

El Código regula la cuestión sin entrar en la discusión sobre responsabilidad o inimputabilidad. Las garantías y disposiciones de carácter procesal se encuentran aún menos detalladas que en el estatuto de Brasil, el contradictorio se encuentra debilitado y ello se refleja en la implementación de la ley.

Incluye cláusulas como la del artículo 214 (y la ya mencionada que se refiere a los niños) que de no ser interpretadas de modo armónico con los principios de la protección integral, podrían afectar garantías fundamentales de los adolescentes: “el sistema de justicia del adolescente infractor se orientará a su rehabilitación encaminada a su bienestar. La medida no sólo deberá basarse en el examen de la gravedad del hecho sino también de las circunstancias personales que lo rodean”.

En cuanto a la remisión, a diferencia de Brasil, se admite también la posibilidad de la semi-libertad como medida a cumplir, lo que agrava la situación descrita en relación con el estatuto. También se complica la cuestión respecto del consentimiento del adolescente, ya que se establece que el trabajo que se imponga como consecuencia de la remisión deberá contar con su consentimiento; pero no se lo requiere para el otorgamiento de la remisión en sí. Por otra parte, no queda claro si en todos los casos la remisión será con medida.

El Código de la Niñez y la Juventud de **Guatemala**, Decreto 78/96 del 11 de septiembre de 1996, establece que debe entenderse como una acción cometida por un joven en conflicto con la ley penal a aquella que sea tipificada como delito o contravención en el Código Penal o en las leyes especiales. Son sujetos de esta ley todas las personas que tengan una edad comprendida entre los doce años y menos de dieciocho años al momento de incurrir en una acción en conflicto con la ley penal o leyes especiales (artículo 160).

El Código distingue entre dos grupos etarios en cuanto al proceso, a las medidas y a su ejecución: a partir de los doce años de edad y hasta los quince años de edad,

y a partir de los quince años de edad y hasta tanto no se hayan cumplido los dieciocho años de edad.

Los actos cometidos por personas menores de doce años de edad que constituyan delito o contravención no son materia de este Título del Código, previéndose que estos niños y niñas sean objeto de la atención médica, psicológica y pedagógica que fuere necesaria bajo el cuidado y custodia de los padres o encargados, siendo atendidos por los Juzgados de la Niñez y Juventud.

Se prevén formas anticipadas de terminación del proceso como el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el acta de conciliación, la remisión y el criterio de oportunidad reglado (artículo 211).

El proceso prevé una instancia nueva en el debate para adolescentes infractores que es la cesura. Así, el artículo 241 establece que el juez dividirá el debate en dos etapas: una que verse sobre el grado de responsabilidad del joven en el acto que viole la ley penal, y otra que verse sobre la idoneidad y justificación de la medida.

En lo sustancial, el Código de la Niñez y de la Adolescencia de **Honduras**, Decreto 73-96 del 30 de mayo de 1996, establece un sistema de responsabilidad penal juvenil muy similar al establecido por la Ley del Menor Infractor de El Salvador. Si bien está en muchos aspectos influido por cuestiones tutelares y asistenciales, el tema está tratado en un título aparte y claramente se establece en el artículo 180 que los niños no se encuentran sujetos a la jurisdicción penal ordinaria y “sólo podrá deducírseles la responsabilidad prevista en este Código por las acciones u omisiones ilícitas que realicen”.

Ahora bien, se establece que el sistema previsto por el Código se aplica a mayores de doce años que cometan una infracción o falta, y que los menores de doce años “no delinquen” y “en caso de que cometan una infracción de carácter penal sólo se les brindará la protección especial que su caso requiera y se procurará su formación integral” -artículo 180-.

Siguiendo el modelo de Guatemala, y a pesar de algunos problemas en la regulación del proceso, se dedican muchos artículos al tema y se prevén

instituciones alternativas como la remisión, la conciliación y la aplicación de criterios de oportunidad.

Los supuestos que habilitan el dictado de una medida de privación de la libertad son similares a los del Estatuto de Brasil, y la duración máxima de esa medida es de ocho años (artículo 198).

El Código de la Niñez y la Adolescencia de **Nicaragua** recientemente aprobado por el Congreso crea una “justicia penal del adolescente” para las personas entre trece y dieciocho años no cumplidos. Se establece una distinción entre aquellos que tienen quince a dieciocho años no cumplidos y quienes tienen trece y catorce años, no pudiendo estos últimos ser sometidos a medidas que impliquen privación de la libertad. En ambos casos se habla de responsabilidad. En cuanto a los menores de trece años, se establece que no serán sujetos a la justicia penal del adolescente, que están exentos de responsabilidad (excepto la civil); aunque se prevé que el juez remita el caso al órgano administrativo correspondiente a los fines de su protección integral (artículo 95). Si bien se trata de un supuesto de derivación automática, se prevé que se respeten las garantías y derechos del niño y que bajo ningún motivo se les aplique una medida privativa de la libertad.

Las garantías para aquellos sujetos a la justicia penal de adolescentes (se reconoce expresamente que se trata de una jurisdicción penal especial) se encuentran desarrolladas en los artículos 101 y siguientes. Se prevé un proceso detallado e instancias alternativas al proceso, como la conciliación (artículo 145).

En cuanto a la privación de libertad se establece la posibilidad de su dictado a partir, por un lado, de una enumeración de los delitos que permiten su aplicación y, por el otro, el supuesto de incumplimiento de otras medidas, que habilita una privación de libertad por un período máximo de tres meses. Dicha privación de libertad puede dictarse a partir del mínimo establecido para el delito por la ley penal pero en ningún caso podrá exceder de seis años.

En **Bolivia** el Código del Menor de 1992 no regula el tema en detalle ni crea un sistema de responsabilidad penal juvenil. Establece la protección legal de los menores imputables que serán sometidos a la legislación ordinaria, contando con

las normas de protección del Código (artículo 182). Se mencionan mínimas garantías entre las cuales, la más importante es la duración máxima de cuarenta y cinco días de la internación provisional (artículo 188). Si se enumeran medidas socio-educativas que serán aplicadas a menores de dieciséis años que realicen actos “contrarios a la convivencia social” por el Organismo Nacional, a través de los Servicios Tutelares del Menor (artículo 190). Se prevé la excepcionalidad de la internación y se elimina el de incumplimiento injustificado de otras medidas, de los supuestos que habilitan la adopción de la medida de internación, la misma se puede dictar por tiempo indeterminado pero no superior a dos años (artículo 198).

En **Ecuador** tampoco se establece un sistema de responsabilidad penal juvenil. El Código de Menores de 1992 trata el tema de los infractores dentro del Título referido a los menores en situación de riesgo. Ello ya cambia sustancialmente la perspectiva establecida por Brasil y Perú.

En líneas generales parecería que se sigue un sistema similar al establecido por el Estatuto de Brasil, pero esto es así sólo en una primera lectura. Se afirma que las personas menores de dieciocho años son penalmente inimputables y que están sujetas a las disposiciones del Código. No se distingue entre niños y jóvenes en función de la responsabilidad sino en relación con la privación de la libertad. Se establece en el artículo 166 que ningún menor de doce años podrá ser privado de libertad y que “en estos casos” el Tribunal de Menores deberá resolver la medida socio-educativa que más le convenga, con el fin de promover su desarrollo, dignidad y responsabilidad. Adviértase que la privación de libertad existe como medida socio-educativa con el nombre de ubicación institucional (artículo 184).

Se prevé que el proceso de investigación tenga como finalidad, además de conocer el grado de participación del menor en los hechos, el investigar su personalidad, las circunstancias del acto, comprobar su conducta, descubrir las causas, y el medio en que se desenvuelve con el fin de aplicar el tratamiento socio-educativo necesario para su reintegración social (artículo 179).

Luego de haber realizado un análisis general de lo que exponen los diferentes estatutos de la región, y retornando a lo local, cabe destacar que dentro de la

reinserción social, emana como aspecto importante la rehabilitación de los jóvenes del consumo de alcohol y drogas, la cual puede ser llevada a cabo por instituciones públicas o privadas, mediante la celebración de acuerdos y convenios con el Estado, todo ello estipulado en la Ley 20.502 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2011).

Una de estas organizaciones, la cual es de carácter privado, es la Fundación Paréntesis que nace de la integración del Área de Riesgo Social del Hogar de Cristo y Fundación Credo. Ambas organizaciones llevan décadas desarrollando programas y acciones que se fundamentan en principios y valores universales, que reconocen como punto de partida la dignidad de la persona humana, sus derechos y deberes y su naturaleza social.

En este contexto, Fundación Paréntesis posee el Programa Terapéutico Solidaridad, ubicado en la comuna de Renca, el que pretende contribuir a la rehabilitación y recuperación de jóvenes en situación de vulnerabilidad y exclusión social, con problemas asociados al consumo perjudicial de drogas, y demás sustancias psicotrópicas.

Ahora bien, el problema de investigación se centra en conocer si los jóvenes están al tanto de las competencias del Trabajador Social, describiendo a través de la percepción (opinión, actitud y nivel de satisfacción), las tareas que desarrolla así como de los diversos usuarios, su forma de operar y resultados a la fecha. Además, esta investigación no sólo tiene como fin, el recolectar la percepción de los usuarios de un determinado Programa Terapéutico Ambulatorio, además recoge la visión de diferentes actores relevantes de Fundación Paréntesis.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las funciones que cumple el Trabajador Social dentro en el Programa Terapéutico Solidaridad?

¿Cuál es el aporte del Trabajador Social dentro del equipo multidisciplinario del Programa Terapéutico Solidaridad?

¿Cuáles son las herramientas que requiere el Trabajador Social para desempeñarse en el Programa Terapéutico Solidaridad?

¿Cuál es la percepción que tienen los jóvenes infractores de La Ley 20.084 del Programa Terapéutico Solidaridad respecto al rol y funciones del Trabajador Social?

Los jóvenes infractores de La Ley 20.084 que pertenecen al Programa Terapéutico Ambulatorio Solidaridad de la Fundación Paréntesis, ubicado en la comuna de Renca, ¿conocen las funciones del Trabajador Social?

¿Qué tipo de relación establecen los jóvenes usuarios del Programa Terapéutico Solidaridad con el Trabajador Social?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General N°1.

Describir la percepción que tienen los usuarios del Programa Terapéutico Solidaridad respecto al rol del Trabajador Social.

Objetivos específicos.

- 1.1. Establecer el nivel de conocimiento que tienen los jóvenes del Programa Terapéutico Solidaridad, sobre el rol y las funciones del Trabajador Social.

- 1.2. Caracterizar el tipo de relación que tienen los jóvenes del Programa Terapéutico Solidaridad con el Trabajador Social, principalmente en lo que a sus funciones respecta (utilitaria, de confianza y/o demandante).

Objetivo General N°2.

Identificar el rol del Trabajador Social dentro del equipo multidisciplinario del Programa Terapéutico Ambulatorio Solidaridad.

Objetivos específicos.

- 2.1 Identificar las funciones que desempeña el trabajador social y las herramientas que posee dentro de esta disciplina.
- 2.2 Definir el aporte que realiza el Trabajador Social dentro del equipo multidisciplinario del Programa Terapéutico Solidaridad.
- 2.3 Establecer las herramientas metodológicas que aporta el Trabajador Social para desempeñar las funciones que le competen dentro del Programa Terapéutico Solidaridad.

4. HIPOTESIS

Hipótesis 1.

Los jóvenes infractores de ley del Programa Terapéutico Solidaridad están en pleno conocimiento de la asesoría y el apoyo con el que pueden contar a través de los trabajadores sociales, basada en la entrega de herramientas y oportunidades para que éstos puedan contribuir en llevar a cabo sus propios procesos de manera acorde y/o exitosa en cuanto al tratamiento de rehabilitación se trate.

Hipótesis 2.

El Trabajador Social del Programa Terapéutico Solidaridad, desarrolla técnicas y habilidades sociales y emocionales excepcionales y además ejerce roles y funciones especiales. En función a esto se considera que existe un aporte relevante en la intervención que proveen los profesionales en apoyo a los jóvenes que poseen rasgos y conductas de índole delictiva e inclinada al consumo de sustancias prohibidas.

5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

ENFOQUE METODOLOGICO

El tipo de investigación que se empleará para el logro de los objetivos planteados posee un enfoque cualitativo y es de tipo No Experimental Transeccional Descriptivo.

Cualitativo pues “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, donde se evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad” (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

No Experimental ya que no se manipulan deliberadamente las variables, se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (jóvenes que ya han realizado o que se encuentran actualmente, realizando tratamiento de rehabilitación), a la vez se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En este tipo de investigación las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables.

Transeccional Descriptivo: esta investigación se considera transeccional o transversal, ya que se recolectarán los datos en un solo momento, en un tiempo determinado. Su objetivo es indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables en un cierto momento, mide asociar los sujetos de estudio en un grupo de personas u objetos una o más variables y proporciona su descripción.

Descriptivo: este estudio es además descriptivo, ya que estos, según Danhke (1989): “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006). En el caso de este trabajo, lo que se busca mediante esta investigación es, en un primer momento, detallar las funciones del Trabajador Social a nivel técnico

desde una mirada institucional, y posteriormente, describir cómo perciben los usuarios del Programa las funciones de dichos trabajadores sociales.

Según Hernández Sampieri y colegas (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006) los estudios descriptivos, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren y, además, ayudan a comprobar las hipótesis de una investigación, lo que en este caso nos permitirá recolectar datos que muestran y/o describen una situación o hecho de un grupo etario establecido, dentro de un contexto determinado.

Tipo de Estudio

Debido a que la investigación que se plantea no busca manipular deliberadamente las variables que se presentan, el tipo de estudio que se plantea gira en torno del uso de la observación, la descripción y la explicación que se deriva de lo que los jóvenes infractores de ley comunican frente a una serie de preguntas que buscan indagar si éstos se encuentran en pleno conocimiento del papel que juegan los trabajadores sociales en la institución Paréntesis. Además por tener la investigación un carácter descriptivo, se busca detallar el fenómeno que acontece, los elementos que lo componen y cómo es su interrelación con el entorno.

Unidad de Análisis.

1. Jóvenes de entre 14 a 18 años, que sean infractores de ley y presenten problemáticas de consumo de diversas sustancias, procedentes de la comuna de Renca
2. Profesionales trabajadores del área de las ciencias sociales pertenecientes a la Fundación Paréntesis.

Universo.

El universo del estudio contempla a 17 jóvenes infractores de ley que se encuentran realizando tratamiento de rehabilitación en el Programa Terapéutico Solidaridad de la Fundación Paréntesis.

Adicionalmente, se contemplan los siguientes profesionales que forman parte de la Fundación Paréntesis:

- Director de programas sociales, Psicólogo.
- Coordinador de la Zona Centro-Norte, Psicólogo.
- Jefe del Programa Terapéutico Solidaridad.

Muestra.

La muestra del estudio, corresponde a sujetos que cumplan con las siguientes características:

- Diecisiete jóvenes con edades comprendidas entre los 14 a 19 años, los cuales estén judicializados conforme a la Ley 20.084.
- Que residan en la comuna de Renca para el año 2019.
- Que se encuentren participando en un proceso de tratamiento en el Programa Solidaridad perteneciente a la Fundación Paréntesis.

Técnicas de recolección de datos.

La recolección de datos se realizará a través de las siguientes técnicas:

Grupo Focal.

Está definido como una técnica de estudio cualitativa que permite indagar sobre las actitudes y opiniones que puede tener un seleccionado grupo, para efectos de esta investigación, el grupo focal estará constituido por los diferentes jóvenes que están insertos en el Programa Solidaridad de la Fundación Paréntesis. El objetivo de éste

grupo es conocer si los jóvenes conocen los roles o funciones que desempeñan los trabajadores sociales.

Entrevistas semi-estructuradas.

Es otra técnica de recolección de datos, que permitirá desplegar una serie de preguntas flexibles, en donde el entrevistado (jóvenes infractores de la ley) y los trabajadores sociales del programa Solidaridad, de la Fundación Paréntesis, puedan responder abiertamente las interrogantes, y a su vez también pueden hacerlo emitiendo respuestas de tipo cerrada. La idea es que el joven y los trabajadores sociales sientan la libertad y la confianza que le proporciona el entrevistador, de responder en función de lo que se le pregunta directamente.

Investigación Documental.

Esto con el fin de conocer y analizar las distintas tareas que desarrolla el Trabajador Social desde un orden estratégico, especialmente indagando la Norma Técnica N° 85 (Ministerio de Salud, 2006).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

El análisis de la información se efectuará por el modelo de análisis cualitativo por variables, considerándose entonces un estudio por categorías.

Las variables cualitativas son todos aquellos valores no numéricos que le permiten al investigador desarrollar análisis en función de opiniones y descripciones sobre un tema en particular. Para efectos de la investigación que se presenta el análisis de las variables se hará por medio de las respuestas que emiten los entrevistados, (17 jóvenes infractores de ley) sobre si conocen el rol del trabajador social.

Tomando en cuenta las opiniones que emiten los jóvenes en estudio con la aplicación del instrumento de las entrevistas semi-estructuradas, permitirán tener un panorama real de la visión que posee el objeto de la investigación sobre los roles que desempeñan los trabajadores sociales en el Programa Solidaridad de la Fundación Paréntesis.

6. VARIABLE DE ESTUDIO:

Para la realización de este estudio se determinaron las siguientes variables: descripción del Rol del Trabajador Social, Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, Fundación PARENTESIS, comuna de Renca.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. PERCEPCIÓN

En más de alguna parte de esta investigación se ha mencionado el término **percepción**, y esto no ha ocurrido por una casualidad, por el contrario, ha sucedido porque las percepciones de los sujetos inciden en su interpretación de la realidad, por tanto, influyen también, en los modelos de comportamiento bajo los cuales los individuos se desenvuelvan y tienen su accionar.

La percepción es un proceso mediante el cual los individuos otorgan significado al entorno, a través de una organización e interpretación de diversos estímulos dentro de una experiencia psicológica. Tenemos así, que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información, por medio de los sistemas sensoriales y permiten que éste forme una representación de la realidad.

Este proceso cognoscitivo permite a los individuos seleccionar, organizar, almacenar e interpretar los estímulos dentro de una interpretación coherente del mundo. Dado que cada persona da a los estímulos un significado propio, los diferentes individuos "ven" una misma cosa de distinta forma.

El mapa cognoscitivo de los individuos no es una representación del mundo físico, sino una construcción personal y parcial en la que determinados objetos, seleccionados por éste, de acuerdo con la importancia de su rol, se perciben de una manera individual.

Dado que la percepción supone la adquisición de conocimientos específicos sobre los objetos o los hechos de cada momento, ésta se da cuando los estímulos activan los sentidos. Por lo que la percepción, además de suponer la cognición, incluye la interpretación de los objetos, de los símbolos y de los demás individuos (González Manque & Jorquera García, 2009).

Considerando todo lo anterior, es imprescindible abordar este concepto, por su importancia en la aprehensión, conocimiento y comprensión que los sujetos tienen

del mundo exterior, y que conducirán, tanto a la manera en que éstos se relacionan entre sí, como también, en las distintas situaciones que se le presenten a lo largo de su vida. (González Manque & Jorquera García, 2009) .

Se deduce así, que la forma en que comprendemos e interpretamos los hechos y el mundo es un factor presente en todos los actos del ser humano y que posiblemente sea uno de los primeros elementos que debe ser analizado en relación a las acciones de los sujetos. En la lógica, en que son los estímulos externos los recibidos a través de los sentidos y que mediante los procesos necesarios para que se consideren como percibidos, tales como, la selección, la organización e interpretación, los sujetos nos interrelacionamos con todo aquello fuera del propio ser.

Percepción, según Carterette y Friedman (1982), es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto.

La percepción según Barthey (1982) no se usa solo en la psicología, sino que también es una palabra cuyos diversos significados son moneda corriente en el lenguaje común. Dice Barthey que según el diccionario 1. "La percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento 2. "La referencia que una sensación hace a un objeto externo". 3. "Un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil ".(1982)

La percepción comprende fundamentalmente dos procesos (Bruner y cols. 1958 citados por Moya, 1999) primero, la remodificación o selección del enorme caudal

de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo, evitar o reducir la sorpresa.

La percepción social, como la psicología social ha sufrido crisis de relevancia, desde la década entre los años 60 y 70 (Lara y Ocampo, 2002), al igual que aquella ha buscado soluciones a los problemas sociales, las definiciones de su objeto de estudio también han cambiado de acuerdo con esas orientaciones crítica.

La percepción social difiere sensiblemente del estudio de la percepción sensorial, por su objetivo específico de estudio. La percepción sensorial, como la sensación, se fundamenta en conceptos, técnicas e información de numerosos campos científicos, en especial de índole biológica y física y constituye un campo de estudio del conocimiento del mundo externo, enfocándolo hacia el estudio de los sentidos, facilita la percepción del mundo externo, problema que debe ser examinado como un problema y busca responder preguntas básicas de la existencia cotidiana de las personas.

Rock (Rock, 1985), plantea que una vez que llegan las sensaciones, la percepción se realiza en dos etapas, primero se efectúa una extracción de la forma que es analizada por el sujeto, en elementos y globalmente e intenta clasificar esos elementos, así como el objeto en completo. Una vez clasificado, lo compara con patrones que hay en la memoria, y cuando concuerda ese objeto con lo que hay en nuestra memoria acaba la percepción del objeto. Y una segunda etapa, es la interpretación o reconstrucción consciente del objeto, que se da cuando en la anterior etapa, no se ha podido clasificar el objeto, por su ambigüedad y entonces se utiliza la comparación con un contexto.

Por su parte Neisser (Neisser, 1999), señala que la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información, construye un esquema informativo anticipatorio, con los datos archivados en su conciencia que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema.

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia del flujo informativo constante, que es en definitiva la percepción, que definida es *“el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto de nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.* (Rivera Camino, Arellano Cueva, & Molero Ayala, 2000).

Esta definición presenta dos partes bien diferenciadas, referidas respectivamente al tipo de información obtenida y la forma en que ésta se consigue. Por otra parte, se refiere a estados internos, que son las imágenes mentales que se forman con ayuda de la experiencia y necesidades que cada sujeto presenta.

Siguiendo con lo planteado en la definición, se incorpora que el proceso perceptual consta de las siguientes tres fases: selección, organización e interpretación.

Según (Merleau-Ponty, 1993) la percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno, la razón de esta información es que usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo animal (incluyendo al hombre) formar una representación de la realidad de su entorno. La luz, por ejemplo, codifica la información sobre la distribución de la materia-energía en el espacio-tiempo, permitiendo una representación de los objetos en el espacio, su movimiento y la emisión de energía luminosa.

Para el proceso de percepción de un evento, se tienen en cuenta la interacción social. En él se permite la adaptación social, mediante la percepción del medio que rodea a las personas, medio físico y social. En este proceso son de carácter básico algunos procesos como la atribución, la cognición social y la inferencia.

La percepción de una persona o de algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones, a partir de las reacciones de las personas; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolectan en los primeros instantes de interacción. Y también, en tercer lugar, por atribuciones causales, o búsqueda de alguna causa que explique la conducta y los hechos. En cualquier caso, lo que parece evidente es que los sentimientos,

pensamientos y conductas respecto a las personas estarán mediatizados por el tipo de causa a la que se atribuya su conducta. Moya (1999).

Existen también diversos factores relacionados con la percepción de personas. Siguiendo el esquema planteado por Morales y Clbs. (1999), hay factores que influyen en el perceptor en relación con él mismo Primero: Las expectativas acerca de la persona con la que vamos a interactuar. Segundo: Las motivaciones. En muchas ocasiones vemos en los demás lo que se quiere ver. Tercero: Los objetivos y metas. Estas influyen en cómo se procesa la información recibida, y el tipo de información que se busca. Cuarto: El estado de ánimo. Quinto: La familiaridad y la experiencia. Cuando más se conoce a una persona más complejas y exactas son las impresiones. Las personas que están acostumbradas a tratar con determinado tipo de rasgos suelen ser más exactos en la percepción de estos rasgos en los demás. Sexto: El valor del estímulo, cuando éste valor es grande, este se percibe mayor de lo que es y Séptimo: El efecto "halo" una persona que es vista de forma positiva en alguno- de sus rasgos, tenderá a verse positiva en otros rasgos. Octavo: El significado emotivo del estímulo, que provoca la "defensa perceptiva" (alto umbral de reconocimiento para algunos estímulos amenazadores y 9). La perspicacia perceptiva (bajo umbral de reconocimiento de los estímulos que pueden satisfacer una necesidad o proporcionar un beneficio).

Los preceptos son inferencias, dice Dember y Warm (1990), "*un aspecto importante del estudio de la percepción es comprender que estamos tratando con experiencias privadas de las personas* (pág. 27). *Los preceptos no son hechos visibles, sino encubiertos, que no son susceptibles de observarse por parte del psicólogo. El concepto "percepción" ocupa la posición lógica de un constructo psicológico, un mecanismo hipotético que se emplea para explicar ciertas relaciones entre la entrada y la salida de los estímulos y la conducta manifiesta.*" (pág. 28).

