



Escuela de Trabajo Social

**TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: INTERVENCION CON
FAMILIAS MULTIPROBLEMATICAS.
COMUNA DE PEDRO AGUIRRE CERDA.**

Alumna: Rosas Sobarzo, Ester.

Profesora Guía: Vallejos Silva, Susana.

Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social

Tesis para optar al Título de Asistente Social

Santiago de Chile, 2011.

Índice

ÍNDICE	2
INTRODUCCIÓN	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	14
2. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN	15
3. OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL 1	16
<i>Objetivos Específicos</i>	16
OBJETIVO GENERAL 2	16
<i>Objetivos Específicos</i>	17
4. HIPÓTESIS	17
5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	18
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	18
5.2 CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN	18
<i>Unidad de análisis</i>	19
<i>Universo</i>	20
<i>Muestra</i>	20
<i>Fuentes de recolección de la información</i>	21
<i>Análisis e interpretación de la información</i>	22
<i>Variables</i>	23
I PARTE	24
MARCO TEORICO	24
CAPITULO I	25
TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL	25
1.1. ANTECEDENTES GENERALES DE CONTEXTO	25
1.2. BREVE HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL	29
1.3. EL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL	32
1.4. MÉTODOS DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL	34
A. <i>Trabajo Social Individual y Familiar en Salud Mental</i>	35
B. <i>Trabajo Social de Grupo en Salud Mental</i>	38
C. <i>Trabajo Social Comunitario en Salud Mental</i>	39
CAPITULO II	42
MODELOS DE INTERVENCIÓN	42
2.1 <i>El Modelo Psicosocial</i>	43
2.2 <i>El Modelo Sistémico</i>	46
2.3 <i>El Modelo de Intervención en crisis</i>	50

CAPITULO III	56
LOS SUJETOS DE INTERVENCION	56
3.1. FAMILIA Y SOCIEDAD	56
3.2. SALUD MENTAL Y FAMILIA	59
3.3. FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA	64
 PARTE II	 72
MARCO REFERENCIAL	72
CAPITULO IV	73
TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO LOCAL	73
1. HITOS IMPORTANTES DE LA SALUD Y LA SALUD MENTAL EN CHILE	73
2. SALUD MENTAL A NIVEL LOCAL	79
CAPITULO V	83
COMUNA DE PEDRO AGUIRRE CERDA: ANTECEDENTES GENERALES	83
5.1 LÍMITES Y CONECTIVIDAD	83
5.2 LA VIVIENDA	84
5.3 ANTECEDENTES POBLACIONALES	85
5.4 SITUACIÓN LABORAL	88
5.5 DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DE LA COMUNA	91
5.6 LA ADMINISTRACIÓN COMUNAL	92
5.7 ANTECEDENTES DE SALUD EN LA COMUNA	93
5.8 PROGRAMAS Y METAS DE SALUD MENTAL EN CADA CESFAM DE LA COMUNA	95
a) <i>Ciclo Vital Infantil</i>	96
b) <i>Ciclo Vital del Adolescente.</i>	97
c) <i>Ciclo Vital de la Mujer</i>	98
d) <i>Ciclo Vital del Adulto</i>	100
e) <i>Ciclo Vital del Adulto Mayor</i>	101
5.9 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL FAMILIAR < COSAM >	102
5.9.1 <i>Áreas estratégicas de intervención en COSAM</i>	104
5.9.2 <i>Proceso de ingreso</i>	110
5.9.3 <i>Datos estadísticos de COSAM</i>	112
 PARTE III	 115
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	115
CAPITULO VI	116
6.1 RESPECTO DE LAS FUNCIONES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES	116
a. <i>Proceso de Ingreso y acogida de la familia</i>	116
b. <i>Aspectos relacionados con la Intervención clínica</i>	121
6.2 RESPECTO DEL ROL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES	124
6.3 RESPECTO DE LA INTERACCIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LOS EQUIPOS	129

CAPITULO VII	133
7.1 FACILITADORES DE LA ACCIÓN	133
7.2 OBSTACULIZADORES DE LA ACCIÓN	137
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	143
HALLAZGO DE LA INVESTIGACION	160
PROPUESTA AL TRABAJO SOCIAL	163
 BIBLIOGRAFÍA	 166
RECURSOS ELECTRÓNICOS	171
 ANEXOS	 174
<i>INSTRUMENTO</i>	178
UNIDAD DE ANÁLISIS: FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL	179
UNIDAD DE ANÁLISIS: ROL DEL TRABAJO SOCIAL	182
UNIDAD DE ANÁLISIS: INTERACCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL	185
UNIDAD DE ANÁLISIS: FACILITADORES	187
UNIDAD DE ANÁLISIS: OBSTACULIZADORES	189

Introducción

El ámbito de la salud en general, no está exento de complejidades, en virtud de las históricas barreras de acceso, exclusión, falta de recursos, creciente demanda y falta de personal que presenta este sector, y que en general se ha repetido a lo largo de todo el continente (OPS, 2002); una de las posibles causas es la sostenida existencia en el imaginario colectivo de una perspectiva biomédica a la hora de atender pacientes, donde la supremacía del accionar médico los convierte en los agentes principales del acto de sanación, a pesar que ya en la Carta Fundamental de la Organización Mundial de la Salud de 1948, se definía a la Salud como un estado tripartito de bienestar físico-mental-social (Mondragón y Trigueros, 1999: 1).

El campo de la Salud Mental es un terreno intenso por estar asociado a experiencias íntimas del sujeto, relacionadas éstas muchas veces a conflictos de relación, crisis en las etapas del ciclo vital familiar, duelos, crisis personales y familiares que generan trastornos en su estructura psíquica, entre otros. Este es el contexto en el que los trabajadores sociales se hayan insertos en los sistemas de Salud Mental, como un elemento fundamental en la construcción o reconstrucción del escenario complejo y vital que rodea cada situación, en el entendido que la salud (u enfermedad) es *“una integración de los aspectos físico, psíquico, social y ambiental que interactúan en la vida de cada hombre y mujer”* (Mondragón et al; op. cit.) . Allí, el Trabajo Social tiene una doble lectura en su labor, a saber: la primera es aquella que dice relación con las interacciones que realiza con los usuarios del sistema de salud, mientras que la segunda, es aquella significación que se tiene de su aporte en los equipos de trabajo con los que debe relacionarse.

En este contexto, existen diversas corrientes doctrinales de lo que debiera ser la salud. Algunas de ellas tratan de posicionar en un lugar significativo a los procesos psicosociales de los sujetos, como causales de las afecciones de Salud Mental. Aquellas corrientes ven a la persona como un ser bio -psico-social, y lo conciben *“como un ser global, integrado por*

componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso” (Novel, Lluch y Miguel, 2005: 3). Estas corrientes han permitido paulatinamente, ir incorporando una infinidad de otras variables intervinientes en el concepto de salud, lo que ha significado el concurso de otro tipo de profesionales a la hora de la intervención. Este nuevo paradigma amplía el zoom de la mirada, de los problemas de salud desde un enfoque biopsicosocial en el cual lo social es lo más novedoso.

Respecto del reconocimiento de lo social podemos decir que abarca todo el entorno del sujeto, desde los problemas producidos por la falta de algún recurso económico, la desigualdad en la distribución del ingreso, hasta los problemas emocionales, afectivos y/o medioambientales que pueden afectar la salud de la población.

En este escenario, se han ido incorporando otros profesionales, además de los médicos, al tratamiento de los pacientes, así se inserta la acción del Trabajo Social en Salud Mental.

La intervención de los trabajadores sociales en cualquiera de las áreas de ejercicio profesional es un reto y una oportunidad de apropiación, de definición de identidad en la gran diversidad de formas de hacer Trabajo Social. Una de ellas es la salud con los métodos de organización que adquieren las instituciones, necesarias pero complejas en sus funcionamientos y con largas historias, cruzadas por políticas, por gobiernos, por tendencias mundiales y el devenir constante en un mundo convulsionado.

Es así que la Salud Mental ha avanzado de manera conjunta con la aparición de diagnósticos relacionados con aspectos cotidianos de la vida de las personas, sus relaciones y sus emociones; éstas se entrecruzan con el entorno ambiental de los sujetos, que normalmente se ve alterado por transformaciones que, interiorizadas, pueden suponer el origen de un factor psicosocial nocivo. En efecto, en alguna medida la exaltación de lo racional, propio de las sociedades modernas, se cruza con el torrente de energías contenidas

en lo emocional, y complican los resultados de cada historia; la gratificación del placer, la inclemencia del dolor, la necesidad de control, la ambición de poder, la esquivada voluntad, forman parte de esta compleja área de intervención para los trabajadores sociales y otras disciplinas como la psicología, la terapia ocupacional y la psiquiatría.

En el campo de la Salud Mental este es un desafío mayor, pues aun prevalece en el imaginario, que éste es de la medicina y de la psicología. En el caso chileno (y latinoamericano), el Trabajo Social nació a principios del siglo XX con un corte eminentemente benéfico asistencial, cuya área de acción inicial fue precisamente el campo de la salud, y aunque con el régimen militar imperante la literatura profesional fue escasa, con la vuelta a la democracia comenzaron a multiplicarse estudios, investigaciones de campo y el debate sobre el rol del trabajador social dentro del aparato sanitario, incluidos por cierto, aquellos que trataban la Salud Mental (Tello, 2000).

No obstante las nuevas políticas de salud han ido incluyendo, de manera creciente, líneas estratégicas de acción, que contemplan lo biopsicosocial, tendientes a mejorar la prestación de servicios relativos a Salud Mental de la población, implementándose durante los últimos años un modelo de trabajo en red de los diversos servicios sanitarios que conforman el Sistema de Salud.

Consecuente con sus políticas de renovación y modernización, actualmente en el Sistema de Salud Chileno se están implementando una serie de cambios al modelo de atención, con el objetivo de alcanzar un carácter integral, familiar y comunitario; en efecto, para el caso de la Salud Mental (y otros campos), se observa un proceso de inserción del Modelo de Salud Familiar y del Modelo de Psiquiatría Comunitaria, que significan cambios en la mirada y la forma de abordar las diferentes problemáticas de salud, obligando a los centros –y sus equipos- a reformular sus metas, expectativas y procedimientos en función de sus propias capacidades. Si bien es cierto el segundo modelo se aplica desde los años sesenta y setenta (Alarcón, 1990), en el caso del primero se puede señalar que su uso es de data

reciente, y vino a aportar significativamente *“a una resolución más global e integral de los problemas de salud en la atención primaria, adquiriendo una mayor importancia el sistema familiar, pues en éste transcurre el desarrollo biológico y psicosocial del individuo”* (Oliva e Hidalgo, 2004: 174).

El nivel de atención primaria al que se alude, se encuentra compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo, y que derivan hacia otros niveles de mayor complejidad (salvo excepciones) conforme a las normas técnicas que dicta al efecto el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2010). En el campo de la Salud Mental en tanto, y de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS, 2011) a lo largo del país existen 60 Centros Comunitarios de Salud Mental (en adelante COSAM), estando 40 de ellos localizados en la Región Metropolitana; luego, para el caso de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, contexto en el que se realizó esta investigación, existe uno de dichos centros, complementario por cierto a los otros cinco centros de atención primaria, tres de ellos convertidos desde el año 2009 en Centros de Salud Familiar (en adelante CESFAM), un Servicio de Atención Primaria de Urgencia y un Centro de Atención Odontológica.