El truco para investigar la percepción o cualquier otro proceso no manifiesto consiste en desarrollar técnicas que permitan acceder de modo indirecto a dicho proceso hipotético, por medio de inferencias realizadas a partir de datos objetivos. Esto tiene una dificultad, que consiste en que las respuestas a partir de las que se realizan las

inferencias sobre la percepción, suelen estar determinadas de modo múltiple, son el resultado de múltiples factores, de todos los demás procesos que determinan la conducta, por ejemplo, el aprendizaje, la memoria, la motivación, la emoción, etc. Todos los teóricos de la percepción coinciden en que para inferir que la percepción media en una respuesta, el investigador tiene que identificar un estímulo relevante que la acompañe. Si la respuesta se produce en ausencia del estímulo, se tratará probablemente de la memoria, de alucinaciones o de otra forma de sesgo en la selección de la respuesta, pero no de la percepción. (Hochlber, 1956, Natsouas, 1967, Soller y Murphy, 1960) citados por Dember y Warm (1990).

El proceso de la percepción, tal como propuso Hermann von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación (Calatayud Sanz & Gómez Soria, 2010).

Este es un modelo virtual de la realidad que utiliza la información almacenada en las energías, procedimientos internos para decodificarlas e información procedente de la memoria que ayuda a terminar y completar la decodificación e interpreta el significado de lo recuperado, dándole significado, sentido y valor. Esto permite la generación del modelo.

Mediante la percepción, la información recopilada por todos los sentidos se procesa, y se forma la idea de un sólo objeto. Es posible sentir distintas cualidades de un mismo objeto, y mediante la percepción, unir las, determinar de qué objeto provienen, y determinar a su vez que este es un único objeto. Por ejemplo, podemos ver una cacerola en la estufa. Percibimos el objeto, su ubicación y su relación con otros objetos. La reconocemos como lo que es y evaluamos su utilidad, su belleza y su grado de seguridad. Podemos oír el tintineo de la tapa al ser levantada de forma rítmica por el vapor que se forma al entrar en ebullición el contenido. Olemos el guiso que se está cocinando y lo reconocemos. Si la tocamos con la mano percibimos el dolor de la quemadura (cosa que genera un reflejo que nos hace

retirar la mano), pero también el calor y la dureza del cacharro. Sabemos dónde estamos respecto al objeto y la relación que guarda cada parte de él respecto a ella. En pocas palabras, estamos conscientes de la situación.

Entonces, como se indicó antes, la percepción recupera los objetos, situaciones y procesos a partir de la información aportada por las energías (estímulos) que inciden sobre los sentidos.

Para hacer más claro esto veamos el caso de la visión. Este sistema responde a la luz, la reflejada por la superficie de los objetos. Las lentes del ojo hacen que, de cada punto de las superficies visibles, esta se vuelva a concentrar en un punto de la retina. De esta forma cada receptor visual recibe información de cada punto de la superficie de los objetos. Esto forma una imagen, lo cual implica que este proceso está organizado espacialmente, pues la imagen es una proyección bidimensional del mundo tridimensional. Sin embargo, cada receptor está respondiendo individualmente, sin relación con los demás. Esa relación se va a recuperar más adelante, determinando los contornos y las superficies en su configuración tridimensional, se asignarán colores y textura y percibiremos contornos no visibles, se estructurarán objetos y estos serán organizados en relación unos con otros. Los objetos serán reconocidos e identificados.

Este proceso se dará con la constante interacción entre lo que entra de los receptores, las reglas innatas en el sistema nervioso para interpretarlo y los contenidos en la memoria que permiten relacionar, reconocer, hacer sentido y generar una cognición del objeto y sus circunstancias. Es decir se genera el modelo más probable, con todas sus implicaciones para el perceptor.

La percepción está en la base de la adaptación animal, que es heterótrofa. Para poder comer las plantas u otros animales de los que se nutren, los animales requieren de información del entorno que guíen las contracciones musculares que generen la conducta, que les permite acercarse y devorar a su presa (planta o animal) (Merleau-Ponty, 1993).

De este modo, la simple respuesta a las sensaciones, es decir al efecto directo de los estímulos, no fue suficiente; la evolución desarrolló paulatinamente formas de

recuperar la implicación que tenían los estímulos en relación a los objetos o procesos de los que provenían; formándose así los procesos perceptuales. Al contar con un sistema nervioso eficiente, este se empieza a usar para otras funciones, como el sexo, la sociabilidad, etc. Por ello, la percepción es un proceso adaptativo y base de la cognición y la conducta.

Maturana (1999) plantea que solo podemos distinguir entre la percepción (captación de aquello que estaría allí con independencia de uno) e ilusión (estar viviendo algo que, con otro criterio, no es) solo después de haber vivido la experiencia, no durante.

O sea, el resultado esperado o inesperado, es lo que determina si las creencias estaban basadas en ilusiones o percepciones. Es la explicación de la experiencia lo que transforma las expectativas en verdaderas o falsas, aunque la explicación no sea constitutiva de la experiencia, al darse, modifica nuestra interpretación de la experiencia (Maturana, 1999).

CAPÍTULO II
MODELO DE INTERVENCIÓN
“MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO DESDE LA PERSPECTIVA
PSICOSOCIAL”

Una de las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios es promover comportamientos saludables en los pacientes, tanto para mejorar su nivel de salud como para prevenir enfermedades. Tradicionalmente, esta tarea se ha centrado en proporcionar información, más o menos personalizada, con la idea de que una persona bien informada desarrollará estilos de vida más saludables. Pero una buena información no es suficiente para provocar cambios en muchas personas, como lo demuestra el alto nivel de tabaquismo de los profesionales sanitarios. Esta tarea suele provocar, con frecuencia, impotencia, frustración y/o indignación al comprobar el “poco caso” de los pacientes a los bien intencionados y fundamentados consejos. La motivación, o deseo de cambio, para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores. Necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes (Pérez Malpica, 2014).

1. 1 .Modelos de entrevista clínica informativo y motivacional

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio. Tampoco nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea. Aunque existen otros modelos de entrevista para el cambio de hábitos (coercitivo, argumentativo, persuasivo), destacamos las diferencias básicas entre entrevista informativa clásica y entrevista motivacional centrada en el paciente.

Modelo informativo	Modelo motivacional
Da consejos expertos	Estimula la motivación para pasas a la acción
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión
Repite los consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
Es rápido	Es de aplicación progresiva

Tabla 1: Modelos de entrevista clínica informativo y motivacional.

1.2. Modelo de estadios del cambio

Prochaska y Diclemente, estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio (Figura. 1), también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.

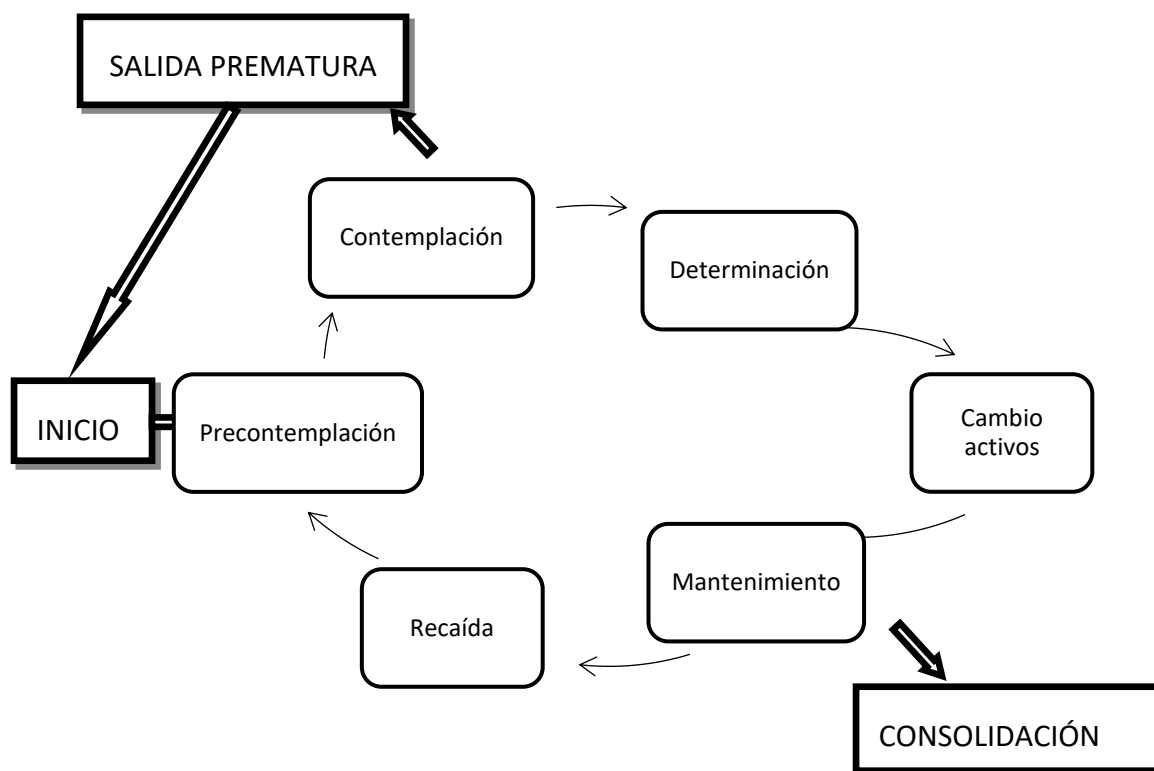


Figura 1: Modelo de estadios del cambio.

En la práctica clínica se observan altibajos en la posición que va ocupando el paciente en el continuo de la rueda del cambio respecto a hábitos de salud insanos. Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto:

1.2.1 Precontemplación.

En esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta como lo demuestran frases del tipo “de algo hay que morir”, “yo soy fuerte y a mí el alcohol no me hace daño” y “mi abuelo murió con 95 años y fumaba”.

1.2.2. Contemplación.

La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras, aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio: “Tendría que dejar el tabaco porque llevo muchos años fumando” o “Me gustaría hacer más ejercicio, pero me aburre”.

1.2.3. Determinación.

En este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta: “El día de mi cumpleaños dejaré de fumar”.

1.2.4. Cambios.

En esta fase se pone en práctica la decisión tomada.

1.2.5. Mantenimiento.

La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo, ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.

1.2.6. Recaída.

Se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, precontemplación o contemplación. La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Podemos identificar en qué fase del proceso se encuentra y ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento.

Este modelo resulta muy útil en atención primaria por varias razones:

Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias adaptadas a cada estadio; es decir, al grado de motivación para el cambio de un hábito que presenta una persona en un momento concreto.

Plantea una ayuda continuada, con pequeños avances, alejada del todo o nada que utilizamos habitualmente. Intervenciones breves pero pertinentes y repetidas a lo largo de un periodo, más o menos largo de tiempo, pueden ser eficaces y gratificantes.

La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance

hacia el éxito del cambio, ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

1.3. ¿Qué hace cambiar a las personas?

La motivación, o deseo de cambio, fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra, y puede verse influida por muchos factores. Los principios más importantes del cambio son los siguientes:

1.3.1. La motivación intrínseca.

La capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por “transfusiones de voluntad”. La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los trabajadores del área de la salud podemos ser facilitadores de ese cambio.

1.3.2. *La elección y el control propios.*

La persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones, que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.

1.3.3. *El autoconvencimiento auditivo*

Se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto, es importante que el paciente saque sus propios argumentos, y si los sanitarios se los repetimos, ayudamos a que los oiga dos o tres veces (“Dices que quieres dejar de fumar porque te va mal para la respiración”).

1.3.4. *La autoconfianza o percepción de autoeficacia.*

Si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.

1.3.5 La ambivalencia.

¿Quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas (“Querría adelgazar, pero me gusta mucho comer”).

1.3.6. El traje a medida.

Cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.

1.3.7. La relación interpersonal.

La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del sanitario pueden provocar oposición al cambio (“Tienes que dejar de beber”). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del paciente sin provocar su reactancia psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

Afortunadamente muchas personas consiguen hacer cambios profundos en sus vidas sin ninguna ayuda profesional. Todos ellos comparten una serie de argumentos: no llegan a promover un cambio por casualidad sino que van acumulando buenas razones para iniciar una conducta más sana, y progresivamente aumentan su compromiso y determinación, cosa que les permitirá resistir el sufrimiento que tendrán cuando lo intenten. Una buena información puede producir cambios en la conducta de ciertas personas, pero en otras muchas, no. Motivar, o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus elementos o razones motivadores.

1.4. La Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick)

Fue definida originalmente como un estilo de asistencia directa centrada en el paciente, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino

por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal (Rollnick & Miller, 1996).

Por tanto, ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes.

La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente, teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello. Es más eficaz decirle al paciente “entiendo que te resulta difícil controlar la comida” que decirle “sino controlas la comida, no entiendo para qué acudes a la consulta a pesarte”, ya que el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podremos prestar (Lizarraga & Ayarra, 2001).

1.4.1. Principios generales de la entrevista motivacional

“El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad”.

Carl Rogers

La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

Se basa en cinco principios:

Expresar empatía: Significa aceptar y respetar al paciente, pero no necesariamente aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional, intentando comprender sus pensamientos y emociones, preguntándonos ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo?

La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa. Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras (“entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido”). La empatía es la espina dorsal de la EM, porque ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

Desarrollar la discrepancia: Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia: Los argumentos directos, los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el sanitario más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.

Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del sanitario que pueden facilitarlas: Tratar de imponer un cambio por “su bien”, plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc.

Apoyar y fomentar el sentido de auto-eficacia: Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos

satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad (“Es difícil dejar el alcohol del todo y tú lo conseguiste”). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

1.4.2. Técnicas de apoyo narrativo

Carl Rogers, cuya teoría sobre las condiciones básicas del terapeuta para la facilitación del cambio en el paciente es la más claramente articulada y puesta a prueba, afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona la atmósfera ideal para el cambio al permitirle un análisis de sí mismo en un ambiente seguro. La amplia investigación realizada de este tipo de comunicación está permitiendo demostrar un impacto importante en los resultados clínicos y en la satisfacción de los usuarios. Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse aceptado y entendido, y que vaya avanzando en verse a sí mismo, y a la situación en que se encuentra, de una forma clara como primer paso para el cambio:

1.4.2.1. Preguntas abiertas

Son aquellas que no pueden contestarse solamente con una o dos palabras a diferencia de las preguntas cerradas, por ejemplo, ¿Qué te preocupa al ver estos análisis? o ¿cómo afecta el tabaco a tu vida? Este tipo de preguntas permiten y animan al paciente a explicarse, aumentando así su percepción del problema. Una persona cuando habla elabora información y emociones asociadas a lo que va diciendo. Una buena manera de comenzar una EM es con una pregunta abierta del tipo ¿... qué aspectos de tu salud te preocupan más?

1.4.2.2. Escucha reflexiva.

Es una de las habilidades fundamentales de la EM. Se trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final.

Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos:

Repetición: de alguna palabra dicha por el paciente y que nos parece importante.

Refraseo: Es como lo anterior pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.

Parfraseo: Aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras, porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.

Señalamiento emocional: Es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: “Te veo un poco triste”, “parece que esto que hablamos te emociona”.

Silencios: Utilizados de forma adecuada tienen un potente efecto reflexivo en el paciente, porque de forma no verbal le estamos indicando que le entendemos y aceptamos. Permiten, también, un tiempo imprescindible de autoobservación acerca de lo que acaba de decir y sentir.

Con la escucha reflexiva se trata de intentar comprender y deducir lo que el paciente quiere decir con exactitud.

1.4.2.3. Reestructuración positiva.

Significa afirmar y apoyar al paciente, destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él mediante comentarios y frases de comprensión. Sirve para rehabilitar su autoestima y el sentido de autoconfianza (“Debe ser difícil para ti mantenerte sin cocaína”, “Pareces una persona muy optimista”). A medida que el paciente se siente escuchado y aceptado por el terapeuta, él se vuelve capaz de escucharse y aceptarse, aumenta la comprensión y el control sobre sí mismo y su sensación de poder.

1.4.2.4.. Resumir.

Intentando destacar de lo dicho por el paciente lo que nos parece más crucial.

1.4.2.5. Afirmaciones de automotivación.

Favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras que pueden ser sobre diferentes aspectos:

1.4.2.6. Reconocimiento del problema.

¿De qué manera esto ha sido importante para ti?

1.4.2.7. Expresión de preocupación

¿Cómo te sientes con tu forma de beber?

1.4.2.8. Intención de cambio.

¿Cuáles son las razones que tú ves para cambiar?

1.4.2.9. Optimismo por el cambio.

¿Qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas? Una forma general de pregunta es: ¿Qué más...?

El que el paciente continúe realizando afirmaciones automotivadoras y analizando la ambivalencia dependerá, en parte, de nuestra manera de responder, siendo importante hacerlo de forma que comuniquemos aceptación, reforcemos la autoexpresión y estimulemos un análisis continuo.

El trabajo del profesional, en este tipo de entrevista, es facilitar la expresión por el propio paciente de los argumentos para cambiar como forma de resolver su ambivalencia y que avance hacia una decisión de cambio. Idealmente se trata de conseguir que el paciente quiera convencernos de la necesidad de que él cambie.

1.4.3. Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio.

Para que el diálogo sea fluido y eficaz avanzando hacia la determinación del cambio, las siguientes técnicas sirven de ayuda:

Reforzar de forma verbal y no verbal las afirmaciones de automotivación del paciente.

Hacer decisión balanceada, que significa indicar los aspectos positivos y negativos de ambas conductas, antigua y nueva a adquirir, que el paciente haya explicitado: “Dices que beber alcohol tiene cosas buenas como...y otras malas como...y también dices que no beber tiene como positivo...y como negativo...”.

Provocar la elaboración pidiendo ejemplos concretos y específicos, clarificando el cómo, cuándo, etc.

Utilizar los extremos imaginando la peor de las consecuencias posibles.

Mirar hacia atrás y/o hacia delante. Visualizar con el paciente cómo era antes de adquirir el hábito y/o cómo se encontrará después de abandonarlo.

Explorar valores realmente importantes para la vida del paciente (¿qué es importante en tu vida?).

Utilizar la paradoja, hacer de abogado del diablo. Esta técnica puede ser desbloqueadora de situaciones aparentemente irresolubles, pero es bastante arriesgada. Requiere adiestramiento y no puede utilizarse con cualquier persona, ya que precisa un cierto nivel de autoestima. Al ponerse el profesional del lado de los argumentos del paciente éste puede observar “desde fuera” lo absurdo de su situación. Tipos de intervenciones paradójicas son: “No creo que valga la pena que lo intentes” o “Por lo que dices, probablemente en este momento lo más acertado es que sigas bebiendo lo mismo”.

1.4.3.1. Trampas a evitar

“El conocimiento de las estrategias generales útiles para afrontar la entrevista motivacional implica comprender qué es lo que no se debe hacer”.

William R. Miller

Hay varias trampas que interfieren rápidamente en el progreso del paciente hacia el deseo del cambio. Son maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente:

1.4.3.2. Pregunta-Respuesta.

Significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente. Se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva. Como norma general conviene evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.

1.4.3.3. Confrontación-Negación.

Es lo más frecuente y la trampa que más interesa evitar. Cuanto más enfrentemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio con respuestas del tipo “No creo que sea tan serio el problema, porque olvido cosas cuando bebo”.

1.4.3.4. Trampa del experto.

Ofrecer, con la mejor intención, respuestas y soluciones al paciente llevan, a éste, a asumir un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la EM.

1.4.3.5. Etiquetaje.

Clasificar a un paciente por un hábito con etiquetas que, a menudo, acarrear un cierto tipo de estigma en la gente (“Eres alcohólico”). Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner las etiquetas que provocan resistencias innecesarias.

1.4.3.6. Focalización prematura.

Por lo que al sanitario le parece más importante mientras el paciente desea hablar sobre otros temas que le preocupan y que son más amplios. Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista y el empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, por ejemplo, en una adicción del paciente, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.

1.4.3.7. Culpabilización.

Desaprovechar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente.

1.4.4. Actuaciones adaptadas a los estadios del cambio.

El lema general es no adelantar nunca al paciente ni forzarlo a que tome decisiones precipitadas. Para esto es fundamental vencer nuestra ansiedad respecto a tener que hacer algo enseguida y a obtener resultados evidentes rápidamente. Debemos trabajar la motivación de los pacientes desde una perspectiva estadio-específica y no sólo desde la consideración de un cambio hacia el estadio de acción.

1.4.4.1. Estadio de pre-contemplación.

La persona no considera la conducta motivo de preocupación, aunque gente de su entorno cercano sufra las consecuencias. En esta fase podemos intentar, previa creación de un clima adecuado, incrementar el nivel de contradicción para que afloren motivos de preocupación. Hay que evitar las resistencias, la información no solicitada y la petición de cambios prematuros, siendo importante aprovechar el momento y la oportunidad de intervenir.

1.4.4.2. Estadio de contemplación:

Aquí el paciente ya considera el problema y la posibilidad del cambio pero la ambivalencia puede cronificar este estadio y hacerlo muy frustrante. Nuestra actuación se centrará en desarrollar estrategias adecuadas para moverlo hacia la determinación sin olvidar que la toma de decisiones la hace el propio individuo y no tanto por la información recibida. Las estrategias más adecuadas parecen las técnicas de apoyo narrativo y tienen como finalidad aumentar la disonancia cognitiva del paciente (discordancia entre conocimientos y conducta) dentro de un clima empático, ya que la persona se encuentra más receptiva a conectar con las implicaciones personales que comporta el cambio. Son útiles, en esta fase, el diario de salud y la hoja de balance.

El diario de salud es un registro escrito de la frecuencia con que suceden los hechos que se quieren estudiar y otros aspectos importantes relacionados con ella. Ayuda al paciente a aumentar la autopercepción sobre la conducta y sus consecuencias y al sanitario a realizar observaciones que le permitan proponer cambios específicos en los hábitos. Es más útil y preciso que la recogida de información sea diaria en lugar de semanal.

La hoja de balance es un registro escrito de las razones para continuar igual y las razones para desear el cambio. Sirve para clarificar las dificultades y los beneficios de la conducta y de cualquier cambio. En su forma más sencilla es una hoja de dos columnas y resulta útil dividirla en apartados sobre diferentes aspectos biopsicosociales.

1.4.4.3. Estadio de determinación hacia el cambio:

Aunque se haya decidido iniciar el cambio la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Tenemos que evitar las prisas, aunque resulte tentador insistir en esta fase. Conviene evaluar la intensidad y el nivel de compromiso para el cambio: ¿Existe una valoración realista, por parte del paciente, de las dificultades presentes? Tras valorar que haya indicadores de cambio y que el paciente lo haya verbalizado, podemos colaborar con él en la elaboración de un plan de acción aceptable, con objetivos concretos, útiles, alcanzables y medibles a corto plazo (¿Suprimir la ingesta de alcohol o disminuirla?). El hecho de que el paciente verbalice su compromiso de cambio aumenta las posibilidades de éxito.

1.4.4.4. Estadio de acción, de cambios activos:

Aunque el paciente suele referir que siente que ahora está tomando el control de su vida, éste es un momento muy estresante y duro de sobrellevar, por lo que suele ser necesaria una ayuda práctica y emocional. Debemos incrementar el sentido de autoeficacia del paciente y podemos ofrecerle información sobre otros modelos que hayan tenido éxito. Tanto en esta fase como en la siguiente hay que estar muy atentos para proporcionar apoyo, si fuera necesario, y minimizar la frecuencia de las recaídas.

1.4.4.5. Estadio de mantenimiento:

Tras un primer periodo de cambio, en que está elevado el sentimiento de confianza en la propia capacidad para controlar la nueva conducta, aparece una crisis de distinta intensidad en cada persona. En esta crisis interviene, entre otros factores, la añoranza por el placer asociado a la conducta que está abandonando. Para prevenir las recaídas, que ya hemos comentado que es un fenómeno muy frecuente, podemos evaluar con el paciente las situaciones de alto riesgo y desarrollar conjuntamente habilidades de afrontamiento para consolidar la nueva conducta: “¿Qué harás cuando te ofrezcan tabaco?”

1.4.4.6. Estadio de recaída:

Las recaídas han de entenderse como algo frecuente y normal en el proceso del cambio e incluso necesario en un contexto de aprendizaje, como es el cambio de hábitos arraigados. Conviene distinguir entre una caída ocasional, “un simple resbalón”, y una recaída mantenida. Una actitud por nuestra parte cálida, exenta de punición y con un mensaje claro de que un desliz aislado no tiene que implicar una recaída, puede ser efectivo para reforzar el sentido de autoestima del paciente y que no abandone la nueva conducta iniciada. Conviene evaluar los intentos previos de cambio y los sentimientos asociados a la aparición de la conducta (culpa, enfado, placer, alivio de estrés), así como la falta de habilidades para afrontar la nueva conducta o la presencia de situaciones estresantes del entorno.

Mientras que las estrategias motivacionales son más importantes en los primeros estadios del cambio (precontemplación, contemplación y determinación) el desarrollo de habilidades de afrontamiento y un adecuado sentimiento de autoestima son los aspectos fundamentales de los últimos estadios.

Como conclusión, señalar que la primera estrategia de la EM consistiría en realizar una aproximación al paciente que le permita posicionarse respecto al hábito insano. Esta primera tarea logra situar al paciente en un estadio en el continuo del cambio y permite el empleo de estrategias comunicacionales adaptadas a cada necesidad. Posteriormente, persigue promover una toma de conciencia por parte del paciente de un hábito insano, aumentando los niveles de contradicción entre sus creencias y sus actos y, por tanto, aumentando los niveles de conflicto. Por último, trata de ayudar a hacer efectiva la voluntad que puede emerger de las sucesivas entrevistas que se mantengan con cada persona

1.4.5. Entrevista motivacional breve

Las técnicas de EM representan mayor ayuda para los profesionales de atención primaria que para el resto, debido a la continuidad de la asistencia que se presta. Necesitamos técnicas breves y eficaces para aplicarlas en nuestra realidad de tiempo de consulta escaso y gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento:

- (i) Evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando nos centramos en informar y el paciente no está seguro de si desea el cambio.
- (ii) Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

La entrevista motivacional breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Estas breves intervenciones resultan eficaces y, además, incrementan nuestra satisfacción como profesionales.

Tiene cuatro momentos diferenciados:

- (i) Inicio de la entrevista: introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quieres que hablemos de...?).
- (ii) Exploración de motivos de preocupación: comporta que el paciente empiece a elaborar sobre sí mismo y le ayudamos con técnicas de apoyo narrativo (¿Qué dificultades crees que tienes para hacer ejercicio?).
- (iii) Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dices que cuando empiezas un régimen te pones triste y apagada).
- (iv) Finalizar realizando un sumario de lo expresado por el paciente y preguntándole si es correcto (¿Te he comprendido bien?).

1.5. Modelo Psicosocial

Cuando hablamos de aplicación y de intervención psicosocial no siempre resulta fácil sustraerse a un hecho fácilmente contrastable: la posible extensión de la teoría al mundo real no tiene límites; el campo de la intervención, por el contrario, es más parco. Intervenir no es ensayar sobre el papel la posibilidad de que determinados modelos teóricos funcionen, sino ponerlos en marcha para cambiar una determinada realidad: “los objetivos planteados en la Intervención Psicosocial se orientan a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades” (Hernández y Valera, 2001, p. 55) también concretos, cabría añadir, como son todos los que se encuentran en los próximos capítulos. Por su parte, la aplicación no ha pasado de ser, en muchos

casos, un interesante y aleccionador ejercicio retórico sobre cuán útiles podrían ser determinados modelos teóricos emanados de la Psicología social si los aplicáramos a un determinado aspecto de la realidad. La intervención, sin embargo, tiende a orillar los condicionales para centrarse en la utilidad real dentro de un contexto real. Para que el proceso de intervención psicosocial sea efectivo debe desarrollarse en diferentes etapas sucesivas claramente acordadas, y en cada una de ellas se deben estimular y trabajar paralelamente seis ejes transversales. A continuación se presenta un esquema del modelo de intervención psicosocial de prevención selectiva de drogas, las etapas sugeridas y los principales ejes de intervención.

El Modelo Psicosocial

La elección de esta referencia corresponde principalmente a su utilización en Chile en el campo de la Salud Mental; posee un uso habitual, tiene que ver con la óptica, con el entrenamiento de la mirada para descubrir desde aquí, lo conflictivo que trae el otro.

“El modelo psicosocial es, históricamente, la primera forma del casework social. Está caracterizado por dos elementos principales: Tiene en cuenta el aspecto psicológico y social que comporta cada caso, es decir, la persona en su situación. Y da importancia a un diagnóstico-evaluación que trata al mismo tiempo los problemas y los recursos, los puntos fuertes y los puntos débiles de la persona y de la situación. Algunos nombres son indisociables de este modelo: M. Richmond, G. Hamilton, C. Towle, que fueron prácticos experimentados y supieron extraer de su práctica una teoría cada vez más estructurada. F. Hollis es actualmente el representante más conocido de este modelo (Du Ranquet, 2007: 67)”.

Resulta de una mezcla de conceptos derivados de la Psiquiatría y de las Ciencias Sociales; la teoría psicoanalítica, es la principal teoría psicológica sobre la que se ha apoyado el modelo psicosocial, en sus comienzos; luego involucra el conocimiento y mixtura de otras teorías de la comunicación, de roles, de sistemas, del estrés, etc.

El modelo psicosocial se vale también de la teoría de sistemas, ya sea para la recogida de datos, la formulación del diagnóstico o la elaboración del plan de acción. Se dirige a la persona que pide ayuda en su contexto percibiéndola en relación con las interacciones y transacciones de su entorno, pudiendo convertirse este entorno en el objetivo de los esfuerzos del trabajador social. Para el modelo psicosocial, la unidad de atención es un conjunto de fuerzas en interacción, un sistema. (Du Ranquet, 2007, p. 69).

El mismo, posee una continuidad de etapas que son parte de la acción habitual de los trabajadores sociales que se desenvuelven en el área de la Salud Mental; desarrollando caso a caso un proceso, que a pesar de ser igual en su formato, cuyos resultados pueden ser diversos considerando principalmente los recursos del usuario. En la obra de Du Ranquet (2007) el comienzo de esta relación se define, en el modelo psicosocial, como:

Fase Inicial que persigue formular un diagnóstico y establecer una relación de trabajo con el cliente, propone:

a. Comprender el problema del cliente

Tarea que al mencionarla parece de Perogrullo pero, que puede poseer muchas condicionantes para que esta acción se concrete; prejuicios o caer en la generalización o dejar ver con un lenguaje no verbal, que no existe esta disposición, por ejemplo, son parte de las dificultades que se pueden observar en esta primera fase.

b. Establecer un primer diagnóstico

En la fase inicial se pueden percibir en el origen de la problemática algunas variables que luego habrá que profundizar y es probable que en el proceso aparezcan otras. Diagnóstico psicosocial que involucra conocer “las fuerzas y debilidades del cliente y de su situación”.

c. Comprometer al cliente en el tratamiento

Que actúa sobre la motivación y su resistencia, releva también una relación basada en una comunicación y comprensión reales.

d. Establecer una relación de trabajo

Relación que involucra “actos y palabras, pero, y sobre todo, a través de la comunicación no verbal”. (Du Ranquet, 2007: 77-78).

Esta fase inicial da como resultado la formulación de las dos primeras etapas de este método, el estudio psicosocial y el diagnóstico-evaluación de la situación, con objeto de definir el objetivo y el plan de acción. El modelo refuerza la idea de ver más allá de lo que se presenta como problema y poner el acento en la comprensión de las causas, además de insistir en la importancia de la visita domiciliaria en el entendido de que permite capturar mejor aspectos relacionados con la dinámica familiar y verificar las condiciones materiales de esa familia.

Se apoya sobre la observación..., sobre los conocimientos teóricos, médicos, psicológicos y sociales del trabajador social, sobre su experiencia personal y profesional que le permitirán dar su significado a los datos recogidos. Teóricamente, el diagnóstico puede pertenecer al tipo etiológico, dinámico o de clasificación. (Du Ranquet, 2007, p.80).

El establecimiento de los objetivos y del plan de acción es la tercera característica del modelo psicosocial. El diagnóstico no se hace de una vez por todas. Es un proceso dinámico que tiene en cuenta cada cambio y, por ende, modifica objetivos y medios de acción. (Du Ranquet, 2007, p.84).

“En la mayoría de los casos tendrá que utilizar conjuntamente las técnicas del trabajo social directo con el cliente y las técnicas de trabajo con el entorno”. (Du Ranquet, 2007. P.85-86).

La elección de las Técnicas de tratamiento en este modelo corresponden a la misma clasificación que realizó Richmond (1977) y que hoy ha sido adoptada por otros autores y que divide el tratamiento en:

Tratamiento indirecto o trabajo con el entorno:

Utilizar el entorno: el trabajador social se comunica con otras personas para obtener los recursos necesarios y para modificar el entorno. El explicar a otros las necesidades del cliente es otra técnica. Desempeñar el rol de mediador consiste en defender la causa del cliente. Participar en la creación de recursos es también responsabilidad del trabajador social.

Modificar el entorno: hacer desaparecer las incomprensiones con respecto al cliente, permite al entorno modificar percepciones y actitudes. Otra técnica es cambiar al cliente de medio.

Tratamiento directo o trabajo con el cliente:

El papel del trabajador social consistirá en ayudar al cliente a aprender qué recursos están a su alcance y cómo hacerlos valer. Se le ayudará también al cliente a conocer y a saber a quién dirigirse para saber qué y sobre qué. (Du Ranquet, 2007, p. 88-91).

Esta última involucra además las técnicas de apoyo y orientación que involucra la influencia directa, la aireación y la exploración; y las técnicas de reflexión y de comprensión que involucra la comprensión del comportamiento de la persona y la comprensión de los aspectos de su infancia (Du Ranquet, 2007).

Las herramientas pueden repetirse en un modelo y otro; las mismas que se utilizan en las entrevistas para el estudio, el diagnóstico y la definición del tratamiento, como son: la capacidad de observar, todo en la persona, y escuchar activamente, las visitas domiciliarias; el análisis, con el usuario, de la estructura y relaciones dentro del grupo familiar a través del genograma y con la comunidad a través del ecomapa; la recopilación de los datos en la ficha del usuario, con la documentación y sistematización de los mismos los antecedentes históricos, las acciones de seguimiento del caso, los informes emitidos, la evolución de las entrevistas, etc.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO III

LEY DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE, 20.084

1. Antecedentes

A partir del 8 de junio 2007 entró en vigencia la nueva ley de Responsabilidad Penal 20.084 ley garantista en donde los menores entre 14 y 18, son responsable de sus actos, esta ley reemplazará a la ley 16.618 ley punitiva que estaba en vigencia desde el año 1967.

Los principales objetivos de la ley N° 20.084 son la responsabilización y la reinserción social, eliminando del proceso el discernimiento, consagra el derecho a la defensa. La nueva ley incluye a la víctima en el proceso penal, la ley 16.618 eludía la participación de la víctima, también se le impone al adolescente un delegado, existiendo programas de reinserción. (www.leychile.cl)

Al establecer la responsabilidad penal desde los 14 años, distingue a dos segmentos: uno entre los 14 a 16 años y el otro entre los 16 a 18 años. Las penas privativas de libertad sólo serán establecidas para los delitos más graves.

En el primer segmento entre los 14 a 16 años, en la ley 16.618 no eran imputables penalmente, no se les aplicaba una pena, sino que se les aplicaban medidas de protección a cargo del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

En el segundo segmento entre los 16 y los 18 años se empleaba el examen de discernimiento, con el fin de saber si estaban conscientes del delito que habían cometido, en la nueva ley esto se eliminó. Si el juez creía que había sido un acto consciente el adolescente era condenado como adulto y llevado a recintos de gendarmería. Si era considerado sin discernimiento era llevado a los centros del SENAME, bajo la figura de protección, sin derecho a una defensa gratuita, sin límite de tiempo y sin las garantías de un debido proceso.

La nueva ley garantiza la defensa gratuita, no son llevados a centros carcelarios adultos, se realiza la separación entre recintos para adultos y para adolescentes, los centros a los cuales son llevados deben contar con programas de rehabilitación antidrogas y alcohol.

Las sanciones que contempla la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente son de tres tipos: privativas de libertad, no privativas de libertad y sanciones accesorias. Sanciones privativas de libertad: internación en régimen cerrado y semicerrado, además de sanciones accesorias.

1.1. Sanciones privativas de libertad: internación en régimen cerrado y semicerrado, además de sanciones accesorias.

- El régimen cerrado obliga a los jóvenes a desarrollar actividades dentro de recintos del Servicio Nacional de Menores.
- El régimen semicerrado establece la residencia obligatoria en un centro, pero se cuenta con programas que se desarrollan también en el exterior del establecimiento.
- En ambos regímenes de internación se incluyen la continuación de estudios, el aprendizaje de oficios, el manejo de tecnologías digitales, el tratamiento de adicciones y el fortalecimiento del vínculo con la familia.

1.2. Sanciones no privativas de libertad:

- Libertad asistida y libertad asistida especial, donde el adolescente es orientado, controlado y motivado por un delegado, que debe procurar su acceso a programas y otros servicios necesarios para la reinserción. El delegado es el representante de una institución colaboradora acreditada que ha celebrado los convenios respectivos con el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Este tipo de sanción no podrá exceder los tres años.
- Reparación del daño causado a la víctima, que se hará efectiva mediante una prestación en dinero, la restitución o reposición del objeto o cosa de la infracción o un servicio no remunerado en su favor, previa aceptación del condenado y la víctima.
- Servicios en beneficio de la comunidad, mediante actividades no remuneradas que no excedan las 4 horas diarias, compatibles con la actividad educacional o laboral del adolescente. La sanción tendrá una extensión mínima de 30 horas y máxima de 120.

- Multas y amonestaciones. El juez podrá imponer una multa a beneficio fiscal que no exceda las 10 unidades tributarias. Para ello se considerará la condición y facultades económicas del infractor y de la persona que está a su cuidado. La multa se podrá pagar en cuotas o será conmutable por servicios a la comunidad, a razón de 30 horas por cada 3 unidades Tributarias mensuales.
- Sanciones accesorias, contemplan la rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol. También se puede prohibir la conducción de vehículos motorizados hasta cumplir los 20 años.
- Penas y sanciones que se aplican a los delitos más graves: Para robo con violencia, robo con violación, secuestro con violación o robo con homicidio: al menos dos años de reclusión en régimen cerrado, periodo después del cual pueden acceder a cumplir sus penas en régimen semicerrado.
- Para homicidio calificado o robo calificado: penas entre 5 años y 1 día, y 10 años y 1 día. El rango de sanciones aplicables para estos delitos son de régimen cerrado con programas de reinserción social y régimen semicerrado con programas de reinserción social, respectivamente.
- Para robo en lugar habitado y robo con violencia o intimidación: las penas van desde los 3 años y 1 día, a 5 años con régimen cerrado con programas de reinserción social, régimen semicerrado con programas de reinserción social y libertad asistida especial.
- En caso de riñas con resultado de homicidio, lesiones graves y porte ilegal de armas: las penas van desde los 541 días a 3 años de cárcel. Para estos delitos se contemplan sanciones en régimen semicerrado con programas de reinserción social, libertad asistida en cualquiera de sus formas y prestación de servicios en beneficio de la comunidad (www.bcn.cl).

Gracias a los antecedentes de la ley expuestos contaremos con una perspectiva más amplia de las sanciones a las cuales están sometidos los adolescentes que

infringen la ley, pudiendo realizar un análisis en donde se tubo presente las reclusiones que vivencian a su corta edad.

1.3 Procedimiento del Sistema Judicial.

Los adolescentes que posean entre 14 y 17 años 11 meses y 30 días, luego de cometer una infracción a las normas establecidas en nuestra sociedad, son sometidos al sistema judicial con el debido proceso según lo dispuesto por la Ley, en el siguiente flujograma se podrá apreciar con claridad dicho procedimiento, mencionando cada etapa en donde los adolescentes son inocentes hasta que no se demuestre con pruebas certeras lo contrario.

Luego se procede a la audiencia de formalización donde se notifica a los padres o al tutor, si el juez lo determina estará en internación preventiva en un Centro dispuesto por el Sename, en caso contrario permanecerá con medida cautelar no privativa o sin medida cautelar.

Después se procede a la etapa investigativa donde se encuentra a cargo el Juez de garantía donde las posibles alternativas son; salidas alternativas, donde encontramos suspensión condicional del procedimiento, también están los procedimientos cortos que pueden ser abreviado, simplificado, monitoreo, inmediato, aquí es donde surge la sentencia donde las posibles alternativas son la condena o absolución y por ultimo encontramos el sobreseimiento que puede ser temporal o definitivo.

La condena puede ser una sanción privativa de libertad, a cargo del Sename, no privativa, a cargo de la red privada de la misma institución, y por último condenas accesoria, como lo son el tratamiento de drogas, a cargo de SENDA y prohibición de conducir, a cargo del registro civil.

1.4. Aspectos principales, ley Responsabilidad Penal Adolescente 20.084

Objetivo de la ley

“Hacer efectiva la responsabilización de los adolescentes por los hechos delictivos que cometan, de tal manera que la sanción forme parte de una intervención

socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social” (Ley Responsabilidad Penal Adolescente, op cit, art 20°)

- Fue promulgada el 28 de noviembre 2005 y publicada el 7 de diciembre del mismo año. Entró en vigencia el 8 de junio de 2007
- Establece un sistema de responsabilidad para los adolescentes entre 14 18 años por infracciones a la ley Penal, las que están limitadas a los hechos tipificados en el Código Penal y en las demás leyes penales.
- Da cuenta de un intento por adecuar la normativa interna a los estándares internacionales, consagrando garantías procesales como el derecho a defensa, el debido proceso, el derecho a ser oído y la separación de los adultos, entre otros.
- Contiene consecuencias y procedimientos diferencia dos de los adultos. Las sanciones además de explicar un énfasis en la responsabilización, supone un componente socioeducativo, que debería tener La finalidad de favorecer la reinserción de los adolescentes.

1.5 Consecuencias Jurídicas

(Artículo 6°)

- a. Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social.
- b. Internación en régimen semi-cerrado con programa de reinserción social.
- c. Libertad asistida especial.
- d. Libertad asistida.
- e. Prestación de servicio en beneficio de la comunidad.
- f. Reparación del daño causado.
- g. Multa.
- h. Amonestación.

1.6 Penas Accesorias:

- a. Prohibición de conducción de vehículos motorizados.
- b. Comiso de los objetos, documentos e instrumentos de los delitos , según lo dispuesto en el Código Penal, el Código Procesal Penal y leyes complementarias.

(Artículo 7°)

” (...) Siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol”. (UNICEF, 2007, p.03)

CAPITULO IV

FUNDACIÓN PARÉNTESIS.

Existen diversas organizaciones, fundaciones, corporaciones, que trabajan la temática de rehabilitación de alcohol y/o drogas a lo largo del país. Durante el 2007 se abren concursos públicos en donde estas diversas organizaciones postulan a trabajar con este perfil de jóvenes y bajo este lineamiento; todo esto es subvencionado por el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes -CONACE- (actualmente SENDA) en lo que respecta a la rehabilitación de alcohol y otras drogas, paso continuo a la reinserción social de los jóvenes infractores de la ley 20.084.

Una de estas organizaciones es Fundación Paréntesis que nace de la integración del Área Riesgo Social del Hogar de Cristo y Fundación Credo. Ambas organizaciones llevan décadas desarrollando programas y acciones que se fundamentan en principios y valores universales, que reconocen como punto de partida la dignidad de la persona humana, sus derechos y deberes y su naturaleza social. La creación de esta nueva Fundación da la oportunidad de preservar y potenciar ambas historias, sumar los conocimientos acumulados y mirar al futuro con una visión y una misión construida sobre la base de lo que hemos avanzado hasta ahora. (www.fundacionparentesis.cl)

Esta organización busca incorporar una mirada diferente en el discurso sobre las temáticas sociales. Es un diálogo a partir de aportes novedosos, basados en evidencias científicas y con la experiencia de veinte años de trabajo terapéutico. Es la práctica de cuestionar nuestros saberes en forma sistemática. Representa la necesidad de suspender el enjuiciamiento para acoger a las personas tal cual son, generando espacios de libertad. Poner entre paréntesis significa que las experiencias dolorosas o problemáticas, pueden ser transitorias en la vida de las personas y que éstas no definen la identidad de quien las vivencia.

1. Programa Terapéutico Solidaridad

1.1. Características:

El **Programa Terapéutico Solidaridad**, en el cual desarrolla esta investigación, tiene las siguientes características:

- Es de carácter ambulatorio intensivo especializado en el tratamiento del consumo de drogas y alcohol, dirigido a adolescentes de ambos sexos menores de 20 años, provenientes de la Comuna de Renca.
- La metodología de trabajo se focaliza con el adolescente, la familia y la comunidad, visualizando las necesidades del sujeto desde una mirada integral que nos permita intervenir no tan solo en lo que respecta al joven y el consumo sino que en todo lo que rodea la problemática particular por la cual llega el joven al programa.

1.2. Objetivo:

“Lograr una inserción social, educacional y laboral con adolescentes que viven en situación de vulnerabilidad y exclusión social, que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas, contribuyendo a su promoción, dignificación e inclusión social”.

1.3. Población Objetivo

Jóvenes derivados de medidas asociadas de la Ley 20.084 que presentan consumo de riesgo moderado a alto, con compromiso biopsicosocial de moderado a severo, en algunos casos junto a una enfermedad psiquiátrica severa compensada. Con red de apoyo familiar que puede apoyar el tratamiento (con dificultad).

1.4. Principios Orientadores

Los Principios Orientadores son los siguientes: “Integralidad en la atención, Atención personalizada, Flexibilidad en la atención, Dimensión Evolutiva, Responsabilización, Reparación de Derechos, Trabajo en Red y Acompañamiento Terapéutico”.

1.5. Intervención

La intervención se desglosa de la siguiente manera:

- El Programa Terapéutico Solidaridad funciona a través de una estructura de trabajo a nivel individual, familiar y grupal.
- El tratamiento se organiza en fases, las que están especialmente diseñadas, de tal manera que permiten su compatibilidad con un Plan de Intervención Individual (PII) de cada joven, como se muestra en la figura:

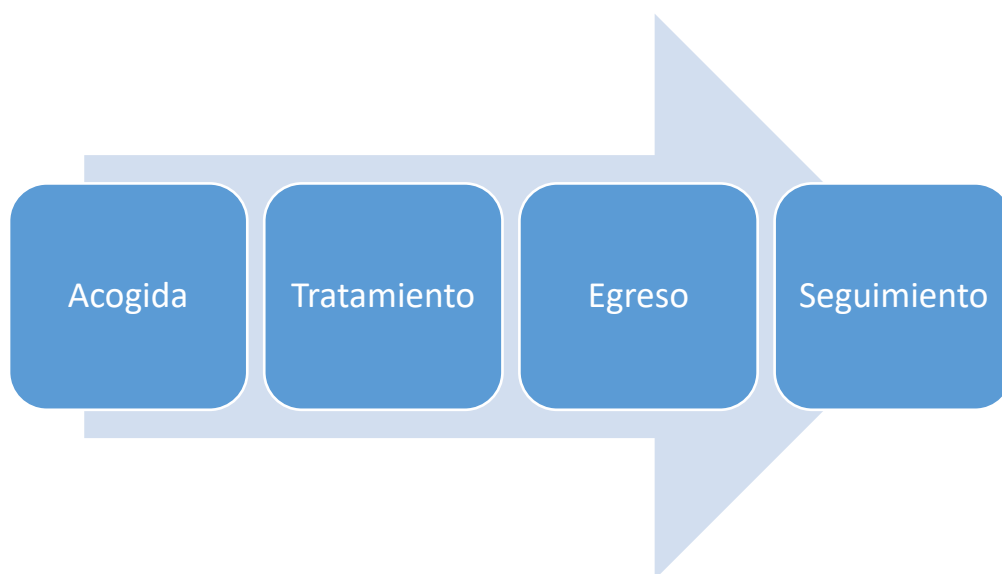


Figura 3: Diagrama de flujo que muestra las fases del tratamiento.

1.6 Cobertura

El P.T. Solidaridad cuenta con una cobertura total de 204 plazas anuales, las cuales se dividen en 17 plazas mensuales. Se hace la salvedad que sí en un mes hay déficit en cubrir todas las plazas, se pueden ir nivelando en los meses venideros.

1.7 Equipo de trabajo

Para la atención de estas plazas, se cuenta con un equipo responsable que trabaja en modalidad de jornada completa, compuesto por los/as siguientes profesionales:

- Director de Programa

- Psicóloga
- Trabajador Social
- Técnico en Rehabilitación
- Educador Trato Directo
- Secretaría
- Psiquiatra (12 hrs. mensuales)
- Terapeuta Ocupacional (22 hrs. semanales)
- Profesor de Educación Física (5 hrs. semanales)

CAPITULO V

COMUNA DE RENCA

Renca es una comuna ubicada en el sector norponiente de la ciudad de Santiago, capital de Chile. Fue fundada en 1894 y antiguamente se llamó Villa de Renca. Limita con la comuna de Quilicura al norte, Conchalí e Independencia al este, Quinta Normal y Cerro Navia al sur, y Pudahuel al oeste



Figura 4: Ubicación de la comuna de Renca.

1. Fundación de la Comuna

La Municipalidad de Renca nació legalmente el 24 de diciembre de 1891, fecha en que apareció publicado en el Diario Oficial un decreto del Ministerio del Interior, que creaba, entre otros la Municipalidad de Renca. La historia de Renca como comuna, parte a la una de la tarde de un 6 de mayo de 1894, cuando se celebró la Primera Sesión Ordinaria de la Municipalidad de Renca, o sea, más de dos años después

de la creación legal del Municipio, bajo la presidencia del Sub - delegado de Gobierno, don Javier Gómez. En dicha sesión se procedió a elegir a las autoridades municipales, siendo elegido como primer alcalde don Fernando Olivares. En esta oportunidad también fueron elegidos algunos regidores.

Al nacer como comuna, la Villa de Renca, así designada por ley en 1895, registraba 2.451 habitantes y sus límites eran: al norte: el estero El Membrillo, por el este línea férrea de Valparaíso y callejón las Hornillas (actual Vivaceta), por el sur el Río Mapocho y al oeste prolongación del estero El Membrillo.

De acuerdo al rol de avalúo de 1896, la comuna poseía más de cien propiedades agrícolas, de las cuales 34 eran de un valor que superaban los sesenta mil pesos cada una, esto significaba que era de gran importancia.

Su nexos con la ciudad capital era el ferrocarril y el camino a Renca, que salía desde la Cañadilla (actualmente Independencia), callejón las Hornillas y luego de unos 5 kilómetros se encontraba Renca.

El carácter agrícola de la zona se fue perdiendo a medida que avanzaban las obras de canalización del Río Mapocho y los agricultores se fueron replegando hacia el interior del valle, con lo que Renca adquiere características de "Comuna Dormitorio".