Los trabajadores sociales que son parte de los equipos de trabajo de dichos centros de salud, poseen funciones asignadas por los programas específicos de atención emanados de las orientaciones técnicas del Ministerio, con funciones otorgadas por la organización interna de cada establecimiento, como la sectorización territorial y otros aspectos generales relacionados a la misma. Así, se puede diferenciar la participación de los trabajadores sociales en el Programa de Salud Mental, dependiendo de la organización y funciones del centro, por ejemplo en los CESFAM de la comuna de estudio, su responsabilidad puede consistir en estar a cargo de dicho programa o más específicamente, derivar al programa de Salud Mental.

En el COSAM referido, desde su creación la dirección del mismo ha estado a cargo de un profesional del Trabajo Social, quien además es el encargado comunal del programa de Salud Mental; también es responsable, junto a los encargados de los programas de los CESFAM, de la coordinación de las acciones y el cumplimiento de las metas comunales de la Salud Mental. Aquí, los y las trabajadores/as sociales desempeñan funciones relacionadas con todas las áreas de intervención asignadas al centro, es decir de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, estas últimas definidas principalmente en la etapa de diagnóstico al ingreso de los usuarios al COSAM.

El presente informe del estudio contempla la definición de los objetivos y la estrategia metodológica generada para dar alcance a los mismos; luego en la primera parte el desarrollo del marco teórico involucra en dos grandes áreas, el desenvolvimiento del Trabajo Social en Salud Mental y se conceptualiza el tipo de sujetos de intervención del mismo. La segunda parte del informe, corresponde al marco referencial que contiene los antecedentes históricos de la salud, descripción de la salud a nivel local, antecedentes de la comuna, los programas de atención primaria y metas sanitarias de Salud Mental, además de los antecedentes del centro de Salud Mental comunal. La tercera parte y última, involucra el análisis de los resultados, las conclusiones, los hallazgos de la investigación y los aportes al Trabajo Social ponen fin al documento. Se anexan la operacionalización de las variables, el instrumento y las matrices de análisis.

1. Planteamiento del problema

Un día de atención en el COSAM, transcurre entre el cruce constante de vidas y momentos del equipo y las personas que allí acuden. Fluyen desde temprano saludos, llamados telefónicos, pacientes que entran y salen; acompañados, solos; tristes, rabiosos; a veces también contentos; niños, jóvenes y adultos; derivados y consultantes espontáneos; ¿FONASA o ISAPRE? pregunta la secretaria, a un señor que viene acompañado de su hija adolescente, derivados ambos del Juzgado de Familia; y luego, procede a dar una hora para

que asistan a la entrevista de ingreso, que deberá realizar un profesional del Trabajo Social.

El equipo profesional vive convulsiones y tiempos de paz, está compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación y las personas que realizan labores administrativas y de aseo. Convulsiones producidas por los cambios, que pueden ser lentos o, a veces, vertiginosos. Existen, como en todas partes, las tradicionales conversaciones de pasillo o la ansiada hora de colación para intentar recuperar la energía que a veces se drena al escuchar algún relato sobrecogedor.

Los trabajadores sociales, según protocolo, para todas los diagnósticos realizan la mayoría de las entrevistas de ingreso; dichas entrevistas pueden durar entre una y tres sesiones; existe además, la reunión clínica, donde estos mismos profesionales exponen las situaciones más complejas y se termina de definir las orientaciones para cada caso. Los planes de tratamiento se llevan a cabo coordinando y haciendo confluir mayoritariamente las disciplinas de la Psicología y el Trabajo Social; se exceptúan los ingresos y procesos de tratamiento por consumo problemático de alcohol y/o drogas, que se comparte con los técnicos en rehabilitación y la discapacidad psíquica donde intervienen principalmente, los Terapeutas Ocupacionales.

Así es como los consultantes y sus familias ingresan al circuito de atención, con una situación inicial, que se encasilla en una tipificación dada como hipótesis diagnóstica o diagnóstico de ingreso que puede ser: Trastorno Bipolar, Consumo de alcohol y/o drogas, Esquizofrenia, Trastornos Emocionales y del Comportamiento de la Infancia y la Adolescencia, Trastornos de Ansiedad, Trastorno Hipercinético de la actividad y de la atención, Trastorno de Personalidad, Retardo Mental, Trastorno generalizado del desarrollo, entre otros. Como es de esperarse, la sola mención de una de estas patologías, aunque sea como hipótesis inicial, significa varias posibilidades de interpretación de la realidad socio-familiar del sujeto diagnosticado.

Dicho diagnóstico puede convertirse en un rótulo o en una orientación clara respecto a las formas de tratamiento que debiese tener el usuario, así como también para la adaptación o aceptación de ese estado por parte de su núcleo familiar. Otros aspectos importantes de considerar por los trabajadores sociales, son los recursos que traen consigo los individuos, y que actuarán como potenciales facilitadores u obstaculizadores sobre los resultados esperables de la intervención; en efecto, los resultados obtenidos connotan una valoración social, ya sea que se trate de vivir un proceso de integración social y de recuperar la funcionalidad en todos sus aspectos, lograr autonomía económica y/o avanzar en ella, acercarse a su realización personal y al manejo apropiado de las relaciones personales, entre otras. Cabe destacar que las evaluaciones realizadas a la mayoría de sujetos indican que traen junto o tras de sí, una familia que frecuentemente presenta una o más dificultades asociadas al funcionamiento en su estructura y/o dinámica relacional.

Los consultantes son parte de familias, que potencialmente presentan convulsionadas historias que determinan de alguna manera su experiencia vital, con importantes dificultades en los sistemas de comunicación como bloqueos e interferencias de gran magnitud. Si bien es cierto el pilar fundamental de todo plan de intervención es la relación interpersonal que el trabajador social pueda lograr con el sujeto, no es menos cierto que en muchos casos se hace necesario conocer a la familia –y su dinámica- e interpedarla en su responsabilidad, no sólo frente a la acción de develar el problema, sino que además en la solución del mismo en tanto es una variable incidente en el tratamiento del sujeto de atención en Salud Mental.

Además de los antecedentes diagnósticos de aquella situación inicial en la que se encuentran, en conjunto con el consultante, se conceptualiza el motivo de consulta y en una segunda instancia, a veces en la misma entrevista, se incorpora al acompañante, si es que lo tiene, en las orientaciones iniciales del plan de tratamiento. Posteriormente, se pueden realizar entrevistas con uno o más miembros del grupo familiar, a veces confrontando, otras

acercando el sentir; a veces aunque coincidan los relatos de sus historias de vida, ante las mismas situaciones se construyen relatos y significados diferentes.

En general, los factores sociales que intervienen en Salud Mental son diversos, existiendo algunas investigaciones que han abordado su identificación para el caso chileno, tales como el trabajo de Florenzano, Sotomayor y Otava (2001) y Florenzano (2005) quienes se han abocado a la identificación de conductas de riesgo y existencia o no de factores de riesgo para problemáticas tales como el consumo de sustancias, conductas delictivas, el embarazo adolescente y los trastornos alimenticios.

Al respecto, se cruzan distintas miradas interdisciplinarias; por lo tanto, la confluencia de distintos enfoques permite reconocer dicha realidad de manera integral, permitiendo una acción más asertiva ante las temáticas que las familias van presentando. La inter o transdisciplinariedad que se vierte en el ámbito de Salud Mental es necesaria pero nada fácil, por ejemplo a la hora de establecer:

Criterios de distinción independiente de la construcción social en el caso de las conductas desviadas y las conductas adaptadas a la norma...; no existe claridad en torno a cómo incorporar (DSM- IV) una visión cultural o social o antropológica (González, 2006: 77).

La intervención con los usuarios y sus familias en Salud Mental, y desde la atención primaria en adelante, permite a los trabajadores sociales, insertos en el Sistema de Salud, la posibilidad de romper con esa “*perjudicial relación simbiótica del Trabajo Social con los Servicios Sociales*” (Ituarte; 1992: 12), si bien el Sistema de Salud es uno de ellos, este posee un escenario que permite abarcar diversos aspectos del individuo-familia que involucra acompañarlos en procesos de cambio importantes en el desarrollo de un mayor bienestar del individuo atendido. Tal como señala Ituarte, no es posible intervenir “*sin descubrir al hombre que tenemos delante, con su psicobiografía, sus sentimientos, su personalidad, como el principal recurso con el que hay que trabajar*” (Ituarte; 1992: 13).

En este escenario, la intervención del Trabajo Social con familia que se realiza (en el marco de atención en salud) en la comuna de Pedro Aguirre Cerda se da en un contexto de privación social que impacta a diversas familias, y que por su complejidad, se pueden denominar como multiproblemas. Éstas, conminan esfuerzos en descubrir cómo es “... posible contribuir a la constitución de sujetos capaces de revertir estas condiciones [adversas]” (Aquín, 2003: 90); cómo se instalan capacidades que se sitúan en el plano individual o colectivo y que progresivamente constituyan un proceso de cambio. Aquí toma sentido lo que Tello (op cit.) y Payne (1995) acotan respecto a la permanente discusión de cómo se puede conceptualizar el quehacer de los trabajadores sociales, así como también, las formas más eficaces para comunicarlos hacia otros.

De ahí la importancia de tener un diagnóstico certero tanto de los consultantes como de sus familias antes de iniciar un proceso de intervención, ya que las dificultades de intervención en Salud Mental están supeditadas a lo intrincado, por una parte, del peso que soportan los sujetos de su realidad bio-psico-social y por otra, de la intangible voluntad de los mismos, de decidir sanar. Por lo tanto, las actividades de motivación al cambio que se generen en el individuo y su sistema familiar son de vital importancia en la adherencia al tratamiento y por lo tanto, en la apuesta para obtener mejores resultados. La asertividad de las propuestas de intervención, constituye una especie de progresión de alternativas construidas junto con el sujeto; donde el dinamismo del diagnóstico puede y debe irse adecuando a cada momento de esa realidad.

Desde el Trabajo Social, la relevancia de su quehacer le ofrece también una dificultad adicional pues, al ser un proceso de tratamiento subordinado, los avances de éste dependerán en gran medida a la sola voluntad del sujeto y de las condicionantes del medio para salir o avanzar en ese camino de salida de la situación de conflicto inicial; de hecho, y respecto a este último punto, se sabe que en ese proceso, donde el consultante es el protagonista principal, se involucran, ya sea desde un punto de vista de la historicidad o del contexto, la interacción con otros.

1.2. Fundamentación del Problema

La intervención individual, ya sea ésta dirigida hacia una persona o una familia, y que parece ser terreno de los trabajadores sociales, es un campo complejo (De Robertis, 2003); primero, por la realidad de existencia material de las personas; segundo, porque esta realidad vista desde lo socio-cultural parece impedir mirarse de manera más objetiva, o como sujetos protagonistas de cambio; y tercero, porque los cambios, ya sean del síntoma o causas de esa situación inicial, involucran resistencias inherentes a la naturaleza humana que hay que trabajar. Dichas resistencias, refieren a que existe cierta conducta condicionada en los sujetos para persistir en las mismas respuestas ante los distintos problemas, más allá de la efectividad de las mismas.

Luego, cuando el sistema familiar se transforma en objeto de evaluación e intervención, resulta inevitable considerar aquellos factores que contribuyen a su representación social, especialmente para el caso de aquellas familias multiproblemáticas que en general ha abordado el COSAM de la comuna de Pedro Aguirre Cerda; en efecto, si se desea influir positivamente en la Salud Mental de los consultantes, entonces se hace necesario poner atención sobre la estructura del grupo y en las modalidades relacionales que tienen éstos con el ambiente social que lo rodea.