Para 1930 el rol de avalúo registraba 1.603 propiedades de las cuales 1.474 eran urbanas y sólo 129 rurales. En treinta años se había producido un cambio notable en la fisonomía comunal. En cuanto a su población ésta se elevaba a 11.507 habitantes, cinco veces más, de lo que tenía al crearse la comuna.

La agricultura proporcionaba todo tipo de hortalizas, verduras y frutas, también existían viñas y se cultivaban flores, como gladiolos y crisantemos. Tres de las viñas más importantes era: Santa Teresa de Lo Boza, propiedad de los padres de Balmaceda, Santa Juana (actual J. A. Ríos 1 y 2), y el Carmen (actualmente poblaciones Huamachuco 1, 2 y 3).

Hasta antes de la organización portaliana. Renca mantuvo una gran extensión colonial, vale decir, un territorio definido por la Iglesia como campo de operaciones

de la parroquia y que abarcaba: Casablanca, Quilpue, Quilicura, Colina, Pudahuel y Quinta Normal.

Entre los hitos históricos de la comuna se cuenta el hecho que en su parroquia fue bautizado un niño llamado Manuel Rodríguez. Otro prócer que recibió a los santos óleos y crismas fue José Manuel Balmaceda, bautizado en la capilla del fundo Santa Teresa de lo Boza, y que llegara ser Presidente de Chile.

Algunos pueblos que vivieron en la gran región de Renca fueron: Colina (Agua Caliente); Quilicura (Piedra Torcida); Lampa (Arena blanca); Quilpué (Palo hueco); Curacaví (Varias piedras), entre varios otros que se desarrollaron en este sector.

La Plaza Mayor de Renca estaría construida sobre un cementerio precolombino, que se extendía en el sector que abarca la plaza.

La chacra El Paraíso, estaba ubicada donde hoy se encuentra la población Infante. Esta chacra pertenecía a un francés que criaba chanchos y en una subida del Río Mapocho se llevó toda la crianza, el francés se subió a su coche tirado por caballos y salió en busca de sus animales, murió arrastrado por las aguas.

El autor de la primera canción nacional, Manuel Robles Gutiérrez, era vecino de Renca. De su canción actual se conserva el estribillo, puesto que la canción debió ser cambiada por ser considerada una ofensa a los españoles.

2. Renca en la actualidad:

La Ilustre Municipalidad de Renca es dirigida en el periodo 2016-2020 por el Alcalde Claudio Castro Salas (PDC), el cual es asesorado por los Concejales:

- Jorge Andrés Lozano Ibacache
- Cristián Sandoval Saavedra (PDC)
- Virginia Fuentealba Vergara (Ind./PS)
- Víctor Barahona Ugarte (UDI)
- Nora Contreras Canales (UDI)
- María Luisa Irazoqui Becerra (Ind./UDI)

- Ishkra Calderón Soto (PCCh)
- Teresa Cordero Villarroel (PPD)

3. Representación parlamentaria:

La comuna de Renca pertenece al Distrito 9, en donde además se encuentran las siguientes comunas: Cerro Navia, Conchalí, Huechuraba, Independencia, Lo Prado, Quinta Normal y Recoleta.

Los Diputados electos, son: Boris Barrera y Karol Cariola (Partido Comunista), Jorge Durán (Renovación Nacional), Cristina Girardi (Partido Por la Democracia), Sebastián Keitel (Evolución Política), Erika Olivera (Independientes), Maite Orsini (Revolución Democrática).

Por otra parte, la elección de Consejeros Regionales, está dispuesta de la siguiente manera y abarca las siguientes comunas: Conchalí, Huechuraba, Pudahuel, Quilicura y Renca: María Antonieta Saa (PPD): 36,46%, Carlos Norambuena Castro (UDI): 9,09% y Carmen Romo Sepúlveda (DC): 5,73 %.

4. Antecedentes Demográficos

La información contenida en este capítulo, extraída principalmente del Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), permite caracterizar a la población en distintos aspectos en un momento determinado y en distintas niveles territoriales, ya sean nacionales, regionales o comunales. Se entrega información estadística de población total del país, desagregada por grupo de edad y sexo, además de información sobre declaración de pertenencia a etnia y religión. Del análisis de estas características de la población se entregan índices de masculinidad y de dependencia demográfica. Según el Censo del 2002 la población nacional estaba compuesta por 15.116.435 personas, mientras que para el 2015 la proyección de la población estimada era de 18.006.407 personas, lo que representa un 19,1% de aumento.

Población total año 2002 y proyección de población año 2015

Territorio	Año 2002	Año 2015	Variación (%)
Comuna de Renca	133.518	151.500	13,47
Región Metropolitana de Santiago	6.061.185	7.314.176	20,67
País	15.116.435	18.006.407	19,12

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

Población por grupos de edad 2002 y 2015.

Edad	2002	2015	% según Territorio 2015		
			Comuna	Región	País
0 a 14	35.125	32.124	21,20	20,04	20,36
15 a 29	35.309	38.057	25,12	23,42	23,79
30 a 44	31.375	31.480	20,78	22,53	21,36
45 a 64	23.361	37.527	24,77	24,03	24,17
65 y más	8.348	12.312	8,13	9,98	10,32
Total	133.518	151.500	100	100	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

1.3 Población según religión declarada 2002 INE

Religión	Total	% según Territorio		
		Renca	Región	País
Católica	65.245	66,31	68,74	69,96
Evangélica	16.551	16,82	13,08	15,14
Ninguna, ateo, agnóstico	9.901	10,06	10,37	8,30

Otra religión	6.696	6,81	7,81	6,60
Total	98.393	100	100	100

Fuente: Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

5. Antecedentes Sociales:

La información contenida en este capítulo corresponde al porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos, de la Encuesta de Caracterización Social (Casen) del Ministerio de Desarrollo Social, y los indicadores de hacinamiento y saneamiento de la Ficha de Protección social (FPS). Según el Ministerio de

Desarrollo Social, el nuevo cálculo del indicador de pobreza por ingreso se enmarca en la actualización de la metodología de medición. Dentro de los principales cambios incorporados se destaca la Actualización de la Línea de pobreza y pobreza extrema, realizada a partir de una actualización de la Canasta Básica de Alimentos y de la Canasta Básica de Bienes y Servicios no alimentarios (Base VII Encuesta de Presupuestos Familiares de 2011-2012); también, en vez de tener una única línea de pobreza y pobreza extrema expresada en valores Per capita, se definen distintas líneas de pobreza y de pobreza extrema que dependen del tamaño del hogar. Así la Encuesta CASEN indica que el porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos en Chile era un 22,2% el año 2011 y el año 2013 era de 14,4%, lo que representa una disminución 7,8 puntos porcentuales.

Población según pobreza por Ingresos CASEN 2011 y 2013, Metodología SAE CASEN 2011-2013

Territorio	% de Personas en Situación de Pobreza por Ingresos	
	2011	2013
Comuna de Renca	23,20	8,99
Región Metropolitana de Santiago	15,70	9,20

País	22,20	14,40
------	-------	-------

Fuente: Estimación de la pobreza por ingresos a nivel comunal 2013 Nueva metodología (SAE e imputación de medias por conglomerados) CASEN, Ministerio de desarrollo social.

Índices de hacinamiento de hogares FPS cierre julio 2013 e Índice de saneamiento de hogares FPS cierre julio 2013

Indicadores	Porcentaje de Hogares		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio	24,23	21,49	19,88
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico	3,17	2,71	2,32
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario	11,17	10,90	16,98

Fuente: Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social.

6. Antecedentes de Salud:

Los indicadores de salud seleccionados en este capítulo se refieren, en primer lugar, a los establecimientos de salud en la comuna. También la cantidad de personas que se encuentra inscrita en el sistema de salud municipal, que en Chile al año 2012 era de 12.993.022 inscritos. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) clasifica a sus beneficiarios en tramos según ingreso (A/B/C/D), lo que determina su forma de acceder a la atención de salud. El año 2013, del total de los afiliados a FONASA, el 23,5% pertenecía al grupo A (personas carentes de ingresos), personas para las cuales no está disponible la modalidad de libre elección.

Número de establecimientos de salud según tipo, DEIS 2015

Número de Establecimientos	Comuna	Región	País
Centro de Diagnóstico y Terapéutico	0	2	10
Centro de Diálisis	0	0	35

Centro de Referencia de salud	0	5	9
Centro de Salud	0	128	382
Clínica	0	86	172
Consultorio General rural	0	19	117
Consultorio General urbano	4	151	465
Dirección Servicio de salud	0	6	29
Establecimiento Alta Complejidad	0	26	64
Establecimiento Baja Complejidad	0	2	103
Establecimiento Mediana Complejidad	0	7	28
Hospital (No perteneciente al SNSS)	0	10	30
Laboratorio Clínico o dental	0	20	228
Oficina Sanitaria	0	0	3
Posta de Salud Rural	0	51	1.177
Puesto de Atención Médica Especializada	0	0	3
Vacunatorio	0	4	29
Total	4	517	2.884

Fuente: Base de establecimientos de salud, Ministerio de Salud (MINSAL).

7. Indicadores educacionales:

En este capítulo se presentan un conjunto de datos e indicadores que permiten tener una visión resumida de la realidad comunal. En primer lugar los tipos de establecimientos educacionales que imparten educación escolar en las comunas del país. Los datos sirven para comparar la comuna con la región y el país, entender cómo se distribuyen los establecimientos por dependencia -municipal, particular

subvencionado, particular pagado- y si han existido variaciones en los últimos dos años. Asimismo, se aportan los resultados promedio de las pruebas de medición de calidad (Simce) durante la trayectoria escolar y los resultados al egreso del sistema escolar, Pruebas de Selección Universitaria (PSU), en orden a observar elementos de desempeño.

Establecimientos educacionales por dependencia 2012-2014

Establecimientos	Comuna		Región		País	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Corporación Municipal	17	15	445	434	1.131	1.106
Municipal DAEM	0	0	290	288	4.383	4.225
Particular Subvencionado	41	43	1.991	2.046	5.965	6.065
Particular Pagado	0	0	304	288	625	595
Corporación de Administración Delegada	1	1	33	33	70	70
Total	59	59	3.063	3.089	12.174	12.061

Fuente: Base de establecimientos educacionales, MINEDUC.

Matrícula por nivel de educación 2012-2014

Mat. según Nivel de Educ.	Comuna		Región	
	2012	2014	2012	2014
Educación parvularia	2.484	2.896	351.589	378.052
Enseñanza básica niños	14.035	14.589	1.962.255	1.939.926
Educación de adultos	78	50	19.666	17.491
Educación especial	1.417	1.587	159.517	176.818

Enseñanza media niños	5.750	5.859	938.936	909.674
Enseñanza media adultos	629	404	119.304	119.358
Total	24.393	25.385	3.551.267	3.541.319

Fuente: Base de Matrículas, MINEDUC.

Resultados SIMCE Segundo Medio 2010-2013.

2do Medio	Comuna		Región		País	
	2010	2013	2010	2013	2010	2013
Lectura	259	244	264	256	259	254
Matemática	260	261	264	274	256	267

Fuente: Resultados SIMCE por comuna, Ministerio de Educación (MINEDUC)

TERCERA PARTE
ANALISIS DE LOS DATOS

CAPÍTULO VI

PERCEPCIÓN DE LOS JÓVENES INFRACTORES DE LEY

Para poder conocer y describir la percepción que tienen los usuarios del Programa Terapéutico Solidaridad en relación a las tareas del Trabajador Social, se realizó un grupo focal con 7 jóvenes que asisten actualmente a tratamiento de rehabilitación en el centro ubicado en la comuna de Renca. La información recolectada en el trabajo del grupo focal, se analiza a continuación:

- a.1) Establecer el nivel de conocimiento que tienen los jóvenes del Programa Terapéutico Solidaridad, sobre el rol y las funciones del Trabajador Social

El nivel de conocimiento que los jóvenes del programa tienen sobre las tareas del Trabajador Social es bajo, ya que de los siete jóvenes participantes del grupo focal, cinco no saben quién es el Trabajador Social, evidenciando el desconocimiento de las tareas que el profesional lleva a cabo y la poca claridad que existe en torno a los roles y las funciones del Trabajador Social, lo que dificulta su identificación.

Esta situación se presenta, porque dentro del programa, existen diversas figuras que intentan prestarle apoyo a cada uno de los afectados, los jóvenes al recibir asesoría, soporte, indicaciones y sobre todo consejos, tienden a confundir qué papel desempeñan los diferentes involucrados en el Programa, y esto conlleva a que no logren diferenciar qué profesional los atiende.

A continuación algunas de las afirmaciones de los jóvenes luego de consultarles si conocen al Trabajador Social y si pueden distinguir su labor en el proceso que han vivenciado en el programa.

-“Son esos weone` que, que, que... una weá de la sociedad po`”

-“No sé yo...”

-“Yo nunca he cachado qué es el trabajo social po won`, no sé ni qué significa”

“Los que te acompañan pa todos lao...” (Grupo Focal, Jóvenes)

Se puede apreciar la desinformación que acompaña la respuesta de los jóvenes, evidenciando la debilidad en torno a la especificación de las tareas del Trabajador Social, lo que se extiende a las demás profesiones que componen el equipo interdisciplinario del programa, sin embargo los jóvenes saben que el equipo está compuesto por diferentes profesionales, mas no logran definir lo que cada uno realiza, con sólo una excepción, como lo expresan en las siguientes frases:

“...todos te preguntan las mismas weas: en el colegio, en la fiscalía, los delegaos, acá en el programa; a todos les respondo y les cuento las mismas weas...”

*“El profesor de educación física, el jefe que es el Miguel, y el Felipe es Educador, la tía Vicky es, ¿cómo se llama esa cuestión?, Trabajador social!, la tía Isabel
También”*

“No po’, si todos preguntan lo mismo.”

“Hace trabajo social po’, así como trabajo pa`... ¡cómo no cachai!”

“Busca reinsertarte socialmente...” (Grupo Focal, Jóvenes)

Otro aspecto a considerar dentro de la experiencia del grupo focal es la poca seriedad que los jóvenes expresan al momento de participar y responder las preguntas, esto podría manifestarse de esta forma por el nivel de complejidad de sus realidades, pero también podría evidenciar la relación más bien informal que existe entre ellos como usuarios y el programa.

La falta de seriedad que se evidencia dentro del grupo focal, también puede obedecer a la inmadurez emocional aunado con la falta de prudencia y sensatez. Existen muchas características que se asocian con la inmadurez, una de ellas se representa cuando el joven aún no tiene pleno conocimiento de su propio yo, no identifica cuáles son sus fortalezas, ni sus debilidades, por lo general no conoce sus objetivos de vida, por otro lado, por estar involucrado en situaciones marcadamente complejas, no reconoce correctamente sus virtudes, y se encuentra inmerso en un estado de negatividad constante. Producto de esas mismas situaciones tóxicas está expuesto constantemente a variaciones en el ánimo y humor, y esto se evidencia

porque carece de una estabilidad emocional. Su personalidad, por lo general es fluctuante, oscila entre días en dónde puede estar con una actitud positiva, cómo pueden existir momentos del día en el que siente que no tiene nada que aportar. Aunado a lo anterior, también entra en juego el hecho de que no poseen un nivel de responsabilidad y compromiso con el Programa, esto se evidencia, cuando en las respuesta se observa que no hay ningún síntoma de responder de una forma asertiva y sobretodo apropiada, sin considerar el tiempo que invierten los profesionales en prestarle atención a sus problemáticas.

En seguida se exponen frases relacionadas con la descripción de las tareas que le competen al equipo interdisciplinario.

“Son ratis hermano”

“La droga lo tiene cagao”

“El Miguel es el jefe po`, el Felipe es el voluntario...La tía es la manager...jajaja...”

(Grupo Focal, Jóvenes)

Resulta difícil para los jóvenes definir el rol y las funciones del Trabajador Social, ya que éstas se realizan también por otros profesionales, complementando la intervención en función de los recursos humanos a disposición. En ese sentido, se puede advertir que la falta de delimitación en las funciones que cada integrante del equipo realiza dificulta que los jóvenes reconozcan con claridad la labor específica de cada uno de ellos en tanto a su disciplina, esto se deja entrever en las respuestas que se relacionan con las visitas que reciben en sus domicilios;

-“Todos van, hasta la secretaria va...”

-“A mí me va a ver el tío Felipe y el tío Oscar”

-“El tío Oscar, la tía Isabel, pero no sé, no me van a ver nunca, me tienen medio botado parece...” (Grupo Focal, Jóvenes)

Esta mixtura de profesionales de las ciencias sociales, realizando una misma función dentro de un determinado programa, claramente trae como consecuencia que el Trabajo Social como tal, sea difícil de dilucidar para los jóvenes, lo cual también es responsabilidad del Trabajador Social en sí, ya que no es capaz de

autodefinirse frente a ellos y deshilar en que consiste su carrera, explicando que ésta se complementa con la labor desempeñada en determinado programa, pero que abarca muchas más áreas de las que se pueden intervenir en el programa específico; solo así el sujeto de atención podrá identificar y reconocer nuestra labor, así como la sociedad entera.

a.2) Caracterizar el tipo de relación que tienen los jóvenes del Programa Terapéutico Solidaridad con el Trabajador Social, principalmente en lo que a sus funciones respecta (utilitaria, de confianza y/o demandante).

Caracterizar el tipo de relación que tienen los jóvenes del Programa Terapéutico Solidaridad con el Trabajador Social resulta complejo, ya que cada uno de los jóvenes establece relaciones particulares con el profesional, impidiendo generalizar. No obstante, en los relatos es posible revelar una cercanía y confianza para con el equipo en general, mas no específicamente con el Trabajador Social debido a lo mencionado anteriormente en relación a los roles y funciones. Empero la relación que los jóvenes tienen con el trabajador social es de confianza y demandante, ya que visibilizan el programa como un espacio cercano y de protección, más bien familiar como muestran los siguientes comentarios:

“Es como parte de la familia, es como una segunda casa”.

“El que sabe todo de uno es él po”

No, yo no tengo amigos aquí, pero son más cercanos. (Grupo Focal, Jóvenes)

En tanto algunos de los jóvenes muestran resistencias para algunas de las fases del tratamiento, mostrándose más distante con la oferta del programa, alejados de las actividades y objetivos de la intervención de la que forman parte.

-No po', es que yo no deajo que me hagan intervenciones, me retobo.

-¡Nada! Si yo no hago intervención, yo aquí vengo a puro lesiar. Puro que ando weando en el sicólogo y el siquiatra, a los talleres no me gusta venir. (Grupo Focal, Jóvenes)

A modo de conclusión, el material analizado provee de algunos puntos a destacar en tanto permiten avanzar en describir cómo los jóvenes que son parte del programa entienden y significan el rol del Trabajador Social.

Existen factores dentro del desarrollo de la personalidad de los jóvenes que los hacen más vulnerables con respecto a otros, todo depende del ambiente en donde se desenvuelven los mismos y las herramientas emocionales con las que cuentan durante este proceso de crecimiento.

Resulta evidente, que la principal observación que se puede extraer del discurso de los jóvenes es que éstos se encuentran en un desconocimiento general acerca del rol y funciones que posee el Trabajador Social del programa, esto puede obedecer a varios factores, entre ellos está la duplicidad de funciones que desempeñan los diferentes miembros del programa, los jóvenes reciben constantemente asistencia de los diferentes miembros, y a su vez reciben soporte psicológico a la par de la asistencia, por esto, los jóvenes no logran dilucidar cuál es el papel específico de cada miembro; para ellos, todos cumplen de manera similar las mismas funciones, y a su vez, éstos no se encargan de esclarecer las dudas que pudiesen tener en función de este aspecto. No se preocupan por identificar dichos roles y se conforman con recibir los diferentes apoyos. Otro factor que puede ser considerado como determinante, lo explicábamos párrafos arriba y se trata de abordar el tema de la inmadurez emocional de los jóvenes, la falta de interés que demuestran cuando se abordan temas que no son de su completa conveniencia, los hace generar respuestas que por lo general se inclinan a responder por responder, o a responder por mero compromiso de encontrarse frente a los entrevistadores. Al analizar las respuestas, se evidencia además, que las mismas carecen de estructuración, es decir, los jóvenes no se preocuparon por ofrecer detalles sobre el soporte que reciben por parte del trabajador social y otras figuras, respuestas poco estructuradas, carentes de seriedad, en muchas de éstas respuestas se evidencia un tono burlesco y soez que es consecuencia propia del ambiente en donde éstos se han desarrollado, e incluye además, el círculo social en donde se han desenvuelto.

Esta constatación invita a pensar que difícilmente los jóvenes puedan desarrollar la curiosidad de entender los campos en los que un profesional de las ciencias sociales incide, y en particular qué hace un Trabajador Social y cuál es su rol dentro de un equipo multidisciplinario.

Ahora bien, lo anterior también puede dar pie a una crítica de nivel institucional en la medida en que la información que provee tanto de los programas como de los profesionales que allí se desempeñan, claramente no está considerando que los participantes se enteren de este tipo de materias –y tal vez, no sea su responsabilidad-. Incluso, mirando con una perspectiva aún más profunda, es la carencia educativa de base, la escuela, la que no siempre contempla la discusión sobre oficios y profesiones que no sean las más tradicionales; o bien, no ponen al educando en posición de comprender integralmente las posibilidades de desarrollo profesional y/o técnico a las que pueden adherir.

Considerando las posibilidades del Trabajador Social en esta materia, cabe tomar una perspectiva, también, autocrítica; en el sentido de tomar en cuenta que como profesionales, éstos podrían ser más propositivos a la hora de autodefinirse frente a los sujetos con los que trabaja, y en los círculos profesionales en que se desenvuelve, de manera tal que su función no quede entendida socialmente reducida solamente a la labor que ejerce dentro de un equipo o proyecto específico sino que sepa definir integralmente sus campos de acción disciplinarios, auto comprendiéndose como un profesional integral capaz de intervenir y desenvolverse en distintos ámbitos, en base a una serie de herramientas, bagaje teórico y metodológico.

Por otro lado, cabe destacar cierto ‘adultocentrismo’ en la mirada general, al presumir que los jóvenes que participan del programa manejan o saben en la teoría cuáles son las funciones de un Trabajador Social. En base a los resultados de la investigación queda en evidencia que esto no es así, y es necesario generar estrategias para difundir una información más clara o certera respecto a las funciones de los profesionales a cargo de este tipo de intervenciones.

De hecho se corrobora que para los jóvenes este no es un tema que merece tomarse en serio. Es posible leer en el lenguaje que utilizan que este no es un tema que revista mayor interés dentro de su esquema de prioridades. Y si bien se comprende que hay un contexto de múltiples vulnerabilidades, tanto sociales, económicas como emocionales en los jóvenes, ello no quita la posibilidad de dar cuenta de éste fenómeno que sin duda repercute en el andamiaje de este tipo de intervenciones.

Resulta muy importante, que haciendo un análisis de la información que suministraron los jóvenes se vinculen una serie de circunstancias, factores y elementos, que permiten establecer una relación sobre el comportamiento de los jóvenes afectados por las drogas y que son víctima de la situación de calle. Como se ha mencionado anteriormente, la forma en que emiten sus opiniones es un indicativo clave de la conducta de los entrevistados, se evidencia un desdén en los testimonios, y una falta de interés evidente por mostrar la realidad que los aqueja, a pesar de que existen los vínculos de confianza, en donde el trabajador social junto con los demás integrantes del programa se han encargado de propiciar el enlace y acercamiento entre las partes, esto no parece ser suficiente para los afectados, puesto a que no se observa una actitud proactiva por parte de los jóvenes.

Cabe mencionar que el Programa ofrece la orientación para prevenir el consumo de alcohol y sustancias ilegales, pero no es sólo un esfuerzo unilateral el que debe predominar en la fundación, se debe lograr el compromiso real de los afectados de cambiar su estilo de vida y su forma de pensar, de nada vale, contar con los espacios físicos para atender a los infractores de la ley, y proporcionarles las herramientas asistenciales básicas si en definitiva el joven no muestra un interés genuino por modificar su propia conducta.

En último término cabe destacar la concepción que los jóvenes participantes del programa tienen de los profesionales y de las dependencias en que se desempeñan como una extensión de familia o de hogar. Si bien son reacios a la intervención y las actividades que ésta implica, el discurso de los jóvenes expresa la idea de que el proyecto representa un espacio de contención, en el que si bien no se sienten

interesados en aquellas acciones que apuntan a abordar problemáticas propias, sí resulta un lugar en el que pueden estar cómodos, relacionarse, e incluso divertirse. Tal como se expresa en un pasaje del grupo focal, el programa pasa a ser una “segunda casa”.

Esto sucede, porque el joven se siente cómodo y amparado bajo el techo del programa, cuestiones que por lo general no consiguen en el núcleo familiar, los mismos dentro de sus hogares sufren la falta de valores morales y éticos, y se desenvuelven generalmente en espacios violentos, en compañía de otros jóvenes quienes padecen de las mismas condiciones, por estas causas el joven se rebela, y desarrolla conductas hasta más agresivas de las vistas en casa, o tienden a evadir su propias problemáticas por medio del consumo de sustancias psicotrópicas.

Al ser rescatados por los programas y las intervenciones, con el tiempo se va observando ligeros cambios de conducta, sin embargo, no todo el tiempo las intervenciones resultan ser siempre efectivas, en todo caso, que el joven sienta la fundación Paréntesis como un segundo hogar, indica que se está haciendo un trabajo que está llegando a influenciar las conductas y los comportamientos de los jóvenes infractores de Ley, se debe aprovechar estos espacios ganados para continuar ideando estrategias cada vez más asertivas, que permitan, indiscutiblemente acercar a más jóvenes al cambio, y seguir motivando a los que ya están en programas a continuar en el camino correcto.

Cabe consignar que gran parte de los jóvenes que participan de programa terapéutico, se encuentran en distintas fases del tratamiento y, a su vez, en distintos estadios motivacionales para enfrentar el proceso. Es por ello, que gran parte se encuentran entre las fases de Acogida y Tratamiento, lo cual si lo situamos en el “*Modelo de Estadios del Cambio*” (Prochaska y Diclemente), están entre: Precontemplación, Contemplación y Determinación, lo cual se condice con un campo de acción que se ejecuta principalmente entre el terreno o territorio donde residen los jóvenes y, en parte, al espacio físico del programa terapéutico.

Lo anterior se encuentra directamente relacionado al quehacer del rol del Trabajador Social, quien en conjunto con la figura de Técnico en Rehabilitación, Terapeuta

Ocupacional y en menor medida, la figura de Psicólogo, gran parte de la apuesta en desarrollar procesos acordes con estadios de cambio, deben ponerse a disposición de las necesidades de los jóvenes, de las familias participantes de los procesos y de las diversas redes con las que se vinculan para poder conllevar a una óptima calidad de vida.

El objetivo de la labor del Trabajador Social en este tipo de programas, va generando ámbitos de acción “nuevos” o no anticipados en la teoría que define las funciones o roles de los profesionales en la intervención. Surge así la relevancia que reviste el vínculo con la persona usuaria o beneficiaria del programa en cuestión. Desde ese punto de vista, tomar al sujeto de la intervención desde una mirada horizontal, es a la vez, una manera de enriquecer metodologías de intervención y análisis constante de la práctica.

Así como se ha ido configurando, en voz de los entrevistados emerge un discurso que está a favor de la emergencia de condicionantes que el/la Trabajador Social debe aprehender y hacerlas parte de su quehacer. Se reconoce así una necesidad de flexibilidad frente a lo que presenta la realidad, de manera que el/la Trabajador/a Social expande sus ámbitos de injerencia y no se limita a las funciones predefinidas por la institución o el programa.

Además de lo anterior, se desprende que el Trabajador Social debe ser un profesional dispuesto a generar discusión al interior de sus equipos de trabajo, aportando con su mirada a unas mejores estrategias de intervención, que consideren lo que ocurre en la calle, en el propio contexto o en espacios de vida concreto de las personas que son beneficiarias y/o participantes del programa.

Serán entonces herramientas del trabajo social tales como visitas domiciliarias, entrevistas, talleres familiares las cuales jugaran un rol fundamental en este proceso de insertar a la familia a la intervención esto a su vez permitirá en el aspecto más comunitario ser más eficaz y más asertivo a la hora de intervenir con los jóvenes y sus problemáticas.

Se puede entender lo anterior como un llamado a la discusión técnica, a intercambiar miradas con el equipo de trabajo, complementando visiones con

colegas de la misma o de otra profesión, esta retroalimentación permitirá construir un conocimiento validado por la experiencia de cada Trabajador Social que lo releva y comparte en su equipo. Esta mirada que podemos llamar “exploratoria”, encuentra su sustento en que con acciones como éstas se logra detectar variables difíciles de reconocer a priori, permitiendo de tal manera, hacerse nuevas preguntas y racionalizar los procesos de trabajo que se llevan a cabo.

CAPÍTULO VII

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL, DISTINTOS ENFOQUES

A continuación se presentan extractos de entrevistas realizadas a 3 profesionales insertos en programas sociales, cada uno de los cuales juegan un rol fundamental en el desarrollo de estos, por lo cual es de suma importancia la información que nos han entregado para el desarrollo de la presente Tesis.

- b.1) Identificar las funciones que desempeña el profesional de las ciencias sociales y las herramientas que posee dentro de esta disciplina.

Sentido de la disciplina

De acuerdo a los objetivos del estudio, se hace necesario un análisis de los datos que permita ir delineando, en base a la percepción de los profesionales inmersos en la institución, las funciones y capacidades que poseen los Trabajadores Sociales para desempeñarse en el marco de proyectos de intervención psicosocial como el que se estudia.

En un acercamiento más general, se puede hablar de un sentido que subyace a la práctica del trabajador social.

“Es la manera en que un Trabajador Social, en este caso particular podría complementar una mirada, un poquito más abierta, un poquito más sistémica, un poquito más de comunidad, un poquito más de familia, yo creo que el gran peso tiene que ver cómo, como una sola persona logra formar parte de un engranaje para atender a otra persona” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Como se aprecia en el fragmento anterior, la tarea del Trabajador es indisociable del entorno en que se desenvuelve. Los Trabajadores Sociales están inmersos en una comunidad específica, y los sujetos o usuarios de los programas deben entenderse en su posición relativa; esto es, la especificidad de sus barrios, familias, etc., variables que lo conforman y constituyen como un sujeto que se vincula al programa en cuestión.

En ese sentido se alude a la profesión del Trabajo Social, como una que tiene asociado un carácter de Integralidad. Si bien se le define un ámbito de acción, se constituye como una profesión integral por cuanto no se sostiene sin su relación con el otro, ya sea el sujeto de la intervención como otros miembros de un equipo profesional.

“En relación a la participación del trabajador social, es esencial a la hora de entender este como un proceso integral en el cual el trabajador social, debe tener la capacidad sumado a sus competencias de compartir con otras disciplinas e intervenir en problemáticas que también son fuera de sus competencias...” (Jefe Programa, Trabajador Social)

La situación que apunta el entrevistado sería una que se da cotidianamente en el campo laboral de los trabajadores sociales, teniendo que abordar más allá de sus funciones propiamente tal, acercándose a otras disciplinas, todo en pro de un mejor proceso de intervención. No obstante aquello, se puede producir ahí una confusión de roles que es preciso abordar al interior del equipo de trabajo.

El trabajador social no está exento en su labor, de los rigores del devenir cotidiano. Como profesional, cumple un papel vital en el desarrollo del programa y su funcionamiento como en el día a día de los jóvenes usuarios de este, “debe tener las habilidades para enfrentar las crisis que surgen dentro de la cotidianidad, hacerse cargo de ellas, salir airosos de estas contingencias que surgen tanto en el programa como en el terreno.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Bajo esta perspectiva, “constantemente el Trabajador Social tiene el desafío de instaurar nuevos conocimientos, el tema de la droga, es un tema que también necesita las competencias que se van adquiriendo en el camino, ahí se va poniendo todo lo que es tu formación como trabajador social.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Si bien se considera lo anterior como un desafío para el desempeño profesional de los y las trabajadores/as sociales, hay una línea de debate posible en la pregunta de ¿cuáles son los límites de los espacios que cada profesional abarca dentro de un equipo de intervención? Podría plantearse que dado lo anterior, nos enfrentamos

a una delgada línea que separa lo que entendemos como compromiso profesional y lo que se entendería como una organización deficiente de los roles dentro de un espacio laboral. Es decir, el hecho que el Trabajador Social se vea envuelto en contingencias que podrían ser objeto de profesionales de otras áreas, ¿es algo que realmente favorece el proceso de intervención? O por el contrario, el poder lidiar con esta dualidad de funciones ¿es lo que corresponde?

Función Formal y Funciones No Formales

De la percepción de los entrevistados, y ligado a lo anterior, se desprende una interesante distinción al momento de definir qué es el rol del Trabajador Social en tanto profesional de las ciencias sociales. Esta separa lo definido formalmente, y lo que existe pero no ha sido definido como parte de su rol.

“Yo creo que hay diversas funciones, algunas formales y algunas no formales, por así decirlo; eh... hay una primera función que creo yo que es fundamental y que es ser puente entre las expectativas y las necesidades de las personas que participan de los programas y una serie de otros dispositivos, de la comunidad o de la región que están disponibles para ellos y que les permiten ejercer otros derechos, por otro lado también está un rol que tiene que ver con la pega que hacen al interior del equipo, respecto de ser capaces de dar cuentas en la discusión técnica, de la mirada que el Trabajador Social pueda aportar en el ámbito de redes” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

Según la visión del entrevistado, dentro de un equipo ambulatorio, el Trabajador Social debe trabajar en re-articular las redes en el ámbito de familias, lo que constituye desde su práctica, una manera de enriquecer la discusión del equipo y también de ser capaces de mirar a la persona que se está atendiendo con mayor perspectiva, para así tomar decisiones técnicas adecuadas acorde con las necesidades de la persona con que se está trabajando.

Cabe reforzar la idea que el trabajo en terreno que realiza el Trabajador Social resulta muy valioso a la luz de los entrevistados, ya que ésta labor se ha ido incorporando a través de los últimos años en este tipo de programas, mientras que anteriormente solo se veía a los usuarios en las dependencias de la institución de

salud. Esto ha permitido ampliar la mirada, al conocer el contexto en el cual están insertos los sujetos de atención, logrando delinear así de mejor manera la estrategia de intervención con cada uno de estos.

Retomando la distinción entre funciones formales y no formales, también se asocia una manera distinta de conceptualizarlo, que como vemos más adelante, sería la distinción entre los perfiles ortodoxos de Trabajadores Sociales y lo heterodoxo, que se aleja de aquello o incluso lo contradice.

Se puede notar que hay una constante tensión en el discurso de los profesionales entrevistados, que tiende más a validar lo contingente a la hora de definir los roles de un Trabajador Social. Apuntar a una validación de lo práctico, aunque sean situaciones no-previstas, o que pudieron ser abordadas por otros profesionales.

“Yo creo que nosotros tenemos un desafío no solo como institución sino como país, al menos en el ámbito del consumo problemático de ver como generamos los espacios, por un lado de formación y también los espacios de desempeño laboral del rol del Trabajador Social, que no se limite a lo que ortodoxamente o clásicamente se entiende como parte de las responsabilidades de un Trabajador Social” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

Adaptación al contexto y sus cambios

En ese sentido, el siguiente fragmento deja en claro el valor que se le otorga al “sumar” responsabilidades al Trabajador Social dentro de este tipo de intervenciones, que dialogan con el sistema judicial así como instituciones de salud y otros actores relevantes.

“Creo que siempre hay que apuntar a sumar competencias, obligaciones y responsabilidades del Trabajador Social dentro del programa. Siempre conforme en relación a la relevancia que tiene el trabajador social con los jóvenes y el impacto tiene dentro de los procesos vivenciados dentro de “Solidaridad”, pero también, creo que hay desafíos que se van planteando y la misma realidad te va obligando a actualizarte. El hecho de incorporar la patología de alcohol a la problemática de alcohol, también es un desafío para el trabajador social adaptarse a estos cambios, adaptarse a los nuevos estereotipos, a los nuevos tipos de adolescentes que

estamos trabajando, esto dentro del aspecto teórico. Y en el aspecto práctico, es eso, adaptarse al contexto, al ambiente y desde ahí intervenir en el aspecto biopsicosocial y llevar las competencias del trabajador social.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Cierto es que, como profesionales, las funciones de un/a Trabajador/a Social se ajustan a un contexto dinámico, y por tanto debe enfrentar una serie de desafíos. A continuación, se ofrece una perspectiva que vale destacar, por la re-significación que se hace de los obstáculos y desafíos para ser tomados como oportunidades profesionales:

“Hay experiencias en Estados Unidos, en donde gran parte de los procesos terapéuticos son liderados por el Trabajador Social. En este libro de Psicoterapia de Reducción del Daño, que estamos traduciendo nosotros, está diseñado el libro a partir de la experiencia de casos y gran parte de los casos que están planteados son gestionados por Trabajadores Sociales, entonces ahí hay un ámbito de desarrollo que yo creo que es una oportunidad y un desafío a nivel académico y a nivel formal de iniciación laboral, yo creo que hay una oportunidad de desarrollo.” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

Además el entrevistado desliza la idea que el/la Trabajador/a Social es un profesional que requiere una mayor valoración en el medio en que se desenvuelve. Esta mirada surge del análisis que hace el entrevistado de la práctica del/la Trabajador/a Social en otros espacios de desempeño que se abren con el acompañamiento terapéutico. De esta forma, sería deseable que estos procesos sean liderados por el Trabajador Social, posicionándose al frente de los equipos de trabajo e intervenciones en este ámbito.

Se vuelve a plantear entonces, una situación que los/las Trabajadores/as Sociales deben estos deben aprovechar, en tanto desafío para poder desarrollarse aún más como profesionales, empoderándose de un rol mucho más completo, y efectivo.

Esta mirada puede conceptualizarse como una reclamación que toca las estructuras institucionales por mayor acceso de Trabajadores Sociales a cargos directivos o de mayor responsabilidad, tal como lo expresa la siguiente cita:

“Yo creo que ese es un tremendo desafío, ahora, no pasa solamente por nosotros, pasa también, por ejemplo, hay instituciones que nos financian, entienden que hay pega que un Trabajador Social también pueda hacer y no solamente un Psicólogo, un Terapeuta Ocupacional; y ahí hay pega por hacer.” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

El Peso de la realidad.

La complejidad de los casos que atienden en el programa es variable, y el/la Trabajador/a social en medida que ejerce su labor, profundiza y abre nuevas dimensiones del problema al estar en contacto directo con el sujeto. La realidad concreta, provee de nuevas formas de acercamiento al problema, y convoca, desde ahí, a sugerir nuevas estrategias de tratamiento. Adentrarse en dicho proceso, ilustra el desafío profesional de conocer la realidad cotidiana de los sujetos en una intervención, lo que exige estrategias de abordaje, como el relacionamiento adecuado con los distintos actores que son relevantes en el contexto del joven que se atiende.

Según relatan los entrevistados, la labor del Trabajador Social está llena de obstáculos, debido a una multiplicidad de factores, desde vacíos en las políticas sociales, hasta negligencias de las autoridades municipales a las que en ciertos casos, les importa mantener bajas las estadísticas de situación de calle en sus comunas, que dar respuestas reales y efectivas a las necesidades de la población, menoscabando el trabajo que se hace con personas en dicha situación.

El y la Trabajadora social se desempeñan en un campo lleno de conflictos, problemas y necesidades de las personas, las cuales en su mayoría necesitan soluciones urgente, pero no cuentan con los medios sociales, económicos ni de conocimiento para sobrellevar estas problemáticas, es aquí donde nuevamente la labor del profesional adquiere un valor incalculable pasando a ser más allá de un profesional de las ciencias sociales, un apoyo fundamental en sus vidas. Los alcances que tiene la labor del Trabajador Social, a veces, puede ser mínimo desde cierto punto de vista, pero su carácter emocional, resulta fundamental si el foco es distinto:

“Apertura de puerta, simplemente apertura de puertas, desde la tan pequeña gestión de haberle conseguido una hora o haberle hecho alguna posibilidad de una hora en el consultorio, hasta una intervención, hasta lo que te decía, parar la oreja para escuchar a una familia que ha tenido una historia de situaciones y que no ha podido conectarse con las personas y nada, se puede hacer” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Generar Conocimiento.

De la distinta visión de los profesionales que intervienen se puede desprender la importancia de compartir cómo experimentan el proceso de intervención los/las Trabajadores/as Sociales. Desde ahí, el hecho de compartir observaciones, claves, lo que se cree que son buenas prácticas en la labor, no puede ser visto de manera superficial.

“Alinear la mirada para apuntar al mismo lado, compartir logros, creo que lo hacemos re-poco, eh... no sé, la experiencias que se pueden tener en Arica, por ejemplo, de un Trabajador Social o de cualquier profesional en realidad, lo compartimos poco” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Acá el entrevistado realiza una autocrítica en cuanto a la carente retroalimentación que puede darse al interior de un programa, tanto a nivel regional como nacional, sobre la ejecución y los resultados de los diversos procesos de intervención, lo cual, permitiría obtener nuevas visiones, e ideas para así potenciar las fortalezas y disminuir las debilidades del programa, procurando un mejor cumplimiento de los objetivos del mismo.

En ese sentido, la evaluación de la práctica como fuente de información sobre el quehacer, puede ir haciendo que los objetivos iniciales de la intervención se modifiquen, se abran nuevas rutas de interpretación de las problemáticas, se trabaje en base a nuevas hipótesis, etc. Con todo, en el fragmento que sigue se establece el valor al trabajo de terreno y a la experiencia directa:

“Claro, existen objetivos que se trazan a principio de cada proceso, de cada año, pero también; hay una evaluación en la acción que se va realizando como trabajador

social dentro de las competencias que se dan en los planes de intervención” (Jefe Programa, Trabajador Social)

b.2) Establecer el aporte que realiza el Trabajador Social dentro del equipo multidisciplinario del Programa Terapéutico Solidaridad

Aporte en el programa específico.

Dentro de las especificidades de la intervención que se trata, la disposición del Trabajador Social asoma como un factor relevante, desde el punto de vista del aporte que realiza como profesional.

“Entonces, la pega que han tenido, particularmente, los tres Trabajadores Sociales que están actualmente en los Programas Calles, tienen que ver con levantar esas Redes que tuvieron, las que podrían estar, las que todavía están, en realidad están bastantes débiles. Y hay otro enfoque que lo han tomado los “Calles” lo que lo han tomado bastante fuerte los Trabajadores Sociales y es levantar fuerte el enfoque de Derecho, o sea, como ciudadano reconocerlo y tú tienes que abrir las puertas acá, entonces eso creo que ha sido súper clave.” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Una vez más se realza la labor de los Trabajadores Sociales dentro del Programa Terapéutico, dada la condición de abandono que presentan los usuarios del programa, ante lo cual se debe emprender la tarea de reconstruir redes familiares y sociales para estas personas, apuntando siempre a brindarles una mejor calidad de vida, lo cual constituye un derecho básico para las personas.

A propósito del sustento teórico de estas intervenciones, es preciso dar cuenta que la mirada hacia los jóvenes infractores o con problemáticas de consumo de sustancias con distintos grados de complejidad, pasa de ser punitiva y que excluye al sujeto a ser una integrativa o inclusiva en que se busca el ejercicio de derecho:

“para ver qué es lo que a ellos le ha pasado en todo este tránsito y ver cuántas redes ellos han vinculado y cuanto ejercicio de derecho ellos han hecho, si saben efectivamente que a la vuelta de la esquina hay un centro comunitario que te podría

resolver muchos de los problemas que tenís” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Un enfoque “biopsicosocial”

De acuerdo a lo que plantean los entrevistados, en este tipo de intervenciones, el Trabajador Social debe manejar un enfoque biopsicosocial, tal como se detalla en el siguiente fragmento:

“Entender el contexto de vulnerabilidad en que están los jóvenes, la desigualdad social en la cual se desarrollan y creo que el trabajador social a la hora de poder analizar y comprender es un ente fundamental dentro de un programa, principalmente por el carácter social y crítico que se debe tener en este tipo de trabajo, entendiendo el fenómeno de la droga no solamente como un fenómeno aislado, sino que como consecuencia de un sin fin de situaciones que van confabulando y van desencadenando en adolescentes que hoy día trabajamos, sumado al aspecto legal que son parte de la vida de los chiquillos, entonces, el trabajador social hoy día si o si tiene que manejar el ámbito legal, el ámbito comunitario, el ámbito más terapéutico, en síntesis un aspecto biopsicosocial, el trabajador social si juega un papel fundamental y dentro de mi rol como jefatura es plasmar eso, el carácter crítico del porqué de este fenómeno en la sociedad actual.”

(Jefe Programa, Trabajador Social)

“El trabajador social cumple un papel fundamental tanto en la cotidianidad del programa y su funcionamiento tanto en la cotidianidad de los jóvenes, de los cuales, en el programa donde yo trabajo, se desempeña el trabajador social.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Considerando estos fragmentos que valorizan el sentido de lo cotidiano, y de la mano de esta mirada, se encuentra tal vez otro aspecto central en el trabajo del profesional Trabajador/a Social: el despliegue territorial.

Trabajo en terreno

“Me parece además que, en el trabajo que se desarrolla hoy día en los programas ambulatorios intensivos, donde se ha ido evolucionando hacia intervenciones más

desplegadas en el terreno, versus lo que hacía históricamente, solamente en la atención en el programa, en ese contexto los trabajadores sociales y las trabajadoras sociales son vitales en ese despliegue en el terreno.” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

“La impresión que tengo yo es que son agentes facilitadores de inserción en los territorios en donde los chiquillos están, para hacer todo el trabajo técnico que se requiere.” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

Así vemos que el Trabajador Social ejerce como facilitador de una inserción social del programa o intervención en el territorio de su población objetivo, elemento que no era del todo considerado en el tipo de intervenciones ligadas a reinserción social y consumo problemático de sustancias, que generalmente se despliegan al interior de programas, instituciones de tratamiento o centros de asistencia en salud.

El Trabajador Social como un agente influyente

“En el trabajo de terreno, que desarrolla el trabajador social, tanto intra como extra comunal, el ser un agente influyente e importante dentro del proceso de los jóvenes, tanto en consultoría de carácter individual como también grupal, la capacidad de generar grupos, instancias de taller y también va a depender de los intereses como trabajador social que uno se impone. En el trabajo de redes, es importante mantener, tanto los aspectos formales como los agentes derivadores, como los informales, que son agrupaciones u organizaciones juveniles que van surgiendo dentro de la comuna y que van variando el trabajo que se hace en relación a las problemáticas de drogadicción y adolescencia que presenta hoy día la Fundación Paréntesis y el Programa Solidaridad.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Asociando los elementos como el territorio y la valoración del alcance que puede tener el despliegue del Trabajador Social dentro de la intervención en el fragmento anterior se comprende que su rol es gestionar localmente los conflictos ligados a la problemática central que sufre el o la joven: violencias, consumos problemáticos de drogas y alcohol, deserción escolar, trayectoria ligada a criminalidad, etc.

Aporte hacia los jóvenes: re-vincularlos a la sociedad.

El Trabajador Social también desempeña un esfuerzo por restablecer el vínculo de los jóvenes infractores con instituciones sociales básicas como la familia, lo que puede verse como un propósito de restituir el “contrato social” de éstos jóvenes, considerando instituciones básicas que sostienen la vida social bajo una estructura determinada históricamente. Esto es, se espera una recuperación de la vinculación con la familia, la escuela, alguna organización social relevante u alguna otra institución que signifique y haga sentido al sujeto.

“En los “Calles” súper difícil, particularmente en los “Calles”, o sea, nosotros siempre hemos dicho que hay familias, eso probablemente siempre lo has escuchado en las capacitaciones. Lo que cuesta es encontrarlo, cuando lo hemos encontrado, que ha sido en el caso que más adherencia hemos tenido, precisamente los que han logrado este primer contacto, los que han logrado abrir las puertas, los que han logrado tener contención con ellos, son los Trabajadores Sociales.” (Profesional Programa)

Se destaca además la importancia del vínculo que tiene el Trabajador Social, con los usuarios de los distintos programas, el cual puede llegar a ser muy cercano, de confianza, respeto y preocupación que va más allá de los deberes del Trabajador en sí, es muchas veces una especie de terapeuta donde las personas lo visualizan como una fuente de apoyo fundamental en sus vidas, y en la mayoría de los casos el único apoyo con el que cuentan.

A diferencia de otros programas donde los usuarios cuentan con al menos un familiar o amigo que ejerza un rol de sostenedor emocional, en la mayoría de los casos el único apoyo que tienen las personas pertenecientes a los “Programas Calle”, son los profesionales que allí se desempeñan, quienes deben aparte de realizar adecuadamente su labor, cubrir estas carencias afectivas y sociales, y de esa forma potenciar lazos con las personas en pro de un proceso de intervención más efectivo, y comprensivo de la realidad.

Como se ha manifestado anteriormente, los “Programas Calle” son los que tienen una mayor dificultad en lo que a contar con apoyo familiar o de algún otro cercano a los usuarios se refiere, lo cual hace aún más ardua la labor del Trabajador Social.

Éste debe adentrarse en una indagación para ahondar en lo que ha ocurrido con las familias con una mirada histórica para poder explicar su periodo de ausencia, y bajo qué circunstancias han estado presentes o en relación con el o la joven. Y sobre todo, saber si han tenido relación con redes de apoyo que les permitan superar sus problemáticas.

Rescatar y pesquisar la historia de la familia asoma como otro aspecto que permite generar un modelo de intervención más completo, y validar el conocimiento generado en el proceso. En el siguiente fragmento podemos notar la relevancia de este tema:

“Los que se manejan, por ejemplo, en talleres psicoeducativos o en talleres de acompañamientos, que tiene que ver una variable que es súper olvidada, que no es la persona en situación de calle solamente, sino es la historia de una familia que ha estado ahí y nosotros en general atendemos a la persona y tenemos pinceladas de trabajo de la familia cuando ellas vienen, pero en el final trabajamos con todas las familias en un taller, o bien atendemos viendo el tema de la drogadicción o el cabro que estamos atendiendo. Pero hemos olvidado un punto fundamental de lo que le ha pasado a la familia durante todos estos años y en eso hay experiencias interesantes” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

El/La Trabajador/a Social dentro de un equipo multidisciplinario

En un plano general, resulta interesante el siguiente fragmento en que el entrevistado da cuenta de los equipos multidisciplinarios como análogos a un organismo o cuerpo. Así, el/la Trabajador/a Social integra un cuerpo, así como el resto de los profesionales del equipo:

“creo que forma parte de un cuerpo que es lo mínimamente necesaria para atender a una persona.”(Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Al momento de definir cuál es el aporte de los/las Trabajadores/as Sociales dentro de este tipo de programas, vemos que de acuerdo a los discursos expresados por los profesionales, se estima necesaria una definición clara de los roles dentro de un equipo multidisciplinario.