En este contexto, es posible observar que la intervención de las familias multiproblemáticas que se atienden en el COSAM de la comuna, presenta diversas dificultades para el Trabajador Social, dado que involucra el abordaje de problemas en al menos uno de los tres niveles de intervención: el individual (conductas adictivas, psicopatizaciones o alguna enfermedad mental), el nivel familiar (violencia de género y maltrato infantil) y el nivel social (fracaso escolar, embarazo adolescente, desempleo, aislamiento social y exclusión social, entre otras); así, la intervención en general,

“ va dirigida a ordenar lo que parece desorden, es decir, crear un vínculo y favorecer, al tiempo, el desarrollo de la identidad individual, para que cada miembro de la familia pueda reconocerse y ser reconocido por los demás, entendiendo las dificultades actuales como parte de un proceso relacional (Mondragón et al., 2005: 219).

Sin embargo, la forma en que los trabajadores sociales resuelven dichas dificultades en esta área de la Salud Mental de la comuna, así como la forma en que hacen su trabajo, son preguntas que no son fáciles de contestar por la inexistencia de estudios o investigaciones que visibilicen el rol de este profesional, asignándole la relevancia de su aporte en esta área de intervención social. Es así como para la presente investigación, se formularon las siguientes preguntas orientadoras:

2. Preguntas de la investigación

En este contexto de complejidad del diagnóstico y de la realidad en la que está sumergido el sujeto de intervención, es que para efecto de este trabajo se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- a) ¿Cuál es la labor de los trabajadores sociales en el área de la Salud Mental, con familias multiproblemáticas, en la comuna de Pedro Aguirre Cerda?
- b) ¿Cuáles son elementos presentes en el quehacer del Trabajador Social, que inciden en la intervención con familias multiproblemáticas, en el área de Salud Mental, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda?
- c) ¿De qué manera perciben los trabajadores sociales, su relación con los equipos de trabajo en Salud Mental, en la intervención con familias multiproblemáticas, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda?

3. Objetivos

Objetivo General 1

Describir, desde sus discursos, la intervención social que realizan los trabajadores sociales en los equipos de Salud Mental con familias multiproblemáticas de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Objetivos Específicos

- a) Identificar las funciones que desarrollan los trabajadores sociales en relación con la intervención social con familias multiproblemáticas en Salud Mental.
- b) Enunciar el rol de los trabajadores sociales que se desempeñan en el área de Salud Mental, con familias multiproblemáticas.
- c) Establecer la forma de la interacción de los trabajadores sociales dentro de los equipos de trabajo de Salud Mental, en el marco de la intervención con familias multiproblemáticas.

Objetivo General 2

Identificar los factores que, desde el discurso de los trabajadores sociales, inciden en el desempeño de la intervención social con familias multiproblemáticas en el área de Salud Mental, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Objetivos Específicos

- a) Establecer los facilitadores que identifican los trabajadores sociales en el proceso de intervención con familias multiproblemáticas en Salud Mental.
- b) Establecer los obstaculizadores a los que se enfrentan los trabajadores sociales en el proceso de intervención con familias multiproblemáticas en Salud Mental.

4. Hipótesis

- 1. La intervención social los trabajadores sociales en el ámbito de la Salud Mental se caracteriza por la integralidad en la comprensión de la situación problema que hace consultar a la familia multiproblemática, o alguno de sus integrantes.
- 2. Las dificultades y los facilitadores que enfrenta el Trabajador Social en su intervención con familias multiproblemáticas están dados por la interrelación de roles, funciones y recursos disponibles frente a las múltiples necesidades de las familias consultantes.

5. Estrategia Metodológica

5.1 Tipo de investigación

La investigación tiene un nivel descriptivo, por cuanto se busca caracterizar aquellas variables relativas a las intervenciones sociales realizadas por los profesionales a sondear sus opiniones respecto de los diferentes aspectos que influyen en su accionar, en el campo de intervención con familias multiproblemáticas consultantes, en Salud Mental.

La investigación descriptiva pretende “*decir cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno*”, es decir, “*medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones y componentes de un fenómeno*” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998: 60), para mostrar la información y los diversos antecedentes de esta porción de la realidad que se investiga para luego integrar las dimensiones de la misma, con la finalidad de decir cómo es y cómo se manifiesta, en este caso, el accionar de los trabajadores sociales que se desempeñan en el área de Salud Mental en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

5.2 Carácter de la investigación

La investigación posee un carácter cualitativo, en cuanto sus objetivos buscan obtener respuestas sobre la percepción de los trabajadores sociales, de su intervención, mediante el análisis del discurso de los mismos y donde queda de manifiesto la necesidad de profundizar en la misma, y que a pesar de estar definidos algunos de sus aspectos, en las normas técnicas de cada programa, está influenciada por la posición y experiencia de cada uno de ellos.

Dicha reflexión fue aportada desde la práctica social en tanto sus objetivos tienen que ver con poder traducir las diferentes variables que intervienen y cómo los trabajadores sociales se enfrentan a cada uno de los aspectos o niveles para comprender esa intervención.

Sus relatos, por el conocimiento compartido, está enriquecido además por la comunión que alcanzan también respecto de cómo, los participantes entienden en su rol profesional en ese escenario, con sus concreciones e interrogantes.

En el proceso de finalización del presente proceso de investigación y en la elaboración del informe se van configurando las diferentes partes concluyentes, de cómo asoma el objeto de estudio, que se torna claramente hacia los ejecutores de la acción y cómo el respaldo teórico y los medios planificados para obtener la información arrojan los resultados que se evidencian en este estudio.

El enfoque es cualitativo entendiendo que éste se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación y que con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones.

Consiste en una descripción detallada de situaciones... interacciones y comportamientos que son observables. Además, incorpora lo que los participantes dicen, experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tales y como son expresadas por ellos mismos (Pérez; 2003:54).

La investigación se realizó entre los meses de enero y septiembre del año 2010, lo que hace que el estudio sea transeccional, es decir se *“recolectan datos en un sólo momento”* y *“su propósito es describir la variable y analizar su incidencia en un momento único”* (Hernández et al; op. cit.: 186).

Unidad de análisis

Trabajadores sociales que se desempeñan en y desde el área de Salud Mental de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Universo

El Universo de este estudio está constituido por la totalidad de los trabajadores sociales que intervienen en la atención primaria en la comuna de Pedro Aguirre Cerda que comprende al CESFAM “Dr. Edgardo Enrique Froeden” (de ahora en adelante EEF), el CESFAM “Dr. Amador Neghme” (de ahora en adelante AN), el CESFAM “La Feria” (de ahora en adelante LF) y COSAM. Comprende a 14 trabajadores sociales, que se distribuyen en estos cuatro establecimientos.

Muestra

La muestra de estudio estuvo constituida por seis profesionales de distintas edades y antigüedad en el trabajo que se realiza en los centros de salud ya mencionados. Cabe señalar que originalmente se intentó trabajar con los 14 trabajadores sociales de la comuna, por lo que fueron convocados en su totalidad a participar en el grupo focal; no obstante ello, sólo concurrieron seis trabajadores sociales, justificándose el resto por su inasistencia.

Tabla N° 1: Datos totalidad integrantes grupo focal

Trabajador Social	Edad	Años de experiencia	Centro de Salud
TS 1	43	21	CESFAM EEF
TS 2	37	7	CESFAM EEF
TS 3	44	4	CESFAM AN
TS 4	31	7	COSAM
TS 5	30	6	COSAM
TS 6	42	19	COSAM

Tabla N° 2: Resumen información de integrantes grupo focal

Por Sexo	Promedio Edad	Promedio Años de experiencia	Total por Centro
Femenino: 5	37.8 años	10,6 años	3 APS
Masculino: 1			3 COSAM

Fuentes de recolección de la información

La información requerida para el estudio, fue recogida por medio de técnicas cualitativas de recopilación de la información que consideraron *“los tres ingredientes metodológicos principales de la investigación social, que son la documentación, la observación y la conversación”* (Valles, M., 2003: 119).

Respecto de la primera, se realizó:

a) Revisión Documental y Bibliográfica

- Revisión Documental

Revisión de los documentos institucionales que den cuenta de los objetivos y metodologías utilizados en el proceso de intervención (Guías clínicas, programas, protocolos de ingreso, etc.). Además de revisión de datos estadísticos de ingreso por edad, diagnósticos de ingreso, lugares desde donde son derivados y profesionales que realizan esta atención; y las fichas clínicas con información referida a los antecedentes de proceso de las personas y sus entornos familiares, de ser requeridos para la investigación.

- Revisión bibliográfica

Documentos orientadores emanados por el Ministerio de Salud, respecto del accionar de los equipos para la Salud Mental, poniendo énfasis en la incorporación de los elementos planteados como objetivos.

b) Observación

Observación participante, en tanto se utilizó la propia experiencia que la investigadora tiene en las diversas funciones de trabajo al interior de COSAM y la observación técnica en torno a la ejecución de la técnica de recolección de la información para la investigación.

c) Grupo focal

Esta técnica se realizó considerando la participación de seis trabajadores sociales de 3 de los cuatro centros comunales. Se realizó en un sólo momento el 04 de junio de 2010, y tuvo una duración de 2 horas, y se recoge 1:24:26 segundos de la conversación; con dos presentaciones de power point una referida a los modelos de intervención del Trabajo Social y otra respecto de la investigación propiamente tal, con la introducción y las preguntas hechas a los profesionales. El objetivo de aplicar esta técnica está referido a lograr detectar los significados que le dan los involucrados, en este caso los trabajadores sociales participantes, al proceso de interacción e intervención con familias multiproblemáticas en el área de Salud Mental. Esta técnica permitió reflexionar sobre la importancia de la intervención en esta área y la evaluación de aspectos como el posicionamiento dentro de la dinámica institucional.

Análisis e interpretación de la información

Para el análisis de la información emanada del grupo focal, se confeccionaron cinco matrices cada una con una unidad de análisis ordenada y priorizada según los objetivos específicos contruidos para desentrañar los cuestionamientos iniciales que originan este proceso de investigación.

Los elementos darán cuenta, por profesional y eje temático de los diversos aspectos a observar de su práctica profesional, donde algunos de estos aparecen con fervor, mientras que otros, que de cotidianos aparecen con menor énfasis en sus relatos.

Variables

La investigación comprende el análisis de la manifestación de la variable:

- Intervención Social de los trabajadores sociales en Salud Mental

En relación a las funciones, el rol y la interacción de los trabajadores sociales dentro de los equipos de trabajo de Salud Mental, en el marco de la intervención con familias multiproblemáticas.

- Factores que inciden en el desempeño de la intervención social con familias multiproblemáticas en el área de Salud Mental.

En relación con los facilitadores y obstaculizadores a los que se enfrentan los trabajadores sociales en el proceso de intervención.

I PARTE
MARCO TEORICO

CAPITULO I

TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

1.1. Antecedentes generales de contexto

En las sociedades occidentales modernas coexisten múltiples y evidentes consecuencias de la vida que arrastran, el ordenamiento político y sus cambios constantes, la economía globalizada, el calentamiento del planeta; es parte de lo dado, de aquellas cosas que existen independiente de la conciencia que tengamos de ello; ésta, a pesar de no ser una perspectiva muy alentadora, no es por eso, menos cierta. Están los que nacen y mueren sin cuestionarse nada o los que luchan por un día... (Como dijo Bertolt Brecht); y, están aquellos que más atentos a estos hilos que mueven el mundo cometen acciones, porfiadamente, para contradecir esa realidad, a veces se deprimen, pero luego se entusiasman nuevamente, en continuar intentando develar lo perverso, a veces, de los tiempos.

Así, la vida de las personas está compuesta por intrincados caminos, procesos de crecimiento y miles de formas de relaciones personales. Esto ha pasado así a lo largo de la historia del hombre, pero desde mediados del siglo pasado, las grandes transformaciones cambiaron el ritmo de la vida; las formas de producción, el nuevo mercado financiero, el feroz crecimiento de las ciudades, el uso de tecnología de punta, que parece no acabar jamás; cultura, economía, trabajo, política, ideología, fluyendo con todas las fuerzas en una relación que absorbe y arroja tras de sí formas de vivir, que afecta a todos, de alguna manera. Es por ello que las sociedades modernas,

En busca de mejorar las condiciones de vida y a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población, las sociedades han creado desde sus inicios sistemas de salud como un elemento fundamental del desarrollo y medida, a través del bienestar biológico, psicológico y social de las personas (Carvajal, 2007: 338).

Sin embargo, y sin desmerecer lo valioso de los avances sanitarios

Se reconoce además, que el nivel de salud de una población está determinado básicamente por el tipo de vida de las personas, relacionado con el nivel de educación, ingresos, vivienda, capital social, más que por la atención entregada> (Ibíd.) (Carvajal, 2007: 338).

En dicho sentido, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, es un objetivo de las disciplinas que intervienen desde el ámbito de salud, pero no es exclusivo de ella. El accionar de la justicia, las malas condiciones de habitabilidad o la carencia de vivienda adecuada, no tener trabajo o tener una remuneración irregular e insuficiente; la falta de acceso a una educación de calidad, cualquier forma de vulnerabilidad en el sistema social y político deteriora, sistemática y significativamente la calidad de vida de las personas y por tanto su salud. Así es como se llega a la comprensión de que la calidad de vida de las personas es un tema multifacético en el que intervienen variables de distinta naturaleza.

*El creciente interés por precisar el rol de las ciencias sociales en el estudio de la salud mental, se remonta al siglo XIX. Sin ir más lejos, el estudio más renombrado de su era, **El Suicidio** de Durkheim, desarrolla una brillante teoría acerca de cómo la integración social y los sistemas de significado de los grupos afectan a la patología social. Este interés... se ha extendido hasta nuestros días, a través de una pregunta constante: ¿qué consecuencias psicológicas se derivan de determinadas disposiciones culturales? (González, 2006: 75).*

De ahí surge el enfoque de riesgo en salud el cual señala que no todos los problemas de salud tienen la misma importancia, que no toda la población tiene los mismos problemas y por último, no todos los individuos tienen el mismo riesgo de daño. No obstante los avances y precisiones, los problemas de Salud Mental aumentan significativamente; junto con lo anterior, ha habido en Chile un aumento de los recursos estatales en Salud Mental, por la tendencia creciente a la aparición de enfermedades asociadas a ella; al mismo tiempo, se observa la constante formulación de espacios de capacitación técnica de los trabajadores de la salud, en la pesquisa y la confirmación diagnóstica, la continuidad de actividades de prevención y promoción sobre factores de riesgo y factores protectores; todo

esto se manifiesta en el reforzamiento de los equipos de salud, los que cuentan, por ejemplo, con una mayor dotación de profesionales psicólogos.

Las enfermedades no transmisibles vinculadas a estilos de vidas, entre ellas, muchos trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejorías en morbilidad y en la calidad del mayor número de años de vida. Las enfermedades mentales aumentan su prevalencia y son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (www.psiquiatriasur.cl).

La comprensión del concepto de Salud Mental, ocupa un espacio entre lo psicológico, lo afectivo, lo comunicacional, la resolución de conflictos, lo social en donde se crea y desarrollan los conflictos asociados a ella. Involucra no sólo el diagnóstico médico sino además, la evaluación de todas las áreas de compromiso involucradas en dicha realidad.

En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres. Grupos nuevos y más numerosos alcanzan niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, determinando que las necesidades de salud mental en la actualidad y proyectadas al año 2005 sean enormes (Ibíd) (www.psiquiatriasur.cl).

Cabe señalar que dichos problemas surgen para las personas y sus grupos de familia, en la vida cotidiana, en la convivencia diaria en sus trabajos o en los usos del tiempo libre, estos van apareciendo con sus correspondientes efectos en la Salud Mental.

El contexto siempre ha estado presente en el estudio de la salud mental. Desde los psicólogos de la Gestalt, con su preocupación por la totalidad y la forma con su respectivo fondo, hasta los conductistas con su preocupación por el ambiente, ... Actualmente existen dos caminos que fuertemente conectan los procesos psíquicos y las realidades sociales de forma creciente: la psicología del desarrollo y la psicología social, donde la imagen de lo social se ha ido recuperando en la psicología del desarrollo, rescatando el lugar de los contextos más amplios como la familia y la cultura (González, 2006: 76).

Como ya decía, lo anterior se comprende de mejor modo al vincularlo con los procesos de modernización que han generado cambios en muchos aspectos de la vida, pudiendo del mismo modo, crear las “*condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población*”. Es así, como no es posible separar al hombre de su ambiente social, para comprender su realidad diagnóstica en salud. Así es como en nuestro país además, los problemas generales de salud producto de los procesos de modernización se van entremezclando con otras situaciones contextuales que son derivadas de “*la pobreza, con patologías características de una población que envejece*” (www.psiquiatriasur.cl).

Por su parte, los trabajadores sociales se desenvuelven en todas las áreas de servicio público y en la organización interna de las empresas privadas. Hoy, existe una gran diversidad de escuelas formadoras; las universidades con sus propias historias y bases fundadoras imprimen en los futuros profesionales huellas y prismas, para saber por dónde dirigirse y dónde mirar en esta nutrida y compleja realidad. Claro que, a pesar de su radical importancia, no todo depende de la formación recibida por los profesionales, pues además están las propias historias, que de una u otra manera se reflejan en ese quehacer.

Tres conjuntos de fuerzas construyen el trabajo social: aquellas que crean y controlan el trabajo social como ocupación; aquellas que otorgan la calidad de cliente a la gente que busca asistencia social y aquellas que forman el contexto social en el cual se practica el trabajo social.... La comprensión de lo que es el trabajo social implica el examen de los factores que fijan las posiciones sociales de estos actores (asistente social y cliente social) dentro de un entramado de relaciones sociales (Payne, 1995: 27).

¿Por qué una persona decide estudiar Trabajo Social? Para esta pregunta existen muchas alternativas de respuesta, ya sea porque ha descubierto su vocación de servicio, y ésta contiene la buena intención de ayudar a otros y/o los deseos de abogar por los derechos de los más necesitados y terminar con las desigualdades sociales; u obtener herramientas para mejorar la acción organizada, en la que esté inserto, con el objetivo de promover conciencias; o porque es una buena alternativa laboral, o es una decisión política con la

más profunda convicción de querer transformar el mundo, como una misión irreductible de luchar por la justicia.

Todas estas razones están presentes desde los orígenes de la profesión, así es como Torres señala que:

El contenido filosófico de la profesión se inspiró en las mejores fuentes del positivismo y el funcionalismo cargado de religiosidad.... Es necesario tener en cuenta que se funda en el empirismo caritativo, la filantropía, la beneficencia y el socorro, que progresivamente se va decantando para constituirse en tecnología del bienestar social,... en procura de los niveles de vida del hombre afectado por las necesidades sociales insatisfechas.... Posteriormente el Trabajo Social es definido como tecnología social que aplica las teorías de las ciencias sociales en el campo del Bienestar Social (Torres, 1987: 120).

Sin embargo, en la evolución de la profesión siempre es posible hipotetizar que tras cada decisión de estudiar Trabajo Social esté la certeza o el interés de actuar frente a la inconformidad con la realidad que se vive, que es el contexto explicativo del quehacer profesional.

1.2. Breve Historia del Trabajo Social

El Trabajo Social, en nuestro país, es una disciplina de casi un siglo de historia, donde además de la herencia de aquello que marca su inicio y, de alguna manera, su espíritu, le sigue con fuerza el proceso de reconceptualización a finales de los sesenta, que significó un antes y un después, para los trabajadores sociales, en América Latina; hoy sigue siendo un desafío, intentar concensuar respecto de lo qué es el Trabajo Social.

*“La constitución profesional del Trabajo Social tiene sus raíces más profundas en el origen de las desigualdades sociales generadoras de la pecuaria y la opulencia, que arranca con la formación del Estado para favorecer y mantener los intereses de los dueños de los medios de producción. Esto significa que el Trabajo Social posee una pre-historia que se enmarca en el nacimiento de las **Necesidades Sociales***

Diferenciales, que según el grado de satisfacción o insatisfacción produce las diferentes formas de Asistencia Social (Ibíd) (Torres, 1987: 117).

En Chile, se funda la primera Escuela de Servicio Social en 1925 llamada “Alejandro del Río”. Es este el inicio del Trabajo Social en América Latina. Esa primera Escuela dependía de la Junta de Beneficencia de nuestro país y surgía inspirada en las corrientes europeas de Servicio Social.

En 1929, se funda la segunda escuela llamada “Elvira Matte de Cruchaga” anexa a la Universidad Católica. En 1945, en Valparaíso se funda la escuela de Trabajo Social de carácter universitario en esa región. Después varios y diversos intentos de desarrollo social, las crisis del sistema hace cambiar el orden de las cosas. Producto de ello y a través de la instauración del Modelo Neoliberal de desarrollo en los ochenta se transforma el Estado y, de cumplir un rol benefactor que ordenaba las formas en que se les daba respuesta a las problemáticas sociales, pasa a tener un carácter subsidiario que focalizó la política social y segmentó a la población en los llamados grupos vulnerables, es decir aquellos que tenían la prioridad de ser intervenidos. Entonces, a contextos históricos diferentes se han diferenciado las formas del quehacer en lo social.

Del mismo modo, se definen a partir de esto, tres períodos bien marcados en la historia de la Profesión:

Primero: 1925-1940 caracteriza el proceso llamado benéfico- asistencial, practicado bajo la concepción paramédica y/o parajurídica aplicada para las graduadas en Asistencia Social;
Segundo: 1941-1965 predomina la formación aséptico – tecnocrática y desarrollistas ejercidas por los titulados en Servicio Social;
Tercero: 1966 en adelante se presenta el rehacer profesional por parte de los Trabajadores Sociales partiendo de la realidad Indoamericana.
(Ibíd) (Torres, 1987: 126)

En Chile, desde inicios de los noventa, con el proceso de transición a la democracia, se consolida un nuevo contexto político social que su caracteriza esencialmente por el

reconocimiento de la diversidad y el cambio vertiginoso. En este contexto, el rol del Trabajo Social en medio del entramado de las relaciones humanas, no es la excepción; en su accionar, desde sus formas institucionales y colectivas hasta en las intervenciones individuales y familiares están condicionadas a ese movimiento.

En la búsqueda de los procedimientos que pudiesen garantizar la eficacia de la intervención, es de donde surgen las especificidades del actuar de los trabajadores sociales, es una profesión de oficio; que significa que se aprende en la práctica. La intervención en el área de la Salud Mental es un reflejo de esta idea. Otras denominaciones, para el Trabajo Social en el área de Salud Mental son por ejemplo el Trabajo Social Clínico el que desde el punto de vista de su ejecución utiliza el concepto de “lo terapéutico” como alternativa a “lo educativo” de la acción.

En el planteamiento terapéutico el trabajador social se coloca ante el cliente en posición de escucha, de aprendizaje: sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarlo a comprender, a su vez, qué es lo que sucede y de qué manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades. ... si esas personas no logran una mayor comprensión de su situación vital, de sus propias fuerzas interiores ... y de las formas que puedan manejar sus propias capacidades y los recursos externos para lograr un mayor bienestar, ... se convierten en demandantes crónicos de recursos y servicios, lo que... las más de las veces, les lleva, poco a poco, a la marginación (Ituarte, 1992: 4).