“Eh, no jajaja; evidentemente que la respuesta está ligada a un por qué. Yo creo que el aporte en sí mismo de ningún profesional dentro de un programa terapéutico, es como el óptimo, la verdad es que es la conexión de lo que sucede entre diversas disciplinas con esa disposición de algo.” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

Lo que el entrevistado busca expresar es que en dentro del Programa Terapéutico Ambulatorio, el Trabajador Social no puede desarrollar su rol en su totalidad debido básicamente a las características del programa y necesidades de los usuarios, donde debe coordinar su trabajo con otros profesionales tales como Psicólogo, Terapeuta profesional entre otros, con el fin de brindar la mejor atención y respuestas a las problemáticas de los usuarios, potenciando sus habilidades y complementando visiones con su equipo de trabajo.

En este punto el entrevistado deja en claro que el cómo coordinador presenta una alta valorización del Trabajador Social, expresando que desde su punto de vista nuestra profesión adquiere tal importancia que debe estar al frente de los programas que imparte la institución reforzando esta labor en el trabajo en duplas con algún profesional de un área distinta que se pueda complementar a la perfección, supervisando y dirigiendo además los procesos técnicos en Rehabilitación, descomprimiendo la labor de la jefatura principal que van desde lo administrativo, pasando por la resolución de contingencias, hasta la supervisión técnica de los procesos.

“Yo creo que la presencia de un Trabajador Social o que la trabajadora social, es una condición sin la cual no, un equipo puede funcionar, lo que pasa que la pega del trabajador social la hace el trabajador social, no hay quien más la haga, tiene sus especificidades entonces si no hay un Trabajador Social o una Trabajadora Social en un equipo, es un equipo que está cojo.” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

El entrevistado vuelve a destacar lo fundamental de la labor del Trabajador Social, manifestando que hay funciones específicas que este debe realizar al interior de los distintos programas, y que no hay ningún otro profesional que las pueda realizar de

la misma forma, eso sí, dejando en claro que ningún miembro del equipo tenga una mayor importancia que el otro ya sea, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Psiquiatra, etc., solo cumplen funciones distintas.

“Tenemos que romper con esta fragmentación que se hace con la individualización de los procesos, que en nuestro caso es consumidor y consumidora nomás y lo tenemos que ver en el contexto, es por esto la necesidad de plantearlo como parte de un cuerpo” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

“En relación a la participación del trabajador social, es esencial a la hora de entender este como un proceso integral en el cual el trabajador social, debe tener la capacidad sumado a sus competencias de compartir con otras disciplinas e intervenir en problemáticas que también son fuera de sus competencias pero tener también la capacidad de adaptarse a este equipo multidisciplinario” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Como se puede observar en los fragmentos arriba reseñados, los profesionales indican la necesidad de superar la fragmentación de las disciplinas que confluyen tras un objetivo común en un plan o programa de intervención, lo que requiere un enfoque de complementariedad.

“Fundamental, es una importancia fundamental al igual que el resto de las personas que conforman el equipo, no creo que tenga más o menos relevancia que el Terapeuta Ocupacional, que el Psicólogo, que el Psiquiatra” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

“...el trabajo con los chiquillos y chiquillas que son considerados infractores de la ley penal, ahí hay toda una articulación con los agentes que intervienen en la aplicación de la justicia, asociada al tema de la responsabilidad penal adolescente en coordinación con los programas que tienen a cargo la ejecución de las libertades asistidas, con los tribunales en caso de que se requiera, generando informes, asistiendo a audiencias con otros agentes y dispositivos de salud, gestionando cupos en la UDAC ” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

“Es como una función que podríamos decir de articulación de redes, por así decirlo, que es un rol fundamental creo yo; por otro lado también está un rol que tiene con

la pega que hacen al interior del equipo, respecto de ser capaces de dar cuentas en la discusión técnica, de la mirada que el Trabajador Social pueda aportar en el ámbito de redes, en el ámbito de familias, en diversos ámbitos que son de su competencia, de manera de enriquecer la discusión del equipo y también de ser capaces de mirar a la persona que se está atendiendo, a través de la mirada del Trabajador Social o de la Trabajadora Social, para tomar decisiones técnicas que sean relevantes y que tengan sentido para la persona con quien se está trabajando.”

(Director Programas Sociales, Psicólogo)

En ese sentido, debe apuntarse a un modo de compartir con otras disciplinas que implica articularse y relacionarse con instituciones que van del ámbito legal o del sistema judicial chileno, hasta profesionales de la salud. Esto se refiere a que desde la dirección o coordinación de los programas, la complementariedad de las disciplinas es un lineamiento general y no una circunstancia particular. Si bien se reconoce la especificidad del campo en el que se mueve el Trabajador/a Social, al mismo tiempo en el seno de un equipo multidisciplinario, todos aportan en la misma medida pero en distinta forma a la consecución de los objetivos.

Un aspecto muy relevante en el desempeño particular del/la Trabajador/a Social es el de aportar con la reflexión del equipo y de esa manera enriquecer el debate y la discusión al interior para apuntar a una mejor estrategia dentro del equipo.

El rol no declarado

“Creo además que hay un rol, que si bien no es rol declarado, creo que es algo que se verifica en la realidad y que se verifica no solamente con los trabajadores sociales, sino con todos aquellos que intervienen y que es un rol desde una perspectiva terapéutica por así decirlo, donde los Trabajadores Sociales también están haciendo un aporte, al logro del objetivo que las personas se plantean en sus planes individuales de trabajos y que van más allá de la competencia clásica u ortodoxa de un Trabajador Social, que es vincularse con su familia, tener la ficha de la protección social” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

Con todo, el/la Trabajador/a Social se ha posicionado como un profesional relevante en este tipo de proyectos de intervención. A propósito vale destacar juicios de valor

en torno a eso, que refuerzan la tarea de los/las Trabajadores/as Sociales al interior de un equipo multidisciplinario.

“Así como también se han incorporado nuevas profesiones, nuevas líneas de acción, creo que el trabajador social ha logrado cimentado un camino que ha perdurado en el tiempo y que tiene que seguir reforzando en el aspecto más teórico y práctico, no perder eso, el trabajador social es fundamental dentro de un plan ambulatorio intensivo”. (Jefe Programa, Trabajador Social)

b.3) Describir las herramientas que requiere el Trabajador Social para desempeñar las funciones que le competen dentro del Programa Terapéutico Solidaridad

La capacidad de no sobre intervenir los casos

De la revisión de los discursos de los entrevistados, tal vez uno de los puntos fundamentales a considerar como herramientas para un desempeño adecuado del/la Trabajador/a Social, es desarrollar las competencias necesarias para llevar una relación pertinente con compañeros y compañeras de las demás disciplinas que forman parte de un equipo.

En ese sentido, el resultado esperado de la incorporación de esta herramienta por parte de los y las Trabajadores/as Sociales, es dentro del enfoque multidisciplinario, no caer en una sobre intervención hacia los y las jóvenes que ingresan a los programas.

“Claro, el hecho de este trabajo en conjunto con las organizaciones relacionadas a la responsabilidad penal adolescente también es importante, el mantener relaciones cordiales con comunicación fluida para no sobre intervenir a los jóvenes, creo que, en ese aspecto, también debe tener las habilidades de poder comprender las funciones de otros profesionales dentro del ambiente de un ambulatorio intensivo que es de lo cual estamos hablando hoy día.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Desde ese punto de vista, el entrevistado señala que no basta solo con el hecho de “tener claro en qué consiste la ley, las consecuencias de esta, si no también, cómo se desenvuelve, cómo puedes desarrollarte como trabajador social dentro del

ambiente, entonces, es deber del trabajador social contar con las herramientas necesarias para relacionarse con otros profesionales también, que pueden ser colegas de la misma o de otra profesión como psicólogos, sociólogos entre otros y que dan respuestas a este conjunto de variables que van influyendo en la vida de los jóvenes.” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Será fundamental entonces la coordinación entre estos profesionales para brindar un óptimo proceso de intervención, sin caer en la sobre intervención tal como lo señala el entrevistado lo cual, no hace otra cosa que entorpecer la labor profesional, desgastar a las y los jóvenes que ingresa, y por ende, dificultar el proceso de cumplimiento de las metas y objetivos planteados con los jóvenes.

Está capacitado para tener mayores responsabilidades dentro de una institución.

“¿Qué falta? Yo creo que desde los lineamientos más macro, darle mayor responsabilidad al Trabajador Social, porque en la práctica existe esa importancia y relevancia dentro de los procesos, pero a lo mejor desde un aspecto más teórico, incorporarlo y plasmarlo desde algo más tangible”. (Jefe Programa, Trabajador Social)

A juicio del entrevistado el/la Trabajador/a Social se ha ganado su espacio y está ampliamente capacitado para asumir responsabilidades mayores, dentro de los diferentes ámbitos laborales. Este está capacitado para coordinar un equipo, para dirigir un equipo y para entender el fenómeno desde un aspecto más integral. Según señala esta relevancia e importancia se da en la calle, se da en las instituciones, en este proceso de incorporar la red, de incorporar a los jóvenes, hay una alta consideración hacia la labor del trabajador social.

El tema es que desde el aspecto más teórico, desde los modelos técnicos se deja más de lado al trabajador social, pero en la práctica gran parte de las funciones que se delegan, tanto del técnico en rehabilitación, del psicólogo, también hoy día el trabajador social se encuentra con las herramientas disponibles para hacer frente a esas necesidades.

Se le otorga menos valor en el sentido más académico, pero su práctica le brinda una herramienta clave. No se valida necesariamente el conocimiento práctico que

un TS despliega paralelamente al ejercicio mismo: palpar la realidad, vivenciar la calle, conocer las historias reales.

En relación a lo anterior: Se destaca nuevamente la buena impresión y valoración de los Trabajadores Sociales, tanto así que muchos de los jefes de los programas son Trabajadores Sociales; por ejemplo en programas de Los Morros, Villa Mavida, Solidaridad entre otros ocurre esta situación.

Limitantes institucionales

Por su parte, es posible identificar un discurso relacionado con aspectos de índole institucional, o de las estructuras formales que cobijan los programas e intervenciones de esta índole. El discurso dice relación con apuntar factores que condicionan la labor del profesional de las ciencias sociales, y que pueden comprometer los objetivos que se plantea un programa determinado para el tratamiento de los casos.

“La proporción de profesionales varía dependiendo del programa, dependiendo de las normas técnicas. De lo que sí hay certeza es que hoy día se está cumpliendo con lo que plantea la norma técnica respecto de la relación profesional Trabajador Social, con las personas a atender. Aunque la percepción tanto de los usuarios como de los miembros de los equipos de trabajo es que siempre es que se requiere más trabajadores, Pero una institución que tiene recursos por más que quiera no está capacitada para generar grandes equipos para coberturas pequeñas, por mucho que sea necesario.” (Director Programas Sociales, Psicólogo)

“Entonces yo creo necesario, fundamental, no es suficiente, aludiendo a lo primero que te decía que para ser suficiente en una institución tiene que formar parte de otro cuerpo, un poquito más grande, con más profesionales ahí, para que realmente sea interdisciplinaria o multidisciplinaria, pero es clave, no puede no estar.” (Coordinador Programas Sociales Centro Norte, Psicólogo)

En sintonía con aquello, podemos identificar la necesidad de crear un organismo de intervención más complejo, dada la naturaleza compleja de los problemas que atiende. Si antes identificó la noción de cuerpo multidisciplinario, ahora se plantea

una visión global de cómo ese cuerpo se relaciona con otros cuerpos de relevancia en el tema de la reinserción de jóvenes, el consumo problemático, la violencia, etc.

Trabajo con la familia, requiere de herramientas específicas.

Las competencias del/la Trabajador/a Social que se ponen en práctica en voz de los entrevistados, van desde el diseño y ejecución de metodologías apropiadas hasta habilidades sociales y comunicacionales clave: saber articular trabajos grupales, desarrollar lo comunitario y desenvolverse en un contexto comunitario particular, articularse con los distintos actores, el barrio, otras instituciones.

“Sí, el trabajo con familia es un aspecto fundamental dentro del trabajo social. El hecho de trabajar en un ambulatorio te significa si o si una visualización por parte de la familia importante, entonces el trabajo también apunta a eso, a la validación del trabajador social y del programa en sí que es la cara visible del programa dentro de la comunidad” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Como profesionales se requiere de redes de apoyo en los distintos procesos de intervención, y claramente uno de ellos y que juega un rol fundamental es la familia de los jóvenes con los cuales desarrollamos nuestro trabajo. Integrarlos de manera directa al desarrollo de la intervención, será de gran utilidad, permitiendo obtener resultados más óptimos. Para lograr esto es fundamental que te visualicen como un ente protector y validar. Entonces, lo que miguel señala es que el trabajo en familia no solamente se hace en un set informal, si no también se debe hacer un trabajo con las familias en la comuna, en las poblaciones, en el terreno mismo conociendo el contexto en el cual están insertos para lo cual el profesional debe tener las herramientas necesarias para desenvolverse adecuadamente en este ambiente.

Tener una estrategia de inserción en el contexto del sujeto-joven usuario del programa.

“Se hace en un setting donde te encuentras a las familias en la comuna, te encuentras a las familias en las poblaciones, en las calles, y desde ahí tener las herramientas necesarias para desenvolverte en el ambiente de ellos, no solamente desde el programa en sí, si no tener la capacidad de adaptarte, de incorporarte e

introducirte en las poblaciones y en las vidas de las familias” (Jefe Programa, Trabajador Social)

“Seguir incorporando la visión desde un aspecto más comunitario dentro del programa, de inserción en la comunidad, de validación dentro de la comunidad”.

(Jefe Programa, Trabajador Social)

Nuevamente el entrevistado destaca la importancia de establecer nexos entre el Trabajador Social y la comunidad en la cual está inserto, debido a que solo de esa forma se podrá obtener una mirada completa de la realidad en la cual están insertos los jóvenes.

La gestión local de las problemáticas

Los entrevistados señalan que una capacidad fundamental que deben desarrollar los y las Trabajadores/as Sociales es la de saber conocer el territorio en el que se inserta y se mueve el joven, lo cual permite la validación de su trabajo y su ejercicio comunitario.

“Hecho de la validación del trabajador social en la familia es relevante a la hora de este tipo de acontecimientos, como la intervención en crisis, el hecho de esta validación que hablábamos en un momento del trabajador social dentro de la comuna, dentro de un consultorio, dentro de la institución, es fundamental dentro del proceso de los jóvenes, por la validación que este trabajador debe tener” (Jefe Programa, Trabajador Social)

Saber con quién contar dentro de la comunidad, conocer los actores relevantes para el joven y su familia, resulta una herramienta de utilidad para entrar en una dinámica de carácter horizontal que recoge la realidad cotidiana del joven, permite analizarla, descomponerla e identificar rutas de trabajo más específicas, resaltando no sólo debilidades sino que también fortalezas y oportunidades que cohabitan lo comunitario.

A su vez el aspecto teórico también será vital en este proceso, que el/la Trabajador/a Social se siga actualizando dentro de las problemáticas que empiezan a aflorar en

esta nueva juventud con la cual intervenimos, así como la amplitud de mente, sentido crítico, permitirán irse renovando constantemente como profesional.

CONCLUSIONES

Una vez analizadas las variables y el conjunto de datos obtenidos al momento de hacer los grupos focales, las entrevistas semiestructuradas y todos aquellos elementos disponibles al grupo de jóvenes infractores de la ley y pertenecientes al Programa Solidaridad de la fundación Paréntesis, surgen una serie de observaciones que permitieron darle respuesta a los objetivos planteados para esta investigación.

Hablar de familias disfuncionales es un tema ineludible, por las consecuencias que genera para las sociedades. Por lo general estas familias están envueltas en patrones de violencia doméstica, física, adicciones, entre otros, este tipo de familias abundan en la actualidad, y en ese entorno crecen algunos niños. Estas relaciones enfermizas origina que los hijos sigan este modelo caótico, muchas veces desde la inocencia que los caracteriza por ser niños y creyendo que esos comportamientos son normales y por ello se adaptan a lo que ven cotidianamente en casa. De todo este ambiente altamente conflictivo, la consecuencia es lógica, individuos que desde pequeños ya presentan síntomas de baja autoestima, buscando la aprobación de otros constantemente.

Es en el interior o en el exterior del núcleo familiar, en donde el joven proveniente de familias disfuncionales empieza a buscar esa aceptación que tanto necesita para reforzarse, y es entonces cuando casi inadvertidamente se ven involucrados en problemas asociados al consumo de sustancias ilegales, bien sea para buscar aceptación, producto de baja autoestima, para evadir su realidad o como escape ante las situaciones que probablemente dentro de casa los agobian.

Es importante señalar, que a pesar de que las familias disfuncionales representan un factor determinante en las sociedades, los niveles socio-económicos también juegan un papel fundamental dentro del colectivo, y es que según las estadísticas de las fundaciones dedicadas al rescate de estos jóvenes indican que un alto porcentaje de los jóvenes que son parte de los programas de reinserción provienen de familias con bajos recursos económicos y de niveles sociales deplorables. Si bien

es cierto que existen hogares con estas características, existen casos, en donde la educación si es valorada, sin embargo no posee los recursos económicos necesarios para brindársela a sus hijos.

Aunado al factor de provenir generalmente de familias disfuncionales y socioeconómicamente inestables se suma, el hecho de las consecuencias de la inmadurez en los jóvenes que son infractores de la ley, a pesar de que en el proceso de desarrollo del ser humano la inmadurez es una etapa transitoria que debe asumirse con el debido respaldo de los padres, muchos de los jóvenes que participaron en el grupo focal demostraron tener una actitud inmadura, debido a que la mayoría de sus respuestas carecían de estructura, es decir, fueron respondidas por satisfacer al entrevistador, con cierto grado de burla y empleando un lenguaje fuera de contexto. El no respetar la seriedad de la investigación deja claro que indiscutiblemente no se le confirió la seriedad que se requería para el momento. A pesar de contar con este factor en la investigación, las respuestas permitieron obtener una idea de la personalidad de los jóvenes.

Un aspecto alarmante, el cual es el eje del planteamiento del problema de esta investigación es representado por los altos índices que se reportan en Chile sobre el consumo de sustancias psicotrópicas, prohibidas e ilegales en jóvenes que se encuentran en la etapa de la adolescencia, entre los 12 y los 18 años. Por esta circunstancia se entiende que se deben aplicar las intervenciones tempranas necesarias para rescatar de este flagelo del delito a estos jóvenes, los cuales representan el futuro de la Nación. Es un deber ineludible de las organizaciones de carácter social impulsar los programas específicos orientados a los menores de edad que se encuentran envueltos en problemas de drogadicción y consumo de sustancias peligrosas.

No es una casualidad que el consumo de sustancias ilegales, tenga un inicio temprano en la vida de algunos individuos, la razón radica a que precisamente en la etapa de transición de niños a adolescentes surge el interés particular por experimentar. De cómo el menor maneje dicha experimentación dependerá si el consumo no pasa de una situación anecdótica o se convierta en una dependencia

que impacte sobre su desarrollo personal, emocional, y social, he ahí en donde el papel familiar y los valores juega un rol de una importancia singular.

No debemos pasar por alto, que programas de intervención que ataquen problemas relacionados con la drogadicción posee dificultades muy particulares, y entre la más importante se encuentra la implicación de un número importante de trabajadores sociales, y se debe considerar así mismo involucrar a diferentes grupos de apoyo que van desde Psicólogos, hasta enfermos, servicios sociales, entre otros. Se debe considerar que todos los involucrados en el proceso de intervención al menor deben contar con un lenguaje apropiado y cónsono con las necesidades que demanda el menor afectado, todos deben estar alienados con el objetivo principal de los programas terapéuticos, lo que interesa es que se ejecuten una estrategia muy bien coordinada. Es muy probable que exista una escasez notoria de estos grupos en la sociedad, pero esto se debe en parte a la complejidad que tiene crear estos grupos de intervención como se ha aclarado al principio.

La desintegración que vive la sociedad, no sólo en Chile, sino en otras partes del mundo es un asunto que con el pasar del tiempo y los sucesos que marcan al colectivo, ha ido acrecentando cada día más este factor de riesgo, a pesar de que los padres concentren todos los esfuerzos necesarios para criar a su jóvenes dentro de ambientes sanos, el entorno actualmente está gobernado por el descontrol. Muchos de los patrones que siguen los menores de edad con el consumo de sustancias ilegales provienen de momentos en donde el menor busca o pretende socializar, e interactuar con otros individuos, incluso de mayor edad, esta búsqueda del menor por interactuar facilita el acceso a dichas sustancias.

Ahora bien, abarcando los objetivos específicos que permitieron darle solución al planteamiento del problema, con las respuestas que se desprendieron del grupo focal se pudo evidenciar que los jóvenes que pertenecen al Programa Terapéutico Solidaridad de la Fundación Paréntesis, no poseen el nivel de conocimiento sobre el rol y las funciones del Trabajador social, esto sucede porque dentro del programa existen diferentes profesionales que abarcan duplicidad de las funciones, es decir, muchos del personal que labora en el programa ejecuta funciones que no les

corresponden y que forman parte del trabajo específico que debe cumplir el Trabajador Social, partiendo de ello, los jóvenes que son atendidos bajo estas asesorías, tienden a confundir quién es realmente el trabajador social y cuál es su rol y función dentro del programa. No se debe menospreciar el hecho, de que también exista la falta de interés por parte de los jóvenes de conocer quiénes son las personas que dentro del programa y la fundación son los encargados de hacer las intervenciones correspondientes sobre cada uno de ellos, para producir un cambio en la conducta del afectado es necesario incentivar al menor afectado a que exteriorice sus miedos, preocupaciones, dudas, sobre la situación que atraviesa, es motivarlo a que se exprese. Muy a menudo los trabajadores sociales que participan o intervienen con los adolescentes pasan por alto el hecho de generar empatía, es decir, de ponerse en el lugar del joven que infringe la ley, aunque muchas veces no existe justificación alguna, lo que realmente funciona es que el menor se sienta entendido, y que sus puntos de vista sean comprendidos. Partiendo de este punto, es conveniente que el Programa Terapéutico Solidaridad ponga sobre la mesa las mejores estrategias posibles para subsanar la confusión que puedan tener los jóvenes, esto se puede lograr mediante reuniones que permitan presentar a los afectados las estructuras organizacionales que posee el programa, y dentro de cada proceso de intervención reforzar cuál es el rol y la función que tiene precisamente el Trabajador Social.

Con respecto al tipo de relación que tienen los jóvenes con el Trabajador social, el encuentro que se tuvo con ellos por medio de los grupos focales no permitió de manera contundente clasificar las relaciones que poseen los unos con los otros, ya que cada joven emitió respuestas, juicios y comentarios bastante generales, no ofreciendo detalles que permitiesen realizar la respectiva clasificación. Sin embargo durante la emisión de sus comentarios se pudo establecer que claramente existe una relación en donde la confianza juega un rol importante, pero esta confianza no recae particularmente en el trabajo o rol que desempeña el trabajador social, sino que es una confianza ganada por el equipo con el que interactúa el menor regularmente. Se puede inferir, que a pesar de lo que revelaron los jóvenes hay una relación de confianza y demandante, debido a que los menores consideran a la

Fundación Paréntesis, como un albergue, y sitio seguro, en donde se sienten amparados y lo catalogan de un segundo hogar.

No todos los jóvenes que participaron en el grupo focal, tuvieron la iniciativa de expresar sus impresiones sobre las relaciones que tienen con el trabajador social, y se exhiben resistentes a exteriorizar sus ideas al respecto, quizás se fundamente esta observación si nos basamos en la inmadurez y rebeldía que caracterizan a ciertos participantes del programa, esto no debe representar sorpresa alguna, para los profesionales que se encargan de apoyar a los jóvenes.

Un aspecto que no hay que pasar por alto, de ninguna manera, es el hecho de cómo se visualizan éstos jóvenes en un futuro, a muchos de ellos, no parece importarles cuál es el rumbo que le están dando a sus vidas, demuestran una falta de interés y motivación que confirma lo que ya se había dicho, la eficacia de los programas de intervención y posterior reinserción de los jóvenes a la sociedad no depende solamente de los esfuerzos invaluable que tengan las fundaciones, o del interés que tenga la sociedad por recuperar a ciudadanos de bien, un porcentaje alto de la efectividad de las intervenciones depende del interés que tenga el menor por recuperarse de salir del entorno que tanto daño le ocasiona. Por ello dentro de los roles, funciones y tareas del Trabajador Social debe incluirse a priori, establecer las herramientas necesarias para que el menor se sienta motivado, y recobre la confianza, y la autoestima que cómo individuo posee.

En concreto, la percepción que posee el joven actualmente sobre el rol o las funciones que posee el Trabajador Social dentro del Programa Solidaridad de la Fundación Paréntesis, es despreocupado, no hay un interés genuino por conocer más allá de lo que ve o percibe por medio de los estímulos a los que son sometidos por el trabajador social, queda de parte de la Fundación, establecer las directrices que sean necesarias para abordar esta situación, involucrando a todos aquellos profesionales que desde su punto de vista puedan generar un cambio ante esta situación, que afecta de un modo u otro los procesos de intervención para los jóvenes de futuros programas.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación realizada, se aprecia una serie de elementos que, si bien no estaban dentro de los objetivos a investigar, se encontró que era valiosa información, e importante de transmitir ya que aporta de igual forma al trabajo realizado.