Es por eso, que en la incansable tarea de definir ¿Qué es el Trabajo Social?, y por supuesto, considerando su historia, contexto y quienes lo hacen en la práctica, desde las aulas o en los diversos campos de intervención.

La creatividad en Trabajo Social es búsqueda y descubrimiento para desentrañar las relaciones interdependientes de la realidad, la esencia de su mundo de actuación y las contradicciones que enfrenta en su cotidianidad (Torres; op.cit.: 269).

Esta condición sigue siendo un desafío, cual es no dejar de buscar respuestas a sus formas del quehacer, de crear, en el campo de Salud Mental principalmente de intervenir respetuosamente esas realidades y personas con las que se enfrenta.

1.3. El Trabajador Social en Salud Mental

El área de la Salud Mental como práctica del Trabajo Social posee una relación con un proceso histórico similar, uno como disciplina y el otro, como un inmenso campo de intervención de los trabajadores sociales que aun no ha sido suficientemente sistematizada. Los límites de la intervención son difusos, puesto que por ejemplo, un Trabajador Social que se desempeñe en cualquier otra área, pero que realice una intervención orientada al fortalecimiento de la red familiar, estará contribuyendo en alguna medida al mejoramiento de la Salud Mental de esa persona y su grupo familiar. Producto del origen de la profesión del Trabajo Social siempre ha estado muy vinculado a la salud, de allí incluso la utilización de diversos conceptos en la profesión que provienen del campo de la salud y que han impregnado nuestro accionar, por ejemplo el diagnóstico.

*La elaboración de un diagnóstico implica esencialmente expresar, acerca de una realidad dada, un **juicio** mediante el cual esa realidad es comparada con un modelo de la misma (Quintero y Genisans, 1985: 59).*

El proceso del diagnóstico en Trabajo Social, más allá de lo que en la práctica significa para determinar el plan de intervención, debiese permitir la búsqueda de evidencias para la intervención del Trabajo Social. Sin embargo existen vacíos y dilemas respecto de estas áreas de accionar de los trabajadores sociales. Se parte del supuesto que un buen diagnóstico asegura una buena intervención, de ahí la importancia y el énfasis en este proceso inicial de conocimiento de una situación de conflicto que va a indicar si requiere ser intervenida.

Un diagnóstico útil entre la investigación y la intervención planificada; que le otorgue sentido a la primera determinando, por su propia estructura, qué datos son o no atingentes; qué hechos importan y en qué

medida; qué nos importa analizar significativamente de esos datos, al mismo tiempo que facilite el estudio eficiente de la prefactibilidad de los cambios propuestos; y, en consecuencia, que haga posible planear e instrumentar la acción de acuerdo a objetivos profesionalmente claros que liberen al Trabajo Social de los riesgos de la improvisación y el inmediatez (Ibid) (Quintero et. al, 1985: 49).

Ello requiere de preparación constante, planificación y evaluación de las acciones, es la respuesta que debería darse el Trabajo Social para no arriesgar el caer en rutinas, que en algún momento se pudieran constituir en una limitación de la intervención, más aún, porque trabajando con personas, no son aplicables los mismos métodos a todos por igual y no siempre es posible generalizar la eficacia de una acción y obtener conclusiones que puedan servir a otros casos. En todos los diagnósticos existen variables que obligan a buscar o crear nuevas respuestas, sobre todo en el ámbito de la Salud Mental, el cual debe ser un proceso eficazmente reflexionado y aplicado; siendo este proceso tierra fértil, para la implementación de acciones que tiendan a promover el desarrollo y autocuidado de las personas, si se logra hacerles concientes de su responsabilidad en esta acción. (Méndez, 1998)

Un trabajador social clínico está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer de servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud (Ituarte, 1992: 5).

Para los trabajadores sociales, que intervienen en Salud Mental, es fundamental la definición y construcción del motivo de consulta en las personas que ingresan a la atención, éste es el primer momento, que consiste en aproximarse e investigar para posteriormente definir los caminos de acción. Este proceso, en la medida que avanza, deja a la luz nuevos elementos que modifican el escenario, respecto de la situación original; las personas involucradas son clave en el ejercicio de reconstrucción de esa realidad conflictuada de tal manera de ir retroalimentando los detalles del problema y de cuál es su participación en el mismo.

1.4. Métodos del Trabajo Social en Salud Mental

Las estrategias de intervención del Trabajo Social en Salud Mental, tiene una graduación respecto de su utilización a nivel individual y familiar o de caso; adyacente a éste, se encuentra la intervención de grupo, con la intención de potenciar la intervención individual, en tanto se realiza con sujetos que poseen similares problemáticas y por último, encontramos la dimensión comunitaria, la menos abordada estando supeditada a las acciones definidas por el plan de salud mental y con un carácter prominentemente promocional.

El concepto de intervención, que comienza con los primeros conocimientos que se obtienen de esa realidad, desde el primer acercamiento, involucra introducirse, preguntar, armar, iniciar un proceso de cambios; María José Escartín refiere al respecto, que la *“intervención es una acción específica del trabajador social en relación a los sistemas o procesos humanos para producir cambios... dicha acción es guiada por el conocimiento, valores y habilidades del trabajador social hacia la consecución de metas específicas”* (Escartín, 1998: 27).

La intervención clásica del Trabajo Social son los métodos de caso, grupo y comunidad:

...se denominan así a los tres primeros métodos históricos de Trabajo Social reconocidos en el mundo universal de la profesión, los cuales se han aplicado en todos los países y tiempo, variando en algunos casos su contenido y nomenclatura de acuerdo a la realidad social donde se operacionalicen (Torres, 1987: 185).

Posibilitan, en Salud Mental, el análisis de cada realidad, y la forma de planificar esa intervención con sus problemáticas priorizadas. Sin embargo, en la práctica, no es posible separar estos métodos, siendo usados integralmente en el ejercicio profesional. Cada individuo, además de significar el en sí mismo, comprende una gran cantidad de elementos, por su naturaleza gregaria tiene experiencias en diferentes formas de organización grupal y toda esta vivencia estará siempre inmersa en un ámbito comunitario; así, en la práctica lo que varía son los énfasis o el marco institucional que define el accionar profesional.

Los autores Campanini y Luppi, señalan la necesidad de superar la tradicional subdivisión en métodos según nivel de actuación (individual, grupo, comunitario) a favor de un método unitario del proceso metodológico cuyas características principales residan en el hecho de ser un método inductivo/operativo que se base en el esquema común de las

ciencias sociales aplicadas y fundado en el proceso circular del tipo praxis-teoría-praxis (Viscarret, 2007: 38).

Sin embargo, la práctica absorbe tiempo y energías en tal magnitud, que dificulta la elaboración rigurosa de este proceso de acción-reflexión, aunque no sea posible obviarlo oralmente. No obstante se constata esta dificultad en la ausencia de sistematizaciones en el Trabajo Social.

Sheldon (1978) identifica las dificultades para conseguir la sistematización teórica desde el Trabajo Social, concretándola en torno a tres. La primera dificultad reside en el hecho de que teoría y práctica provienen de dos subculturas diferentes, una académica y otra basada en el trabajo, en la praxis profesional. En segundo lugar, que el currículo del trabajador social tiende a potenciar el eclecticismo, el cual puede acudir al “supermercado” de las teorías, en donde todas son tratadas con igual estatus y valor. En tercer lugar, la cultura profesional del Trabajador Social no dispone de una fuerte tradición investigadora, lo que hace que los profesionales no reflexionen sobre la intervención ni la evalúen, en pro de mejorar o refinar sus habilidades profesionales (Ibíd) (Viscarret, 2007:17).

Este autor señala con notoriedad las principales dificultades de los trabajadores sociales a la hora de sistematizar su práctica; situación que no es distinta en la intervención en la Salud Mental.

A. Trabajo Social Individual y Familiar en Salud Mental

Existen múltiples estudios que relatan su historia y evolución del Trabajo Social de caso, algunos señalan que “*su génesis está en las raíces del trabajo social*”, dichos estudios, van

tomando caminos diversos de acuerdo a los contextos en donde se realice la práctica social (Viscarret, 2007:38).

“... el método de caso recibió aportes de la Psicología, la Psiquiatría, la antropología y la sociología. En 1918, a causa de la escasez de psiquiatras provocada por la Primera Guerra Mundial, los trabajadores sociales se especializaron en Psiquiatría, dando lugar a grandes aportes en el tratamiento de caso” (Torres, 1987: 188).

El proceso de intervención en Salud Mental para el Trabajo Social comienza con individuo y con él, su grupo familiar en la tarea de configurar esa situación inicial de conflicto.

Sin embargo, las personas traen consigo, en los relatos de su historia personal, una especie de formato de actuación, de formas de ser, de relacionarse. Los análisis familiares a nivel transgeneracional demuestran cómo se repiten los conflictos, que involucran en su evolución el contexto familiar.

Desde una perspectiva ideológica podríamos señalar que la intervención individual tiene que ver con la necesidad de generar procesos de concientización y empoderamiento en los sujetos de su realidad de tal manera que le permitan hacer nuevas lecturas, pensar en nuevas soluciones y formas de enfrentar sus conflictos más eficientemente.

Viscarret (2007) cita a Moix (1991) quien dice que: *el Trabajo Social de casos es un método de ayuda basado en un cuerpo de conocimientos en la comprensión del cliente y de sus problemas, y en el empleo de técnicas aplicadas, que trata de ayudar a la gente a ayudarse a sí misma. Es científico, por cuanto deriva sus conocimientos de la ciencia, y es artístico, ya que su uso debe constituir un verdadero arte* (Viscarret, 2007: 41).

Esto se concreta en la relación cara a cara con las personas que interviene, a través de la utilización de determinadas técnicas o conocimientos o con la intervención planificada pero haciendo uso creativo en la intervención, lo que implica atreverse a implementar enfoques, métodos y técnicas nuevas, como por ejemplo el uso progresivo que se está haciendo en Salud Mental de las terapias complementarias.

En los procesos de ingreso a los centros de Salud Mental, en el servicio público, los trabajadores sociales constituyen una especie de puerta de entrada de la institución de salud; allí se pone en práctica lo recién señalado al realizar la investigación diagnóstica, sobre todo cuando este proceso tiene una importante connotación de lo social; en este proceso de investigación se involucra siempre a la persona consultante, su familia y el contexto social-cultural que ella posee.

En resumen, para el Trabajador Social la estrategia de intervención individual-familiar involucra que desde el proceso de diagnóstico debe vincularse con la emocionalidad del sujeto de tal manera de conocer y empatizar con determinadas vivencias traumáticas o situaciones de estrés experimentadas en la vida cotidiana de los sujetos.

Cuando el Trabajador Social entrevista y se entera de una situación de conflicto, y pregunta para obtener más antecedentes, y orienta o educa o informa, cualquiera sea el procedimiento, se involucra.

La posición de escuchar, aprender y entender, de ese modo podrá ayudar al cliente a que comprenda su situación y a tratar de encontrar la respuesta a sus dificultades.... le interesa establecer un equilibrio entre las necesidades personales del cliente y las oportunidades que le ofrece la vida, propiciando un cambio interno en las personas y/o acercando los recursos existentes en el medio social, para su satisfacción (Méndez, 1998).

No obstante, hay historias de familias intervenidas por mucho tiempo, respecto de diversos conflictos, principalmente judicializados y que no dejan de manifestar situaciones muy complejas de vida que requerirán de apoyo profesional; estos son casos sobre intervenidos o de familias que han sido institucionalizadas. Las instituciones realizan seguimiento, controlan que se cumplan los procesos de tratamiento, vigilan e informan, generalmente a la justicia, de lo que observan o realizan. El accionar de los profesionales de los COSAM, que se define como un centro de tratamiento en problemáticas de Salud Metal, suele estar

en el extremo de, a veces, una larga cadena de intervención con familias multiproblemáticas.

Dependiendo de algunas características de las personas, como la edad o si estudia o trabaja o no y principalmente, en función de la demanda o el motivo de consulta, se indaga sobre la vinculación presente o pasada en experiencias de grupo.

B. Trabajo Social de Grupo en Salud Mental

La intervención grupal del Trabajo Social involucra el accionar con grupos organizados de la población o aquellos que se crean en cada centro de salud con la finalidad de abordar colectivamente algunas problemáticas compartidas y/o respecto de las diferentes situaciones que se planteen en la comunidad de ese centro. Es una modalidad del Trabajo Social, una estrategia en el abordaje de esas realidades, que existen en la práctica que cada profesional debe enfrentar.

Tengamos presente que el Trabajo Social de grupo se tenía como un método para ayudar a las personas, proporcionándoles experiencias de grupo. Sus fines son: el desarrollo de la persona hacia su potencial individual, el mejoramiento de las relaciones y las aptitudes de la función social y la acción social. El grupo como ayuda de adaptación y desarrollo individual y como acción de ayuda colectiva expresa la preocupación de los trabajadores sociales clásicos (Torres, 1987: 197).

Dentro de las dinámicas de grupo, de los quehaceres, existe siempre un escenario institucional: la justicia, el departamento social del municipio, el CESFAM, el SENAME, por mencionar algunos; existe también un entramado institucional como la red SENAME, por ejemplo, es sólo una parte de la orquestación del aparato de justicia que involucra una serie de otras instituciones intermedias, (OPD's, OPCION, FAE, DAM, PIE, etc.) y por supuesto los COSAM o CESAM como quienes realizan los procesos de tratamiento de aspectos individuales y familiares involucrados en cada problemática. Es aquí probablemente donde se mantenga una práctica común de la concepción más útil del

método de Trabajo Social de Grupo. Konopka (1973) citado por Vizcarret, (2007) señala que:

Una de las definiciones del trabajo de grupo más útiles para el Trabajo Social es: El Trabajo Social de grupo es un método del Trabajo Social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias de grupos planeadas y a hacer frente, de forma efectiva, a sus problemas personales, de grupo o de comunidad (Viscarret, 2007: 44).

Existen en el campo de intervención grupal en Salud Mental, en la acción cotidiana al interior de los COSAM, definidas estadísticamente como Intervención Psicosocial de Grupo y son actividades relativamente estables, parte de las acciones planificadas de los programas donde se consideran tiempos y recursos para su desarrollo. Son los espacios de terapia grupal y terapia familiar, los límites que distingan estos tipos de prácticas de otras, pasa por los objetivos y las metodologías de las acciones. Por ejemplo, en la terapia grupal “donde el énfasis se pone en las necesidades emocionales y en los procesos psicológicos” (Ibíd) (Viscarret, 2007: 45). Y en trabajo con grupos de familia, “porque la familia es un grupo arquetípico y natural que tiene mucho en común con otros tipos de grupos de Trabajo Social, pero también muchas diferencias” (Ibíd) (Viscarret, 2007: 45).

En esta graduación en los métodos de intervención y con la mixtura dada en el área de la Salud Mental, principalmente dada en la relación de la comunidad con el Trabajo Social.

C. Trabajo Social Comunitario en Salud Mental

El Trabajo Social Comunitario en Salud Mental reviste aspectos principalmente vinculados con la promoción; es un enfoque, una forma de entender la intervención y en el uso cotidiano, posee dos líneas en su ejecución práctica una correspondiente al significado del concepto que involucra el compromiso de los sujetos en el mejoramiento de sus condiciones de vida y el otro tiene que ver con la ejecución de un programa comunal

relacionado con actividades a desarrollar con las diferentes instituciones y las organizaciones sociales.

Es de los tres métodos de intervención del Trabajo Social, el más amplio definido por la acción en terreno de estos profesionales, y su historia está vinculada a los resultados de procesos sociales marcados por acontecimientos políticos, en la década de los sesenta.

El espacio geográfico delimitado en... barrios, ... municipios, ... estados, congrega a pocos o a millones de personas con características y procesos de desarrollo diferentes pero con problemas o fenómenos similares como el de la marginalidad o el de la contaminación ambiental.... El Trabajo Social, no es, ni ha sido ajeno a estos espacios geográficos multiplicados en problemas sociales, económicos, culturales, recreativos, habitacionales (Torres, 1987: 198).

Los métodos del Trabajo Social vinculados en su concepción en la intervención con el individuo, la familia, las capacidades organizativas que posean y el contexto barrial-cultural, se encuentran, la mayoría de las veces, interrelacionados, lo que interfiere a uno afecta a los otros; los énfasis en cada una de ella, es lo que hace la diferencia en la intervención profesional.

La comunidad, como sistema social, está formada por grupos que interactúan entre sí y están interconectados por un entretejido social denominado <redes sociales>; el ámbito comunitario incluye, por tanto, al ámbito grupal y al ámbito individual, no pudiendo existir los unos sin los otros y dándose entre ellos una relación de interdependencia (Escartín, 1998: 116).

Al hablar de comunidad, se hace referencia a los vecinos, las familias que habitan en la comuna, a la población que debe atender cada centro; también a la participación de esa comunidad. El método de intervención en comunidad, corresponde la comprensión de las diversas situaciones que en esa realidad se manifiestan, a los problemas a un nivel más amplio, en cada comuna y en la efectividad de las acciones emprendidas por las instituciones y las organizaciones sociales, considerando que cada comuna se organiza y plantea el trabajo y lo significa e interpreta de manera diferente.

La definición que hacía la ONU en 1958, respecto del desarrollo de la comunidad refiere a *“el proceso por el cual el propio pueblo participa de la planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar su nivel de vida. Eso implica la colaboración indispensable entre los gobiernos y el pueblo para hacer eficaces esquemas de desarrollo viables y equilibrados”*. (Torres, op.cit: 201), pero en un mundo globalizado parece necesaria una redefinición de este método.

El Trabajo Social comunitario puede recuperar su potencialidad y papel perdido si es capaz de convertirse en un instrumento metodológico útil de mediación en las tensiones entre lo global y lo local. Y puede serlo en la medida en que sea capaz de articular y canalizar de forma efectiva un proceso de ayuda a las personas, que permita mejorar sus propias comunidades a través de la acción colectiva de tal forma que garantice los derechos y sea capaz de influir en las macroestructuras sociales y económicas, pero a través de una vía democrática (Viscarret, 2007: 53).

Para que ello sea posible no se puede dejar de considerar cuáles son los niveles de participación de las personas en las decisiones locales. En la comuna de Pedro Aguirre Cerda, que es donde se realiza este estudio, se llevan a cabo algunas experiencias locales en el ámbito comunitario, donde lo que se relaciona con salud tiene que ver con temáticas principalmente medioambientales.

En la modalidad de intervención comunitaria, en el área de la salud y desde el accionar conjunto de trabajadores sociales y psicólogos se efectúa un trabajo de orden preventivo, de temas como el abuso sexual infantil y el consumo de drogas y alcohol en adolescentes.

CAPITULO II

Modelos de Intervención

Las propuestas existentes respecto de los modelos de intervención en Trabajo Social son amplias y fundamentadas; el uso de ellos depende de los profesionales, de sus escuelas de formación, de las instituciones desde donde deben intervenir. Las referencias teóricas que utilicen en sus métodos responden a diferentes modelos. *“Un modelo para la ciencia es una construcción simplificada de la realidad, que surge de la teoría y que, como tal, puede ser constatada empíricamente en la práctica”* (Ibíd) (Viscarret, 2007: 65).

En el presente capítulo se abordarán los modelos del Trabajo Social más usados en salud y en Salud Mental en particular.

Du Ranquet (1996) citada por Viscarret (2007) señala que: *en la intervención profesional del Trabajo Social se ha ido desarrollando y aplicando un conjunto de modelos para afrontar los problemas sociales en su dimensión individual-familiar o en su dimensión grupal y colectiva. <Modelos que se encuentran desarrollados a partir de las diferentes teorías desarrolladas por las ciencias humanas y sociales>* (Ibíd) (Viscarret, 2007: 65).

Desde los años treinta en adelante se utilizan y originan:

diversas y variadas clasificaciones de los modelos del Trabajo Social, que atienden a los diferentes intereses y argumentos de la época en la que fueron redactadas, registrándose numerosos y sustanciales cambios, que registran igualmente la evolución teórico- práctica de la profesión (Ibíd) (Viscarret, 2007: 67).

En la práctica, casi todos los modelos son utilizables, ya sea en su totalidad o una parte de ellos, en todas las áreas donde los trabajadores sociales se desenvuelven; la elección de uno u otro dependerá del profesional. El más frecuente en el área de la Salud Mental, y que pone el acento en aspectos individuales y de contexto, es el Modelo Psicosocial, consistente en una forma terapéutica de ejecución y que involucra, principalmente, los avances en la solución de problemas que las personas traen consigo. Hoy, el Modelo de

Salud Familiar es el que va, de alguna manera, insertándose con la intención de orientar las dinámicas de intervención desde una perspectiva biopsicosocial.

Por otra parte, el modelo sistémico, ampliamente utilizado, desde finales de los sesenta, se ha ido complementando con aportes posteriores, se modifica y asoma, en los setenta que permite al Trabajo Social, fijar la atención sobre el proceso, sobre el equilibrio del sistema y el mantenimiento de su estabilidad (Viscarret, 2007).

2.1 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 (Ibíd) (Du Ranquet, 2007: 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*” (Ibíd) (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 (Ibíd) (Du Ranquet, 2007: 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 (Ibíd) (Du Ranquet, 2007: 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 (Ibíd) (Du Ranquet, 2007: 85-86).

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

c. 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 incomprendiones con respecto al cliente, permite al entorno modificar percepciones y actitudes. Otra técnica es cambiar al cliente de medio.

b. 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 (Ibíd) (Du Ranquet, 2007: 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.

2.2 El Modelo Sistémico

La perspectiva sistémica para analizar e intervenir la realidad, tiene su base en las ciencias naturales, tanto en como explica el funcionamiento de lo social como en la lógica de comprensión de esa realidad, interdependiente. Fue una forma intermedia de lo que existía hasta entonces, como crítica al método de observar la realidad en un sólo sentido y a cada cosa como causa o efecto de otra; la teoría sistémica permite comprender cualquier fenómeno, dividiéndolo en sus múltiples partes para entenderlo y luego cambiarlo.

Esta teoría fue concebida por L. Von Bertalanffy en la década de 1940, es una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquéllos a su vez parte de

unos macrosistemas. Este autor definió sistema como “un conjunto de elementos que interactúan ente sí”, presuponiendo la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio (Miranda, 2003).

Es un modelo ampliamente utilizado en la intervención con familias; además de utilizar la teoría general de los sistemas usa elementos de la Cibernética de primer y segundo orden; también la teoría de los tipos lógicos de Russell, que define *“los diferentes niveles por donde va pasando un sistema a lo largo de su vida”*; y, la teoría de la comunicación, que comprende el proceso de interacción que da origen a una relación significativa entre las personas comprendidas en ella (Ibíd) (Miranda, 2003).