Uno de los primeros hallazgos que se encontró en el análisis y posteriores conclusiones de la investigación, es la capacidad de contención que presenta un equipo multidisciplinario en cuanto a la temática particular con jóvenes infractores de ley, desde un abordaje biopsicosocial. En cuanto a la contención, no solo se entiende a los participantes, sino también al propio equipo terapéutico, reforzado por medio de espacios de retroalimentación basados en la horizontalidad.

Uno de los hallazgos de la investigación, que se puede destacar, es la forma que se visualizan estos jóvenes, sin tener una proyección clara de sus vidas sin querer siquiera plantearse el futuro, como si no fuera tema para ellos, sólo viven el presente sin importar lo que va a pasar, sin medir las consecuencias de sus actos y los resultados que traerá para sus vidas

Además de existir una capacidad de reflexión, ésta resulta escasa para ellos, es muy difícil plantearse una interrogante, costándoles poder responder con facilidad, evaden preguntas difíciles o que tengan que ver con sus futuros, ésta limitada capacidad de reflexionar tiene que ver con sus procesos de abandono y/o deserción escolar, conllevado a factores cognitivos, como también al consumo problemático y abusivo de drogas, principalmente drogas duras. Ello conlleva que no han sido estimulados por carecer de vínculos afectivos familiares principalmente, sumado a esto las deserciones escolares que han vivenciado, como resultado no han desarrollado esta capacidad, costándoles poder entregar una respuesta un poco más elaborada, con mayores argumentos.

También es un antecedente importante de considerar el grado de vulnerabilidad y falta de expectativas de los jóvenes que se encuentran realizando un tratamiento de rehabilitación de alcohol y otras drogas de carácter ambulatorio; así también es la

red de apoyo con la que cuentan resulta bastante limitada; en las que se encuentran la familia, colegio (cuando pertenecen al sistema educacional), grupo de pares contenedores que no se encuentren asociados al delito y/o al consumo y relaciones de pareja.

Otro hallazgo relevante, es que no existe motivación real, como proyecto de vida por parte de los jóvenes de cambiar sus actitudes en el corto plazo, dicen que más adelante lo harán, dejaran de consumir e infringir la ley pero no se atreven a poner fecha de término, solo se limitan a decir “*más adelante*”, sin concretar ni comprometerse a actuar de otra manera, se dificulta aún más si no se cuenta con lazos afectivos parentales que los ayuden a generar motivaciones que conlleven a realizar actos diferentes.

Si bien este hallazgo no pretende fomentar ni mucho menos promover el trabajo infantil, gran parte de los participantes del programa terapéutico Solidaridad, jamás han trabajado, no cuentan con otra experiencia para conseguir dinero que no sean las infracciones a la ley. Desde ellos mismo lo relatan: “*plata mal venida plata mal gastada*”, lo cual no se expresa en un inconveniente el seguir relavando la infracción y/o delito con la finalidad de convertirlo en dinero para propiciar el consumo de distintas drogas. No se hace mención a dinero para vestirse, aportar económicamente en la alimentación del grupo familiar o para llevar una mejor calidad de vida.

Los jóvenes además toman la decisión de no dejar de infringir la ley, porque ellos pueden obtener dinero de manera rápida y la inmediatez para ellos es algo de mucha importancia todo lo quieren obtener en el menor tiempo posible, sin tener que esperar para concretar lo que desean, sin mucho esfuerzo; esto trae dividendos positivos para ellos los objetos que adquieren de manera rápida son reducidos y pueden obtener un resultado económico, tanto monetariamente o por intercambio de distintas drogas, con la finalidad de mantenerse en consumo constante, entendiéndolo siempre desde una problemática de salud.

Si nos referimos a la valoración que tienen respecto de sus actos le atribuyen una connotación negativa, saben que no es correcto infringir la ley, pero se justifican

mediante lo que quieren obtener y por lo tanto lo continúan haciendo; saben también que la percepción de las personas hacia ellos es negativa, que mayormente existe un rechazo por el consumo que por el delito, reconocen la existencia de un rechazo a nivel social, pero no es un tema que los afecta, no le prestan importancia.

Al realizar esta investigación con los adolescentes infractores de ley y con consumo problemático de alcohol y otras drogas, se logra comprender la dificultad que existe al trabajar con éstos, si nos sumergimos en sus vidas descubrimos el poco apoyo familiar con que cuentan y han contado a lo largo de sus vidas, encontrando diversas variables que cruzan sus vidas, teniendo historias marcadas por los mismos factores de riesgo, coincidiendo en muchos aspectos sus relatos.

Otro hallazgo importante es el nivel educacional de los jóvenes participantes del programa terapéutico Solidaridad, que son participes de un proceso de rehabilitación. Gran parte de ellos no se encuentran escolarizados, quienes se encuentran escolarizados, tiene al menos un curso de desfase, por abandono o repitencia del nivel cursado. Quienes se encuentran relativamente acordes en edad versus nivel educacional, corresponden a quienes asisten a colegio de en modalidad dos por uno, de Fundación Súmate, fundación filial de Hogar de Cristo.

El último hallazgo, también responde al equipo terapéutico propiamente tal del programa Solidaridad de la comuna de Renca, la cual corresponde a la mirada adulto céntrica, en donde en la Orientación Técnica y en la Propuesta de Intervención queda plasmado que son menores de edad, en el día a día se va perdiendo esto en práctica, en donde muchas veces se orienta como adulto y no como menores de edad garantes de protección y derecho.

EL APOORTE DEL TRABAJADOR SOCIAL

El principal aporte que puede ofrecer un trabajador social es ayudar a superar los obstáculos que le imposibilita al colectivo lograr el desarrollo humano para alcanzar una mejoría en su calidad de vida. La participación profesional que puedan tener éstos en la sociedad tiene su fundamento en la ética, en las teorías del conocimiento, y en la metodología que envuelve al trabajo social.

Indiscutiblemente existe un compromiso del trabajador social en la reinserción de los individuos que se han desviado del correcto proceder y de las normas que rigen las sociedades, su labor permite brindar las estrategias necesarias para modificar el patrón de conducta errática que pueden presentar las personas, sin importar su raza, edad, género, o condición socio-económica. Lo que realmente importa es devolverle a la sociedad, un individuo regenerado, competente y con mínimo índice de reincidencia. Es hacerle ver a la persona afectada cuán importante es, como individuo independiente, su presencia en el desarrollo de la sociedad.

Si bien es cierto, existe una complejidad sobre la intervención que debe hacerse cuando de por medio está el uso de sustancias ilícitas, y a eso se le añade el hecho de que son menores de edad quienes las están consumiendo, la participación del trabajador social, indiscutiblemente es importante, puesto a que demuestran a través de las teorías del comportamiento el verdadero compromiso y ahínco que tienen sobre la restructuración de las sociedades. Los menores de edad, son los que demuestran ser más vulnerables al consumo de drogas, y su adquisición muchas veces es realmente fácil.

Actualmente es indudable que se deben plantear intervenciones, que consideren todas las implicaciones que conllevan el consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes. El rol del trabajador social, resultan ser clave a la hora de llevar a cabo dichas intervenciones, debe considerar de una manera muy sobresaliente todas las habilidades que tienen los individuos de relacionarse en la sociedad para sentir que son parte de ella.

Los trabajadores sociales tienen como papel principal, desde la perspectiva planteada, tomar acción preventiva, oportuna y directa con el menor que se

encuentre involucrado en el consumo de drogas, debe además intervenir en el núcleo familiar del afectado, o con el medio que rodea al menor, involucrando a la sociedad como un conjunto. Impulsando los cambios positivos sobre el consumidor a través de las herramientas que la profesión le concede, propiciando el apoyo, consideración y respeto que debe otorgársele al afectado. Para el logro de esta ardua inserción debe utilizar también todos aquellos recursos y técnicas sociales, como los medios humanos, técnicos, materiales e institucionales con los que cuenta una sociedad para hacer frente a la problemática. En general, el trabajador social no trabaja solo, requiere del acompañamiento de diversos recursos, la unión de ellos desencadenará un cambio importante en el colectivo.

Aunque los trabajadores sociales tienen tareas y roles bien definidos. El trabajador social no es un individuo que ejerce una profesión de forma aislada, por trabajar en beneficio de la comunidad y de los sectores más desposeídos, el mismo debe abordar más allá de sus funciones propiamente dichas, y por ello hay un tema de debate abierto entre los estudiados de las ciencias sociales, y es definir hasta qué punto llegan las competencias y la acción de un trabajador social. Por esta situación se pueden presentar confusiones en torno a las capacidades y aptitudes que posee el trabajador social.

En todo caso, como profesional de las ciencias sociales, el trabajador social cumple un papel importante para que los programas de intervención y reinserción a la sociedad de los individuos se lleven a cabo de la mejor manera. Por todo esto, debe poseer las habilidades y destrezas necesarias para hacer frente a las diversas actividades, las cuales, muchas veces, no son planificadas y que pueden surgir en un determinado momento.

Partiendo desde esta perspectiva, el trabajador social debe estar preparado para asumir los desafíos que las sociedades demanden, por ello debe manifestar siempre una actitud proactiva y positiva. El trabajador social debe estar en la capacidad de propiciar la discusión dentro de sus grupos de trabajo, siempre con disciplina debe favorecer la discusión dentro de sus respectivos grupos de trabajo siempre

enfocados en la búsqueda de que se generen las mejores alternativas y estrategias para lograr intervenciones altamente efectivas.

Dentro de las contribuciones que hace un trabajador social podemos mencionar el fortalecimiento de los recursos sociales y personales que permiten enfrentar eficazmente el problema, contar con la asesoría de un trabajador social y además contar con las herramientas necesarias para lograr los objetivos es una mezcla que indiscutiblemente generará buenos resultados. El trabajador social siempre está enfocado en promover y prevenir al colectivo de todas aquellas conductas que de alguna u otra forma merman la calidad de vida, es decir, busca sensibilizar e informar, para efectos de la investigación, sobre los efectos que se derivan del consumo de sustancias psicotrópicas, mantener a las sociedades involucradas y en constante interacción sobre temas que menoscaban los pilares fundamentales de las sociedades representa un aporte importantísimo de los trabajadores sociales.

Otro aspecto que resalta sobre la participación que ofrecen los trabajadores sociales, se encuentra la constante retroalimentación y fuentes de conocimientos que se generan a través de los procesos de rehabilitación, intervención y reinserción de los habilitados a la sociedad, en el mejor de los casos cuando un joven es rescatado del mundo del delito y de las drogas, ellos mismos se convierten en testimonios vivientes de su experiencia, y se transforman en multiplicadores del saber, este aporte surge en principio de lo que el trabajador social imparte dentro y fuera de las organizaciones destinadas al rescate de jóvenes que son infractores de la ley.

Un aporte significativo dentro de las actividades que desarrolla el trabajador social radica en el trabajo de campo que desarrolla, la interacción que puede surgir de jóvenes en situación de calle y adicción sólo se pueden constatar si el trabajador social se dirige a los puntos en donde se focaliza la crudeza de la realidad que los menores de 18 años viven día a día en la calle, ésta realidad permite que el trabajador social busque las estrategias necesarias para trasladar al afectado a los sitios destinados para su recuperación y posterior inserción a la sociedad y a sus respectivos núcleos familiares, en caso de tenerlo; es un aporte de gran significancia

porque contribuye a que otros jóvenes no sean testigo de la caótica situación que se vive en las calles, y no tomen ese patrón errático como una salida a las situaciones por las que puedan atravesar.

Los trabajadores sociales, sin lugar a dudas representan agentes influyentes dentro de las sociedades en donde hacen vida, personas que de alguna u otra manera pueden ayudar a modificar la conducta y el proceder de los jóvenes que se encuentran inmersos en el mundo del delito y la drogadicción. Aunque una gran parte de la recuperación depende del afectado, el contar con un apoyo que brinde las herramientas necesarias para lograr la reinserción, es una contribución que beneficia a la comunidad y simboliza evolución de la humanidad.

Por lo anteriormente expuesto, es claro que las contribuciones que aportan los trabajadores sociales a la comunidad y en especial al Programa Solidaridad de la Fundación Paréntesis, tienen un valor trascendental y un alto impacto sobre los niños, niñas y adolescentes que actualmente atraviesan por situaciones complejas, es de aclarar que por lo general, estos jóvenes infractores de la ley provienen de hogares disfuncionales y altamente conflictivos, en donde las relaciones interfamiliares se encuentran arrojadas por un ambiente violento, conflictivo y tóxico, es ese ambiente el que propicia que los jóvenes se corrompan, y es lógico atribuir sus conductas a este medio descompuesto. A parte de la labor que desempeña el trabajador social sobre el afectado directo, es conveniente tomar las medidas necesarias para atacar estos focos de disfuncionalidad familiar y garantizar un entorno sano al joven cuando el mismo esté preparado para su reinserción en la sociedad y en su núcleo doméstico.

Para las comunidades en donde existen un índice elevado de jóvenes en situaciones de calle, y que además son consumidores de sustancias ilícitas, el rol que desempeña el trabajador social es loable, se debe reconocer el mérito que tienen éstos cuando le devuelven a la sociedad un joven apto para reinsertarse a sus espacios nuevamente, garantizar que no vuelva a reincidir en todos aquellos actos que van en contra de la moral y las buenas costumbres es una tarea ardua, idear las estrategias que permitan que eso sea posible posee un gran valor, queda

entonces, ofrecer las garantías necesarias para que el trabajador social logre sus objetivos a cabalidad, indudablemente se crean relaciones de retroalimentación, pues, los programas rescatan jóvenes, los mismos son intervenidos por los profesionales, se regenera la conducta y se le devuelve a la sociedad un individuo apto para que cumpla el rol que a su edad le corresponde atender.

BIBLIOGRAFÍA

- Arbex, C. y Comas, R. (2001) *Percepción de riesgo de las drogas por los escolares*. PNSD. Madrid, España.
- Arbex, C. (2002) *Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas*. Madrid, España.
- Arias, Carmen. (2006) Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas
- Avanesov, G. y Igoshev, K. (2013) El control social. La prevención como parte de su estrategia. Buenos Aires, Argentina.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2011), Santiago de Chile, Chile.
- Calatayud, E. y Gómez, I. (2010) *Terapia Ocupacional en geriatría*. Santiago de Chile, Chile
- Comas, D. (1992) Las drogas. Guía para mediadores juveniles. Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales. Sevilla, España.
- Fernández, S. (2008) Identidad y formación en el trabajo social: desafíos corporativos del practicum para la docencia y el ejercicio profesional. Buenos Aires, Argentina.
- González, A. y Jorquera, J. (2009) *Percepción de Usuarios y Trabajadores sobre la Reforma de Familia*, Santiago de Chile, Chile.

- Jumbo, Delia., Merino, C. y Espinoza, M. (2017) *El rol del trabajador social en la prevención de la drogadicción, desde el enfoque de autodesarrollo comunitario*. Sevilla, España.
- Lizárraga, S. y Ayarra, M. (2001) *Entrevista Motivacional*, Santiago de Chile.
- Maturana, H. (1999) *Transformación en la Convivencia*, Chile.
- Merleau, M. (1993) *Fenomenología de la Percepción*, Chile.
- Neisser, U. (1999) *Psicología Cognoscitiva*. Chile.
- Serrano, E. (2012) *El Impacto de la Madurez versus inmadurez en la adolescencia*. XVI Congreso Latinoamericano de Ecuador. Quito, Ecuador.
- https://www2.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen_M.05/pdf/16_Serrahima.pdf
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200010
- <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf>
- <https://www.Dialnet-EnfoquesTeoricosSobreLaPercepcionQueTienenLasPerso-4907017.pdf>

ANEXOS

ENTREVISTAS

Rol del trabajador social, una mirada desde distintas posiciones

Rodrigo Hoyos, Coordinador Programas Sociales, Centro-Norte del país.

Simbología:

E: Entrevistador

R: Coordinador de Programas Sociales

E: En tu rol de coordinador, ¿crees tú que el aporte del Trabajador Social resulta relevante, dentro de un Programa Terapéutico Ambulatorio?

R: Eh, no *jajaja*; evidentemente que la respuesta está ligada a un por qué. Yo creo que el aporte en sí mismo de ningún profesional dentro de un programa terapéutico, es como el óptimo, la verdad es que es la conexión de lo que sucede entre diversas disciplinas con esa disposición de algo. Es la manera en que un Trabajador Social, en este caso particular podría complementar una mirada, un poquito más abierta, un poquito más sistémica, un poquito más de comunidad, un poquito más de familia, yo creo que el gran peso tiene que ver cómo, como una sola persona logra formar parte de un engranaje para atender a otra persona, no sé si me estoy explicando bien. Pero yo creo que es fundamental entendiendo que está en coordinación con otras profesiones también, la misma respuesta te podría dar para el caso Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, en fin, o en un Técnico en Rehabilitación que es el caso que tenemos en nuestro programa, creo que forma parte de un cuerpo que es lo mínimamente necesaria para atender a una persona.

E: Y dentro de ese cuerpo, ¿Cuál es la importancia que se le asigna de tu área, de tu visión como Coordinador?

R: Fíjate que en el modelo técnico, que tuvimos involucrado buena parte de tiempo del 2009 construyendo la propuesta, surgieron, eh primero, como discusión, quién tiene que asentar las competencias técnicas dentro de un programa. Es el

jefe, difícil, porque tu *cachai* que el jefe tiene millones de responsabilidades y a veces pesan mucho más las cosas administrativas, bueno tú mismo viste el tema del Cuadro de Mando, el tema de las boletas, el tema de la seguridad, que el teléfono funcione, que el gas esté disponible. Entonces la verdad tratamos de pensar, qué figura debería existir dentro del programa, que lograra asentarse, ser responsables, liderar todos los procesos técnicos y llegamos a la discusión de que ojala siempre fuera la dupla en su conjunción de trabajo la que esté lidiando con los elementos técnicos, y vuelvo con esta cuestión de por qué no tiene que ser uno solo, podría ser una dupla conformada de Trabajador Social con Terapeuta Ocupacional, no necesariamente que tiene que estar ligada con un psicólogo, porque tenemos que romper con esta fragmentación que se hace con la individualización de los procesos, que en nuestro caso es consumidor y consumidora nomás y lo tenemos que ver en el contexto, es por esto la necesidad de plantearlo como parte de un cuerpo y, en este caso, los responsables serian el Trabajador Social, formando parte de esta dupla, liderando técnicamente los programas y supervisando los procesos de los Técnicos en Rehabilitación, por ejemplo, dirigiéndolos y si es que es muy necesario aclarar las dudas con las jefaturas en caso que haya una discusión, una diferencia de criterios que lleva la necesidad de resolverlos.

E: Y en relación a lo que lleva al mismo enfoque pensando en lo ambulatorio ¿cuál crees tú que es la importancia que se jacta del Trabajador Social, más bien conociendo la experiencia y la intervención en situación de calle o en relación al Programa de Calle, siendo tu parte de la Coordinación?

R: Refiriéndome en concreto a los Programas Calles, lo que nos ha pasado, lo vemos a través de todos los programas, es esta suerte de exclusión de vulnerabilidad, colocada súper fuertemente con las personas que han perdido todo contacto. En el caso del programa, como por ejemplo, en el que tú estás, aun se siguen manteniendo algunas vinculaciones, principalmente con sistemas educativos o, por último, está la familia, pero en las personas en situación de calle eso no existe. Entonces, la pega que han tenido, particularmente, los tres Trabajadores Sociales que están actualmente en los Programas Calles, tienen que ver con levantar esas

Redes que tuvieron, las que podrían estar, las que todavía están, en realidad están bastantes débiles. Y hay otro enfoque que lo han tomado los "Calles" lo que lo han tomado bastante fuerte los Trabajadores Sociales y es levantar fuerte el enfoque de Derecho, o sea, como ciudadano reconocerlo y tú tienes que abrir las puertas acá, entonces eso creo que ha sido súper clave.

E: Y dentro de ese mismo enfoque ¿Cómo se visualiza esta articulación, por un lado están las Redes por otra lado el Trabajo con Familias, como se lleva a cabo?

R: En los "Calles" súper difícil, particularmente en los "Calles", o sea, nosotros siempre hemos dicho que hay familias, eso probablemente siempre lo has escuchado en las capacitaciones. Lo que cuesta es encontrarlo, cuando lo hemos encontrado, que ha sido en el caso que más adherencia hemos tenido, precisamente los que han logrado este primer contacto, los que han logrado abrir las puertas, los que han logrado tener contención con ellos, son los Trabajadores Sociales. Los que se manejan, por ejemplo, en talleres psicoeducativos o en talleres de acompañamientos, que tiene que ver una variable que es súper olvidada, que no es la persona en situación de calle solamente, sino es la historia de una familia que ha estado ahí y nosotros en general atendemos a la persona y tenemos pinceladas de trabajo de la familia cuando ellas vienen, pero en el final trabajamos con todas las familias en un taller, o bien atendemos viendo el tema de la drogadicción o el cabro que estamos atendiendo. Pero hemos olvidado un punto fundamental de lo que le ha pasado a la familia durante todos estos años y en eso hay experiencias interesantes, que ha hecho principalmente el Programa Calle en la Región Metropolitana, que el Daniel que lo ha liderado, que es el Trabajador Social, de abrir esa puerta, digamos, y de poder poner el oído para ver qué es lo que a ellos le ha pasado en todo este tránsito y ver cuántas redes ellos han vinculado y cuanto ejercicio de derecho ellos han hecho, si saben efectivamente que a la vuelta de la esquina hay un centro comunitario que te podría resolver muchos de los problemas que tenís, pero también el tema de la comunidad, está precisamente con las personas de situación de calle, no sé si acaso tú sabes, pero para el catastro que se hizo el 2007, a muchas personas de situación de calle los agarraron dentro de una camioneta y se los llevaron a otra parte, probablemente por el temor del Alcalde

de decir, *chuta* en mi comuna existen estos índices de personas en situación de calle, por eso te digo el tema de comunidad no “haciéndose cargo de”, es horroroso. Y eso es una pega del equipo en concreto y por completo, pero que particularmente lo debería liderar el Trabajador Social.

E: Oportunidades que ves tú en esta intervención dentro del Programa Calle principalmente, las principales oportunidades tanto para los Trabajadores Sociales, como para los usuarios.

R: Apertura de puerta, simplemente apertura de puertas, desde la tan pequeña gestión de haberle conseguido una hora o haberle hecho alguna posibilidad de una hora en el consultorio, hasta una intervención, hasta lo que te decía, parar la oreja para escuchar a una familia que ha tenido una historia de situaciones y que no ha podido conectarse con las personas y nada, se puede hacer. Entonces yo creo necesario, fundamental, no es suficiente, aludiendo a lo primero que te decía que para ser suficiente en una institución tiene que formar parte de otro cuerpo, un poquito más grande, con más profesionales ahí, para que realmente sea interdisciplinaria o multidisciplinaria, pero es clave, no puede no estar.

E: Y como desafío ¿qué les queda?

R: Haber, muchos. Alinear la mirada para apuntar al mismo lado, compartir logros, creo que lo hacemos re-poco, eh... no sé, la experiencias que se pueden tener en Arica, por ejemplo, de un Trabajador Social o de cualquier profesional en realidad, lo compartimos poco, entonces allá hay una experiencia muy buena, en la que el Trabajador Social lo que hizo fue juntar una mesa de trabajo para abrir oportunidades y nada, y lo único que hizo fue ponerse a disposición también, eso lo hacemos re-poco; eso es un desafío.

E: Y ¿alinear la mirada a nivel de equipo o a nivel de institución?

R: A nivel de programas en cómo cada uno de los roles, que están dentro de los programas se desempeñan de la misma manera o por lo menos similar, atendiendo las características de cada territorio principalmente, que en algunas no es muy fácil tener acceso versus otros. Lo que nos ha pasado un poquito en Manresa adolescente, acuérdate que en Manresa adolescente nosotros por convenio,

recibíamos adolescentes de todo Chile. Entonces imagínate que el trabajo del Trabajador Social, valga la redundancia era extremadamente difícil, muy poca posibilidad de generar compromisos, eso yo creo a nivel de programas. Eso, misma visión, mismo objetivo, misma claridad, mismos instrumentos ojalas.

Sergio Chacón, Director de Programas Sociales

Simbología:

E: Entrevistador

S: Director de Programas Sociales

E: ¿cuál crees tú que son las funciones del Trabajador Social en un equipo ambulatorio intensivo?