Desde este enfoque, un sistema se comprende en relación dentro de la globalidad que posee; está definido por características como:

Estabilidad:

“Toda organización busca su estabilidad mediante diversos procesos. Y desde esta estabilidad sobreviene el caos, el desorden, que no es más que el principio de un nuevo ordenamiento diferente, que seguramente será un nuevo estado con mayor experiencia y de mayor complejidad”.
(www.terapiabreve.net/terapia-sistemica.htm)

Homeostasis:

“Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a partir del feedback (Feedback: En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo)”.
(www.psicoterapiaintegra.com.ar/terapia_familiar.php)

Totalidad:

“El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes”. (Ibíd) (www.psicoterapiaintegra.com.ar)

Circularidad:

“Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares en el sentido

que B refuerza retroactivamente la manifestación de A”. (Ibíd)
(www.psicoterapiaintegra.com.ar)

Equifinalidad:

“Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales”. (Ibíd) (www.psicoterapiaintegra.com.ar)

La familia es el primer sistema en el que se encuentra el individuo y lo considera un sistema dinámico, compuesto de subsistemas en constante interacción. Todo este complejo interactivo pertenece, a la vez, a un sistema mayor, el sistema social. Du Ranquet señala que este enfoque, a pesar de estar representado por varias escuelas todas:

reconocen que el síntoma que se presenta como el problema de una persona, es en realidad el producto de un mal funcionamiento del sistema familiar y, en particular de las relaciones entre sus diversos elementos (Miranda, 2003).

Desde el paradigma sistémico, es la familia el objeto de la intervención y se le considera como una unidad bio-psico-social de interacciones e interrelaciones. El crecimiento de una familia se va produciendo por el intercambio de funciones y papeles de todos los miembros entre sí y con otros sistemas. Su estructura está configurada por el conjunto de demandas encargadas de organizar los modos en que interactúan los miembros del sistema, siendo esta última la que da identidad y distingue a una familia de otra. Las partes de la estructura familiar son subsistema individual, subsistema conyugal, subsistema parental y subsistema fraterno (Ibíd) (Miranda, 2003).

La **metodología** de intervención del modelo no posee una estructura definida y su objetivo es cambiar los síntomas para crear así un nuevo equilibrio del sistema.

El trabajador social transforma el sistema familiar en un sistema terapéutico incluyéndose en él para hacerlo cambiar. Se une a la familia para ayudarla a reparar y modificar su funcionamiento de forma que

pueda desempeñar mejor sus tareas con relación a sus miembros (Du Ranquet, 2007: 287).

Es fundamental realizar conjuntamente con la familia, un diagnóstico, unas hipótesis de trabajo y un plan de acción. Es importante que a la primera entrevista acudan todos los miembros de la familia para que no se perciban alianzas de ninguno de ellos con la trabajadora social (Miranda, 2003)

El modelo sistémico forma parte de la comprensión de las problemáticas más que de las metodologías con las que se intervenga; en el área de Salud Mental, por ejemplo, es difícil iniciar un proceso de intervención con la totalidad del grupo familiar, en general el usuario viene acompañado, o es traído por un familiar, y se incorporan en las primeras entrevistas; no obstante ello, se puede planificar una intervención con estas características.

Scherz (n.d.), citado por Du Ranquet (2007) dice que: *Los objetivos particulares de una entrevista familiar son: Mostrar la influencia recíproca que ejerce el problema presentado y lo que dicen y hacen los miembros de la familia; Mostrar cómo los sentimientos se traducen en manifestaciones del comportamiento inmediatas; Mostrar la utilización que hace la familia de los temas disfuncionales, que se repiten sin llegar a ningún resultado; Descentrar la atención que concede la familia al portador del problema; Crear una alianza terapéutica familiar (Du Ranquet, op.cit.: 288-289).*

En el inicio de la intervención y considerando los objetivos recién señalados lo más relevante en los primeros contactos con la situación problema, tiene que ver con el vínculo que se debe establecer con el grupo familiar. La alianza terapéutica que involucra un contrato entre ambos.

El contrato es un compromiso, consciente y expresado verbalmente entre la familia y el trabajador social, de efectuar ciertas tareas para alcanzar los objetivos determinados en común... debe estar acompañado de una alianza terapéutica que se crea a partir del proceso que se instaura entre la familia y el trabajador social; existe aquí también un compromiso recíproco, pero que se expresa con actos y actitudes en lugar de con palabras (Ibíd) (Du Ranquet, 2007: 288).

Las técnicas que se utilizan en este modelo corresponden a las técnicas del tratamiento individual, en particular las del corto plazo centrado en la tarea, la modificación de conducta y la intervención en tiempo de crisis. Más definidas son las verbales y no verbales:

a) Técnicas Verbales: Dirigir los mensajes a su verdadero destinatario. Hacer expresar verbalmente los mensajes no verbales. Aclarar los mensajes ambiguos. Desenredar los mensajes contradictorios. Desarrollar los mensajes encubiertos. Abordar francamente los tabúes llamando a las cosas por su nombre. Otra de las técnicas utilizadas en este modelo es la de las preguntas circulares. Estas preguntas introducen en la familia una nueva percepción y sirven para obtener información de todo el contexto que rodea al síntoma. El propósito último de este tipo de preguntas es el de introducir el síntoma en el sistema familiar, buscando el comportamiento específico de éste dentro del sistema (Miranda, 2003).

b) Técnicas no Verbales: hay que decir que el trabajador social tiene dos funciones básicas en las terapias como son explicar las reglas que van a regir en las sesiones y facilitar la comunicación entre éstas. Se utilizan entre otros: juegos de comunicación que permiten utilizar el cuerpo y espacio para expresar lo que se siente y para explorar nuevas posibilidades (Du Ranquet, op. cit.: 302).

Las *funciones* a desempeñar por el Trabajador Social en los marcos de este modelo son: de ayuda y de control. Ambas están integradas y variarán en relación a la institución para la que se trabaje. Los *roles* del Trabajador Social son: rol de información y asesoramiento, rol asistencial, rol de control y rol de evaluación (Miranda, 2003)

2.3 El Modelo de Intervención en crisis

Las crisis son eventos posibles de vivir, para todos; un momento en que la persona se ve presionada a tomar una decisión y posición, respecto de cómo actuar o cómo responder a la misma. La crisis es la manifestación tanto del agravamiento de una situación de conflicto, en un momento determinado, o de un evento inesperado que puede vivir una persona y su grupo familiar.

En el ámbito de intervención desde las instituciones públicas, para los trabajadores sociales es frecuente que los usuarios manifiesten situaciones de crisis. Las múltiples variables que pueden intervenir en la manifestación de una crisis, dificulta en muchos casos la anticipación a la misma. Una crisis puede desencadenarse durante el relato de la situación de conflicto que lleva a consultar, apareciendo emociones contenidas hasta ese momento; en general, al operar por demanda, el usuario participará de manera intensa y comprimida, para tratar de entender y traducir su actual situación.

Nadie se sentirá sorprendido si afirmamos que la práctica diaria de los trabajadores sociales se desenvuelve en permanente contacto con personas en estado de crisis (Viscarret, 2007: 129).

En la primera atención, en Salud Mental, en el proceso de configuración del problema, donde además de realizar la primera evaluación, de la situación de conflicto para consensuar con la persona cuáles de esas variables son las más urgentes de atender y dilucidar, si es posible hacerlo, los primeros acercamientos a la elaboración de una estrategia de intervención.

El modelo de intervención en crisis se basa principalmente en la disminución del estrés, de la presión que padece una persona cuando se encuentra ante un acontecimiento vital que desestabiliza su equilibrio normal, siendo el objetivo ayudarlo a reestabilizar y reorganizar dicho equilibrio mediante la potenciación de sus capacidades adaptativas y de respuesta (Ibíd) (Viscarret, 2007: 130).

Las crisis pueden ser vistas como una situación de riesgo, para algunos, que le otorga gravedad y una connotación negativa a su apreciación, y puede ser para otros la oportunidad que tienen los sujetos, para evaluar sus capacidades más objetivamente y el repertorio de respuestas que puedan esgrimir ante situaciones adversas.

Mientras no hay una única receta para tratar las crisis, la intervención en crisis sigue siendo vista como uno de los modelos terapéuticos que ofrece un marco teórico claro para entender los principales elementos que conforman una crisis y los principios que deben guiar una intervención (Ibíd) (Viscarret, 2007: 130).

Aunque la definición de crisis está sujeta, la mayoría de las veces, a una visión subjetiva, relacionada con su significado y la primacía del factor gatillante; desde la aparición de este modelo, diferentes autores han aportado a su construcción, no sólo respecto de cómo se define sino a las formas metodológicas de abordaje. Se hace a continuación referencia a dos de estas **definiciones de crisis**, a saber:

Según Caplan (1964) *la crisis es desde los elementos que impiden la consecución de los objetivos vitales que la gente cree no poder superar, hasta elecciones y comportamientos habituales* (Ibíd) (Viscarret, 2007: 131).

Para Du Ranquet (1996) *la crisis es un estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas* (Ibíd) (Viscarret, 2007: 132).

Las crisis, dependiendo de las personas o sus grupos familiares, y los recursos y características que estos posean, se caracterizan por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo al enfrentar una de ellas; por ejemplo, la muerte de un anciano es un evento que se puede predecir y por lo tanto anticiparse y generar diálogos al interior de la familia; aun así, una vez que suceda, el grupo o algunos de sus miembros puede reaccionar negativamente; o por otra parte, lo inesperado del evento como: muerte por accidente de un miembro de la familia, va a generar una crisis mayor y no hay forma de anticiparla.

En general, existen en la vida de las personas muchos eventos, algunos comunes y otros traumáticos, que pueden configurar una crisis, como: la pérdida del empleo, una condena a prisión de un miembro de un grupo familiar, una ruptura amorosa, la edad adolescente de los hijos, ir a residir a otra ciudad, el ingreso de los hijos al colegio, un accidente de tránsito, un diagnóstico de enfermedad mental de alguno de sus familiares, etc.

Los fenómenos que pueden provocar crisis en las personas, los podemos resumir así:

- *Fenómenos que provocan crisis situacionales: enfermedad, muerte, hospitalización, accidentes, catástrofes (como guerras, incendios, inundaciones), separaciones, divorcios, embarazos no deseados, cambios de estatus socioeconómico...*
- *Fenómenos de origen social y cultural: crisis por jubilación, crisis generacionales, conflictos permanentes entre padres e hijos...*
- *Fenómenos que afectan al desarrollo y estabilidad del individuo: crisis vocacionales, de valores, migraciones, empobrecimiento o enriquecimiento súbitos. En general, fenómenos que distorsionen las aspiraciones de las personas.*
- *Fenómenos medioambientales en interacción con problemas de tipo psíquico: fracaso escolar, absentismo laboral/escolar, inadaptación laboral/escolar.*

*Consecuentemente, podemos establecer una **tipología de las crisis** en su relación con los fenómenos antes descritos:*

- *Crisis de **desmembración**: muerte de un miembro de la familia; hospitalización, separación.*
- *Crisis por **accesión**: embarazo no deseado, padrastro y madrastra, adopciones, abuelos.*
- *Crisis de **desmoralización**: falta de apoyo, infidelidad, alcoholismo, delincuencia.*
- *Crisis de **desmoralización con desmembración o accesión**: divorcios, encarcelamiento, suicidio, violación, hospitalización.*
- *Crisis que abarcan **cambios de estatus, de posición en la sociedad**: paro, empobrecimiento o enriquecimiento súbitos, migraciones por motivos políticos o religiosos, guerras, inundaciones, atentados, incendios (Escartín, 1998: 150).*

El evento estresante que genera la situación de crisis, es el factor desencadenante que marca el inicio del proceso; que posee diversos tiempos, para cada persona o grupo familiar y que les permita reestablecer el equilibrio o recuperar en parte la funcionalidad. Un mismo evento afecta de manera diferente a una familia u otra, o a los miembros de un mismo grupo familiar.