S: Yo creo que hay diversas funciones, algunas formales y algunas no formales, por así decirlo; eh... hay una primera función que creo yo que es fundamental y que es ser puente entre las expectativas y las necesidades de las personas que participan de los programas y una serie de otros dispositivos, de la comunidad o de la región que están disponibles para ellos y que les permiten ejercer otros derechos. Es como una función que podríamos decir de articulación de redes, por así decirlo, que es un rol fundamental creo yo; por otro lado también está un rol que tiene con la pega que hacen al interior del equipo, respecto de ser capaces de dar cuentas en la discusión técnica, de la mirada que el Trabajador Social pueda aportar en el ámbito de redes, en el ámbito de familias, en diversos ámbitos que son de su competencia, de manera de enriquecer la discusión del equipo y también de ser capaces de mirar a la persona que se está atendiendo, a través de la mirada del Trabajador Social o de la Trabajadora Social, para tomar decisiones técnicas que sean relevantes y que tengan sentido para la persona con quien se está trabajando. Me parece además que, en el trabajo que se desarrolla hoy día en los programas ambulatorios intensivos, donde se ha ido evolucionando hacia intervenciones más desplegadas en el terreno, versus lo que hacía históricamente, solamente en la atención en el programa, en ese contexto los trabajadores sociales y las trabajadoras sociales son vitales en ese despliegue en el terreno. Son por así decirlo, como punta de lanza en esos espacios, primero para validar la intervención del programa a partir de un

establecimiento de vínculos con ese chiquillo, esa chiquilla con quien se quiere trabajar, de manera que todo el resto del trabajo también se pueda hacer. La impresión que tengo yo es que son agentes facilitadores de inserción en los territorios en donde los chiquillos están, para hacer todo el trabajo técnico que se requiere. Creo además que hay un rol, que si bien no es rol declarado, creo que es algo que se verifica en la realidad y que se verifica no solamente con los trabajadores sociales, sino con todos aquellos que intervienen y que es un rol desde una perspectiva terapéutica por así decirlo, donde los Trabajadores Sociales y las Trabajadoras Sociales también están haciendo un aporte, al logro del objetivo que las personas se plantean en sus planes individuales de trabajos y que van más allá de la competencia clásica u ortodoxa de un Trabajador Social, que es vincularse con su familia, tener la ficha de la protección social, hacer el contacto con la municipalidad que va más allá de eso, sino que tiene que ver con la intervención que va apoyando la generación de un vínculo, que le permita al joven o la joven ir armando de sentido su vida y eso es mucho más inespecífico. Pero yo creo que eso también es parte que los Trabajadores Sociales hacen y es parte de su rol también, no sé cómo llamarlo a eso, pero también son agentes terapéuticos, por ponerle un nombre. Creo que parte del trabajo sobre todo, si tú consideras el trabajo con los chiquillos y chiquillas que son considerados infractores de la ley penal, ahí hay toda una articulación con los agentes que intervienen en la aplicación de la justicia, asociada al tema de la responsabilidad penal adolescente en coordinación con los programas que tienen a cargo la ejecución de las libertades asistidas, con los tribunales en caso de que se requiera, generando informes, asistiendo a audiencias con otros agentes y dispositivos de salud, gestionando cupos en la UDAC¹, es diverso, la verdad es que probablemente se me estén yendo muchas cosas, pero yo te diría que lo central va por ahí.

E: En relación a tu mirada de Director de Programas Sociales ¿Cuál crees que es la necesidad del trabajador social de instalarlo, como una articulación de

¹ UDAC son las siglas de Unidad de Corta Estadía en el Manejo de Desintoxicación de Adolescentes Infractores de Ley.

profesionales al interior de un equipo, ya no tanto con los jóvenes, sino al interior de un equipo?

S: Fundamental, es una importancia fundamental al igual que el resto de las personas que conforman el equipo, no creo que tenga más o menos relevancia que el Terapeuta Ocupacional, que el Psicólogo, que el Psiquiatra. Yo creo que la presencia de un Trabajador Social o que la trabajadora social, es una condición sin la cual no, un equipo puede funcionar, lo que pasa que la pega del trabajador social la hace el trabajador social, no hay quien más la haga, tiene sus especificidades entonces si no hay un Trabajador Social o una Trabajadora Social en un equipo, es un equipo que está cojo. Desde una perspectiva biopsicosocial, hay una pega que hacen que tiene que estar, porque es parte central de como nosotros entendemos nuestro trabajo, no tiene que ver con hacer una oferta programática drogocéntrica, donde el tema esté centrado en el consumo problemático, si es técnico, la terapia, donde tiene que ver con una mirada amplia de inclusión social y ahí el trabajo de los trabajadores sociales es crítico.

E: En relación a la articulación con la red, como tú bien lo decías ¿Cuál es el resultado que han tenido, cuando se consulta con estas redes que se trabajan, por ejemplo TTD², organismo de libertad vigilada?

S: No te puedo responder esa pregunta, no tengo información como para darte una respuesta así, sistemática, responsable. No te puedo responder.

E: Relacionado a otros Jefes de programas, este feedback que se hace en relación a cada profesional en relación al trabajador social, no más allá de la evaluación, sino más bien del desempeño, ¿se sienten satisfechos con las necesidades que cubren con las cantidades de profesionales que cuentan en cada programa?

S: A ver, son varias preguntas ahí. Yo creo que hay que hacer una distinción entre el rol del Trabajador Social como en abstracto, por así decirlo, por general desempeño de las personas que ocupan ese cargo. Porque una cosa es tener claridad con respecto de lo que un Trabajador Social o una Trabajadora Social pueda hacer,

² Siglas que corresponden al programa Tribunales de Tratamiento de Drogas

deba hacer y lo que se espera que haga, y otra es la variable individual de como un trabajador social, en particular, hace su pega.

Yo creo que en general hay una súper buena impresión y valoración de los Trabajadores Sociales, tanto así que muchos de los jefes de los programas son Trabajadores Sociales; Los Morros, Trabajador Social; Villa Mavida, Trabajadora Social; Solidaridad y seguramente hay otros por ahí que se me quedan por ahí, entonces hay una valoración.

Por otro lado, está la proporción de profesionales que tú planteabas y eso varía dependiendo del programa, dependiendo de las normas técnicas. Ahora, nosotros de lo que sí tenemos certeza es que hoy día estamos cumpliendo con lo que plantea la norma técnica respecto de la relación profesional Trabajador Social, con las personas a atender. Claro, yo te diría la percepción siempre es que se requiere más y si tú le *preguntai* a cualquier jefe, te va a decir, yo necesito más trabajadores, más trabajadores y más trabajadores. Pero somos una institución que tiene recursos limitados para desarrollar su pega, por mucho que queramos, no podemos generar unos tremendos equipos para coberturas pequeñas, lo que sí tenemos que hacer es dar cuenta de los compromisos que tenemos en términos legales, con los convenios y todo eso.

E: En relación al Trabajador Social como terapeuta, como parte de una intervención en crisis, que una psicoterapia no solo la puede hacer un Psicólogo, sino también la puede hacer un Trabajador Social, en el caso de situación de calle o una situación en crisis al interior del hogar. ¿Cuál es la visión que le das a este aporte en realidad?

S: Yo creo que nosotros tenemos un desafío no solo como institución sino como país, al menos en el ámbito del consumo problemático de ver como generamos los espacios, por un lado de formación y también los espacios de desempeño laboral del rol de Trabajador Social, que no se limite a lo que ortodoxamente o clásicamente se entiende como parte de las responsabilidades de un Trabajador Social y que sea posible ampliar formalmente a estos otros espacios de desempeño que tiene que ver con el acompañamiento terapéutico. Hay experiencias en Estados Unidos, en donde gran parte de los procesos terapéuticos son liderados por el Trabajador

Social. En este libro de Psicoterapia de Reducción del Daño, que estamos traduciendo nosotros, está diseñado el libro a partir de la experiencia de casos y gran parte de los casos que están planteados son gestionados por Trabajadores Sociales, entonces ahí hay un ámbito de desarrollo que yo creo que es una oportunidad y un desafío a nivel académico y a nivel formal de iniciación laboral, yo creo que hay una oportunidad de desarrollo.

E: Como institución, ¿les queda algún desafío con los trabajadores sociales para ampliar la mirada?

S: Yo creo que ese es un tremendo desafío, ahora, no pasa solamente por nosotros, pasa también, por ejemplo, hay instituciones que nos financian, entienden que hay pega que un Trabajador Social también pueda hacer y no solamente un Psicólogo, un Terapeuta Ocupacional; y ahí hay pega por hacer.

Miguel Acevedo, Trabajador Social

Simbología:

E: Entrevistador

M: Trabajador Social Programa Terapéutico Solidaridad

E: ¿Cuál es su mirada tomando en cuenta su rol y sus competencias como Trabajador Social, ahora como director, cuál es la importancia que le asigna a la figura del trabajador social dentro de un equipo multidisciplinario en un programa terapéutico ambulatorio?

M: En relación a la participación del trabajador social, es esencial a la hora de entender este como un proceso integral en el cual el trabajador social, debe tener la capacidad sumado a sus competencias de compartir con otras disciplinas e intervenir en problemáticas que también son fuera de sus competencias pero tener también la capacidad de adaptarse a este equipo multidisciplinario. El trabajador social cumple un papel fundamental tanto en la cotidianidad del programa y su funcionamiento tanto en la cotidianidad de los jóvenes, de los cuales, en el programa donde yo trabajo, se desempeña el trabajador social.

E: ¿Cuándo hablamos de hacerse cargo de tareas que no están dentro de sus competencias a qué nos referimos, desde su mirada como director del programa?

M: Nos referimos a que debe tener las habilidades para enfrentar las crisis que surgen dentro de la cotidianidad, hacerse cargo de ellas, también, tratar de salir airosos de estas contingencias que surgen tanto en el programa como en el terreno. El hecho de tener también conocimiento en el aspecto de los procesos farmacológicos, esta dualidad de funciones también con la comunidad y los jóvenes y que te van poniendo a prueba en toda tu magnitud, entonces constantemente el trabajador social tiene el desafío de instaurar nuevos conocimientos, el tema de la droga, es un tema que también necesita las competencias que se van adquiriendo en el camino, ahí se va poniendo todo lo que es “extra” y todo lo que es tu formación como trabajador social.

E: En ese sentido. ¿Las competencias ya están más bien definidas dentro de lo que corresponde a un programa ambulatorio?

M: Claro, existen objetivos que se trazan a principio de cada proceso, de cada año, pero también; hay una evaluación en la acción que se va realizando como trabajador social dentro de las competencias que se dan en los planes de intervención, en el trabajo de terreno, tanto intra como extra comunal, el ser un agente influyente e importante dentro del proceso de los jóvenes, tanto en consultaría de carácter individual como también grupal, la capacidad de generar grupos, instancias de taller y también va a depender de los intereses como trabajador social que uno se impone. El hecho de este trabajo en red, es importante mantener, tanto los aspectos formales como los agentes derivadores, como los informales, que son agrupaciones u organizaciones juveniles que van surgiendo dentro de la comuna y que van variando el trabajo que se hace en relación a las problemáticas de drogadicción y adolescencia que presenta hoy día la Fundación Paréntesis y el Programa Solidaridad.

E: En ese sentido. ¿Tú te sientes satisfecho con las tareas que se le asignan al trabajador social o creen que están en déficit o son excesivas?

M: Creo que siempre hay que apuntar a sumar competencias, obligaciones y responsabilidades del trabajador social dentro del programa. Siempre conforme en relación a la relevancia que tiene el trabajador social con los jóvenes y el impacto tiene dentro de los procesos vivenciados dentro de “Solidaridad”, pero también, creo que hay desafíos que se van planteando y la misma realidad te va obligando a actualizarte. El hecho de incorporar la patología de alcohol a la problemática de alcohol, también es un desafío para el trabajador social adaptarse a estos cambios, adaptarse a los nuevos estereotipos, a los nuevos tipos de adolescentes que estamos trabajando, esto dentro del aspecto teórico. Y en el aspecto práctico, es eso, adaptarse al contexto, al ambiente y desde ahí intervenir en el aspecto biopsicosocial y llevar las competencias del trabajador social.

E: Dentro de las funciones, no situamos más bien en las competencias, pero ahora más bien en el rol propiamente tal dentro de un programa. ¿En qué están y que es lo que falta?

M: Creo que el trabajador social se está ganando su espacio a base de esta relación de, que hoy el trabajador social está capacitado para coordinar un equipo, para dirigir un equipo y para entender el fenómeno desde un aspecto más integral. ¿Qué falta? Yo creo que desde los lineamientos más macro, darle mayor responsabilidad al Trabajador Social, porque en la práctica existe esa importancia y relevancia dentro de los procesos, pero a lo mejor desde un aspecto más teórico, incorporarlo y plasmarlo desde algo más tangible, pero en la realidad eso se da, la relevancia y la importancia se da en la calle, se da en las instituciones, en este proceso de incorporar la red, de incorporar a los jóvenes, existe la importancia. El tema es que desde el aspecto más teórico, desde los modelos técnicos se deja más de lado al trabajador social, pero en la práctica gran parte de las funciones que se delegan, tanto del técnico en rehabilitación, del psicólogo, también hoy día el trabajador social se encuentra con las herramientas disponibles para hacer frente a esas necesidades.

E: Frente a esas necesidades. ¿Se da por satisfecho el incorporar a un trabajador social o está la disyuntiva de pasar desapercibido en un equipo multidisciplinario?

M: Más que satisfecho, creo que es necesario el trabajo que realiza un Trabajador social, abarca una gama muy amplia dentro de su desempeño y que es esencial para el funcionamiento diario. Creo que sí me encuentro satisfecho con el rol del trabajador social y que también da para mucho más.

E: Desde de tu mirada como encargado del programa, las competencias como tal, ya como encargado de programa, como trabajador social, ¿A qué apuntan, cuáles son sus lineamientos, su visión, acudiendo y aludiendo principalmente a que eres trabajador social?

M: Creo que entregar las herramientas necesarias principalmente en el trabajo con los jóvenes, el vínculo con los jóvenes, la capacidad de poder entender las problemáticas de cada joven, va por ahí, por potenciar ese tipo de herramientas del trabajador social, que hoy día desempeña solidaridad. Tengo la fortuna de haber trabajado como trabajador social antes de este cargo que desempeño y creo que los desafíos son constantes y a diario y que va principalmente en entender el contexto de vulnerabilidad en que están los jóvenes, la desigualdad social en la cual se desarrollan y creo que el trabajador social a la hora de poder analizar y comprender es un ente fundamental dentro de un programa, principalmente por el carácter social y crítico que se debe tener en este tipo de trabajo, entendiendo el fenómeno de la droga no solamente como un fenómeno aislado, sino que como consecuencia de un sin fin de situaciones que van confabulando y van desencadenando en adolescentes que hoy día trabajamos, sumado al aspecto legal que son parte de la vida de los chiquillos, entonces, el trabajador social hoy día si o si tiene que manejar el ámbito legal, el ámbito comunitario, el ámbito más terapéutico, en síntesis un aspecto biopsicosocial, el trabajador social si juega un papel fundamental y dentro de mi rol como jefatura es plasmar eso, el carácter crítico del porqué de este fenómeno en la sociedad actual.

E: El rol del trabajador social versus jóvenes que están dentro de la ley de responsabilidad penal adolescente, lo teórico ya lo describimos, ahora más bien lo práctico no solo como se encaja la relación con los jóvenes, sino que, me imagino, que tiene un aspecto mucho más grande.

M: Claro, el hecho de este trabajo en conjunto con las organizaciones relacionada a la responsabilidad penal adolescente también es importante, el mantener relaciones cordiales con comunicación fluida para no también sobre intervenir a los jóvenes, creo que, en ese aspecto, también debe tener las habilidades de poder comprender las funciones de otros profesionales dentro del ambiente de un ambulatorio intensivo que es de lo cual estamos hablando hoy día, y desde ese punto de vista, claro, se amplía el hecho de no solamente tener claro en qué consiste la ley, las consecuencias de esta, si no también, cómo se desenvuelve, cómo puedes desarrollarte como trabajador social dentro del ambiente, entonces, tiene que tener las herramientas necesarias para relacionarse con otros profesionales también, que no necesariamente van a ser trabajadores sociales, van a ser psicólogos, sociólogos y que dan respuestas a este conjunto de variables que van influyendo en la vida de los jóvenes.

E: En relación al trabajo con familias, ¿Cómo lo ves tú, a qué apunta?

M: Sí, el trabajo con familia es un aspecto fundamental dentro del trabajo social. El hecho de trabajar en un ambulatorio te significa si o si una visualización por parte de la familia importante, entonces el trabajo también apunta a eso, a la validación del trabajador social y del programa en sí que es la cara visible del programa dentro de la comunidad, que te visualicen como un ente protector, alguien presente, que te logren visualizar y validar. Entonces, el trabajo en familia no solamente se hace en un set informal, si no también, se hace en un *setting* donde te encuentras a las familias en la comuna, te encuentras a las familias en las poblaciones, en las calles, y desde ahí tener las herramientas necesarias para desenvolverte en el ambiente de ellos, no solamente desde el programa en sí, si no tener la capacidad de adaptarte, de incorporarte e introducirte en las poblaciones y en las vidas de las familias. Generalmente se utilizan estrategias de visitas domiciliarias, talleres familiares en el cual el trabajador social dentro de sus competencias es un eje fundamental. Pero principalmente es eso, es trabajar la vinculación, la validación del programa y del trabajador social al introducirse a las familias.

E: En el tema más comunitario, la inserción del trabajador social en las visitas domiciliarias, por ejemplo, con las familias, atendiendo la intervención en crisis ¿Cómo lo ves tú que se refleja, qué impacto genera el trabajador social estar presente en la casa de una forma más constante?

M: Por lo mismo que te explicaba denantes, el hecho de la validación del trabajador social en la familia es relevante a la hora de este tipo de acontecimientos, como la intervención en crisis, el hecho de esta validación que hablábamos en un momento del trabajador social dentro de la comuna, dentro de un consultorio, dentro de la institución, es fundamental dentro del proceso de los jóvenes, por la validación que este trabajador debe tener, y por el desenvolvimiento que tiene que desarrollar dentro de la comuna, esta validación le permite hacer frente a este tipo de contingencias, a las crisis, a tener que en algún momento tomar decisiones relevantes, el poder desenvolverse en el ambiente, en el aspecto más comunitario le permite ser más eficaz y más asertivo a la hora de intervenir con los jóvenes y sus problemáticas.

E: ¿Cuáles piensas tu que son los desafíos, pero no desde tu visión de trabajador social, si no como, jefe de programa para el trabajador social?

M: Seguir incorporando la visión desde un aspecto más comunitario dentro del programa, de inserción en la comunidad, de validación dentro de la comunidad. Desde el aspecto teórico, que se sigan actualizando dentro de las problemáticas que empiezan a aflorar en esta nueva juventud con la cual intervenimos, amplitud de mente, sentido crítico, no perderlo, el aspecto más cuestionador desde de la sociedad también es relevante como desafío no perderlo, haciendo un trabajo en equipo inclusivo no exclusivo y entendiendo este fenómeno como integral y que es parte de una seguidilla de situaciones que influyen dentro de la vida de los chiquillos. Pero el desafío máximo es ese, mantener las prácticas más comunitarias más de incluirse en la población y mantener eso, las buenas prácticas.

E: Algo más que quiera agregar en cuanto al trabajador social, algo que se nos haya quedado fuera, algo que encuentre relevante.

M: Sí, creo que el trabajador social en la temática en la cual estamos hablando que es un ambulatorio intensivo que trabaja con adolescentes es un eje o un pilar fundamental dentro del proceso del joven, ya sea por el tanto por el vínculo como por la importancia y relevancia del trabajador social dentro del proceso del joven. Y creo que de a poco con el tiempo se ha ido ganando esta validación. Así como también se han incorporado nuevas profesiones, nuevas líneas de acción, creo que el trabajador social ha logrado cimentado un camino que ha perdurado en el tiempo y que tiene que seguir reforzando en el aspecto más teórico y práctico, no perder eso, el trabajador social es fundamental dentro de un plan ambulatorio intensivo.

Simbología:

E: Entrevistador

U1: Usuario 1

U2: Usuario 2

U3: Usuario 3

U4: Usuario 4

U5: Usuario 5

a. ¿Conocen Quién es el Trabajador Social?

Sí, la Brendalin.

NO.

NO.

NO.

Sí, el Felipe.

No.

No.

b. Para los que no saben, ¿Se imaginan qué es el trabajador social o el asistente social del programa que los acompaña en todo el proceso?

He tenido tanto en esta vida que ya ni sé.

- **No, no *cachai*?**-

Son esos *weone`* que, que, que....una *weá* de la sociedad po`

- **Para usted Robin-**

La droga lo tiene *cagao`*

- **¿Para usted Abraham?-**

No sé yo...

- **¿Para usted Carlos?-**

Aaah *pa' quepo'*

a) ¿Alguien tiene algún conocimiento de lo que es un Trabajador Social, aquí o en otro lugar?

Los que te acompañan pa todos *lao`*.

Yo en todos lados digo la misma *weá*, si en todos lados me pregunta lo mismo... a todos los *weones* les respondo lo mismo...si preguntan siempre las mismas *weas*.

b) Ni si quiera imaginarse así como de todos los profesionales que trabajan en el programa, alguien que ustedes identifiquen que pueda ser el Trabajador Social ¿no?

El Miguel es el jefe *po`*, el Felipe es el voluntario...La tía es la manager...jajaja....

c) Yo les pregunto, ¿no se imaginan con toda la gente que están en el programa, en quién puede ser el trabajador social?, porque por ejemplo ustedes se atienden con el sicólogo ¿cachan lo que hace el sicólogo?

Sí, sí.

d) ¿Y de la gente del equipo?

Es como parte de la familia, es como una segunda casa.

e) Y dentro de esa segunda casa, tú *tení* mamá, papá, hermanos ¿Cierto?

No po` esa es la tercera casa, si la primera es donde la Anita.

f) ¿Usted está respondiendo en serio o está leseando? Dentro de esa segunda casa hay roles, ¿Cierto?, Usted ¿tiene un rol distinto acá entre una y otra persona?

Ah! Usted está preguntando quiénes son las personas que trabajan aquí y qué es lo que hacen.

f) No, uno, el trabajador social.

Ahh no, no sé *wom`*.

g) ¿Y aquí usted no distingue entre el sicólogo y el trabajador social?

No *po'*, si todos preguntan lo mismo.

h) Todos preguntan lo mismo...o ¿todos hacen lo mismo?

No, no sé *po`*...yo no ando preocupado de eso, a mí me preguntan algo y yo respondo.

i) Tú Robín ¿sabes hacer la distinción entre uno y otro profesional, más allá del nombre?

Yo cacho al puro Oscar nomás que es sicólogo.

j) ¿Otra figura u otro rol dentro del programa?

El profesor de educación física, el jefe que es el Miguel, y el Felipe es Educador, la tía Vicky es, ¿cómo se llama esa cuestión?, Trabajador social!, la tía Isabel También.

k) Entonces tú sabes quién es el trabajador social del programa.

....

l) ¿Quiénes son?

....

m) No po, tú sabes. ¿y qué es lo que hacen?

Ah no sé yo, yo no me meto en su trabajo yo *po`*.

n) ¿Y ella en el tuyo?

No *po'*, es que yo no dejo que me hagan intervenciones, me retobo.

o) Ya, y qué crees que es un trabajador social en este programa?

Hace trabajo social *po'*, así como trabajo *pa`* ¡cómo no *cacha!*

p) Pero ¿Qué cosa?

¡Nada! Si yo no hago intervención, yo aquí vengo a puro lisiar. Puro que ando *weando* en el sicólogo y el siquiatra, a los talleres no me gusta venir.

-¿Los demás chiquillos?

-¿Cuánto tiempo llevas Maxi aquí?

Dos días.

q) A ti te presentaron el equipo, ¿Cierto? Y los nombres de cada uno.

No, ya los conocía de antes ya.

r) ¿Y? ¿Cuáles son los roles de cada uno?

.....

s) ¿Y usted Carlos?, ¿Sabe distinguir cual es el rol de cada uno, sabe distinguir la profesión de cada uno de los integrantes?

El sicólogo, la asistente social y la secretaria.

t) Y en el caso que estamos hablando principalmente, el asistente social, ¿sabe quién y qué es lo que hace acá?

.....

u) Ya, no sabes quién es, ni qué es lo que hace.

Naaaa, son las personas *po`*

v) No estamos viendo el nombre Carlos, estamos viendo el rol, la figura. ¿qué es lo que hace?

Es que ustedes hacen preguntas muy difíciles *po`*, cuándo!, yo nunca he cachado qué es el trabajo social *po won`*, no sé ni qué significa.

w) Pero por ejemplo el sicólogo trabaja con ustedes de manera distinta, los convoca a una reunión, conversa con ustedes, les hace tratamiento ¿no es cierto?, el terapeuta ocupacional también los cita.

El que sabe todo de uno es él po`

x) Ese trabajo que crees que hace, el que realiza los informes.

Busca reinsertarte socialmente...

y) Para usted Brendalin, ¿Cuánto tiempo lleva aquí en el programa? ¿Y usted sabe quién es cada uno de los integrantes del programa?

No.

z) ¿Qué importancia tiene para ti el asistente social en este tratamiento, me dijiste que te acompañaba?

Me acompaña para todos lados, a la fiscalía.

aa) ¿Quién es el que los va a ver a la casa?

Todos, hasta la secretaria va....

bb) Todos los van a visitar, ¿Y en la misma intensidad?

Si. No po, es que hay algunos que son más amigos de uno.

cc) ¿Cómo quién, en tú caso?

No, yo no tengo amigos aquí, pero son más cercanos.

dd) Ya, y esos más cercanos, ¿quiénes serían? Pero nombres.

Pa` mí, el educador y la secretaria, somos más cercanos, pero hablo con todos.

ee) En el caso de Alberto, ¿quién más te va a ver a la casa?

No con nadie...

Aahh, pero a mí no me van a ver esas dos personas a la casa, la secretaria se queda aquí.

ff) ¿Pero en el caso tuyo quién más del equipo te va a ver a la casa o al barrio?

El tío Oscar, la tía Isabel, pero no sé, no me van a ver nunca, me tienen medio botado parece...

gg) ¿Y en tú caso?

Noo, las tías nomás.

A mí me va a ver el tío Felipe y el tío Oscar.

hh) ¿Y tú sabes qué es el tío Felipe y el tío Oscar y las tías?

Son *ratis* hermano (eso creo que dicen)

Risas.