Golán (1978), refiere que el proceso de la crisis se podría señalar de la siguiente manera:

1. *Un individuo (igualmente puede tratarse de una familia, grupo o comunidad) se encuentra sujeto a lo largo de su vida a períodos en los que la presión interna y externa aumentan rompiendo su*

estado de equilibrio habitual y afectando a su entorno más próximo. El acontecimiento o la causa determinante de la aparición de este desequilibrio puede encontrarse en un acontecimiento catastrófico o en una serie de desgracias que han tenido un efecto acumulativo.

- 2. El impacto de la causa determinante rompe el balance homeostático habitual del individuo y le sitúa en un estado de vulnerabilidad.*
- 3. El factor desencadenante conduce la situación a un punto decisivo en el que los mecanismos de defensa del individuo no se encuentran operativos y el individuo entra en un estado activo de crisis definido por el desequilibrio y la desorganización.*
- 4. Conforme se desarrolla la situación de crisis el individuo puede percibir el acontecimiento estresante inicial y los siguientes acontecimientos como una amenaza, como la pérdida de una persona o de una capacidad, o como un desafío para sobrevivir y crecer.*
- 5. Cada una de esas percepciones desencadena una reacción emocional que refleja el significado subjetivo que tiene ese acontecimiento para el individuo.*
- 6. Aunque una situación de crisis no es ni una enfermedad ni una experiencia patológica y refleja una lucha real en la situación vital en curso, la situación de crisis puede encontrarse unida a conflictos iniciales no resueltos o parcialmente resueltos.*
- 7. El estado de desequilibrio, a menudo, es limitado en el tiempo y dura de cuatro a seis semanas.*
- 8. Cada situación particular de crisis parece seguir una secuencia específica de pasos, que pueden ser previstos y planificados.*
- 9. Durante el desenmarañamiento de la situación de crisis el individuo muestra predisposición para ser ayudado.*
- 10. Durante la fase de reintegración puede emerger un nuevo yo y desarrollarse nuevos estilos de adaptación que permitan a la persona arreglárselas de manera más eficaz en situaciones futuras. A menudo, si no se puede disponer de la ayuda apropiada durante el momento más crítico, pueden tomarse decisiones inadecuadas o inadaptadas que pueden desembocar en un*

debilitamiento de la capacidad de adaptación más tarde
(Viscarret, op. cit.: 135-136).

Estas fases determinan en alguna manera la forma de la intervención, dependiendo del tiempo en que la persona consulte o sea atendida; la predisposición de ser tratado es un elemento relevante, en tanto mejora las posibilidades de efectividad de la misma.

Las fases de desarrollo de las crisis, ya señaladas, inciden de forma directa en que la intervención profesional tenga unas características peculiares que la diferencia de otros tipos de intervención. De la abundante literatura existente extraemos a modo de denominador común las siguientes características del modelo de intervención en crisis:

1. *La intervención en crisis debe ser inmediata.*
2. *La intervención en crisis debe ser breve.*
3. *La intervención en crisis es una intervención especialmente centrada y estructurada.*
4. *La intervención en crisis requiere del establecimiento de contactos más frecuentes y de diversa duración.*
5. *La intervención en crisis requiere un mayor trabajo de asesoramiento y de intervención que otros problemas*
(Ibíd) (Viscarret, 2007: 137-138).

La intervención de los trabajadores sociales en el área de Salud Mental es fundamental una actitud educativa y de entrega de información, de tal manera de reforzar la capacidad de anticiparse a ellas. Las familias multiproblemáticas presentan muchas variables que pueden generar nuevas crisis en su interior es por ello necesario que en cada una de las sesiones se permita la expresión emocional, apoyar en el proceso de toma de decisiones, ofrecer opciones alternativas, etc., de modo de ir desarrollando las habilidades para su afrontamiento en crisis futuras.

CAPITULO III

LOS SUJETOS DE INTERVENCION

3.1. Familia y Sociedad

Las posibilidades de ser familia en nuestro país se aceleran y cambia conforme a esta vertiginosa forma de vivir; rural y urbana; mapuche, peruana y chilena; pobres, ricos y de clase media; hetero y homosexuales, entre otras formas de agruparlas. Se adapta y da respuestas nuevas, a estas nuevas condiciones de vida. Nuevas formas de consumo, que va cambiando las formas de financiarse, del uso del tiempo libre, de formas de relacionarse, etc.

La familia hoy día es tan diversa, que la visión fatal de que en algún momento podría desaparecer, no se ha cumplido; aquella que nacía de la unión de una pareja, que luego tiene hijos, que si bien sigue siendo una forma natural de constituirse, hoy presenta muchas otras variables que pueden conformar su estructura. Términos como parentesco y filiación, diferencian y definen las formas de vincularse unos con otros en esta estructura que nos representa y que frecuentemente grafica a tres o más generaciones con vínculos consanguíneos que comparten una residencia y se organizan en su funcionamiento y mantención económica.

La familia es un gran enunciado pero también es un concepto sencillo y cotidiano; todos formamos parte de ella, ninguno de nosotros elige en cual nacer; nos acoge y nos enseña aquello que necesitamos, o lo que creen nuestros padres que necesitamos, según sus patrones de creencia y sus normas de comportamiento. Humberto Gianninni (1987) en su libro “La Reflexión Cotidiana: hacia una arqueología de la experiencia”, señala el domicilio como el lugar donde uno es para uno mismo, el placer, el descanso, la confianza; el mundo puede ser amenazante y la vida en el trabajo en extremo extenuante; en medio de una sociedad que puede verse a veces deshumanizada y otras, en extremo, hedonista. Pero las prácticas individualistas se han venido instalando desde hace mucho; diferentes miradas

para una realidad tan múltiple como compleja, intrincada red de conceptos, discursos, estudios, etc. Hoy en esta sociedad de consumo, la familia es el blanco de una acelerada forma de crear nuevas y urgentes necesidades, ya que pareciera que todo circula más rápido y en ese espacio:

Cada familia es una unidad de vida personal. En cierta manera, podríamos decir que cada familia es lo que son los individuos que la componen, el grupo que forman, las relaciones que establecen entre ellos, los valores que comparten o se disputan, los contactos que tienen con sus otras familias, con otras personas y con otros medios de vida, sus actividades de subsistencia, sus diversiones, etc. (Ribeiro, 2000: 48).

La vida en la rutina de un barrio donde las conversaciones se perpetúan en las veredas, mientras los hijos van creciendo juntos, constituye una forma de vivir el tiempo que de alguna manera, va dejando huellas; espacios donde las personas poseen esta “*existencia simultanea, que van marcando su trayectoria, su pertenencia a grupos y a una clase social*” (Aquín, 2003: 91). Porque dentro de una familia y en este círculo cercano, en el entramado de relaciones que conforma la vida, donde varían o sostienen sus formas de ser, de pensar, de sentir, de entender, de explicar este mundo que les toca habitar.

La familia es sujeto colectivo de la vida comunitaria que no es otra cosa que la presencia mancomunada y solidaria de las familias, construyendo un entramado de pequeñas organizaciones que hacen más digna y humana la vida en sociedad. La familia anima las escuelas, la atención de la niñez en la edad preescolar; la orientación de los adolescentes. La familia está presente en las acciones comunitarias para el mejoramiento de la calidad de vida y de la infraestructura urbana y la vivienda, así como en la organización de la recreación (Eroles, 1998: 94-95).

Lugares y tiempos comunes, en la cotidianidad se alojan costumbres y posibilidades de cambio, como la quietud y el conflicto; existen formas de comportamiento más masivo, que regulan, ordenan, transforman la forma del ser social; por ejemplo, las masivas visitas de familias a los malls, o los que hoy componen una comunidad social y virtual por cierto, como facebook, que marca el ritmo de la conversación con los amigos.

La familia que constituye el primer lugar de socialización del hombre, implica una gran cantidad de procesos de aprendizaje, espacio que como ya se señaló ha ido mutando, por los cambios generados a su alrededor. El fenómeno del neoliberalismo impuesto en dictadura y de la globalización es uno de ellos, transformó el mundo del consumo y el laboral que provocó muchos estragos al comienzo, y que hoy parece habitual.

La interrupción de la institucionalidad democrática afectó severamente el desarrollo de la sociología (familiar) en Chile y puso fin a los análisis que discutían los problemas estructurales. Paulatinamente se empieza a imponer la mirada posmoderna, que centra la atención... en la vida cotidiana, tendencia que condujo necesariamente a estudiar el tema de la familia (Torres, 2007: 13).

Los cambios producidos en el desempeño de los roles y las formas de ser familia, radica también en la vinculación con el Estado y el papel jugado por las instituciones; por ejemplo, las diferencias entre el Estado Benefactor y el Subsidiario en Chile se traducen también en los significados distintos que se le otorgan a esta relación.

La familia es descrita como el lugar de expansión individual, de sostén psicológico y social. ... nuevos discursos que se inscriben en el contexto de la crisis que sacude al estado providencia (Segalen; 2008).

Si lo único permanente es el cambio; en el mundo de los conceptos, las formas que tenemos de nombrar las cosas, los discursos, el lenguaje que crea realidad, se introducen en las conciencias y van creando nuevos imaginarios.

La familia forma ciudadanos y estos constituyen a la Sociedad Civil, ambos conceptos parecen proveernos de un nuevo escenario social; ciudadano que en su significado político, hace referencia a la persona: “*Natural de un Estado que tiene derechos y deberes políticos que le permiten tomar parte del gobierno del mismo*” (Diccionario Enciclopédico, 1997:117); ciudadano, con un marco legal, donde la participación, y el derecho individual se traducen en su forma de participación de los procesos electorarios; y, casi todos los otros, son emanados de la lógica del mercado.

La reflexión en torno a lo familiar y sus huellas en la formación de individuos en tanto ciudadanos, no son producto exclusivo de la familia, sino resultado de imbricaciones de lo familiar con lo estatal y público societal (Aquin, 2003: 67).

Otro aspecto relacionado con la familia es el orden social, el cual posee dentro de sí, un vector que tiene que ver con la moral, con el discernimiento; la familia es la encargada de proteger, transmitir y reproducir valores que son capaces de perpetuar en alguna medida dicho orden (Ibíd) (Aquin, 2003: 90).

La vida en familia puede promover la formación de valores y capacidades para un ejercicio activo de ciudadanía impulsando la cooperación con otros, la solidaridad y la acción colectiva, pero también puede formar en valores que sustentan prácticas individualistas, autoritarias y violentas (Ibíd) (Aquin, 2003: 91).

Hay familias que tienen más dificultades para desarrollar esas relaciones como las familias, denominadas, multiproblemáticas, que posee características que la evidencian como compleja. ¿Qué familias podrían presentar más de un conflicto en su interior y demandar atención por ello?, la respuesta evidente pareciera ser que las familias pobres, con menos recursos materiales, menos habilidades, más gastadas en su engranaje de funcionamiento. Sólo la tensión de resolver la subsistencia básica en un núcleo familiar puede ser un estresor de gran magnitud, para la vida diaria, igualmente se incorporan otros como el consumo de sustancias, la cesantía o el embarazo adolescente.

3.2. Salud Mental y Familia

Aquello que involucra a individuos en la sociedad, involucra a las familias; son roles y funciones que están destinadas a cumplir, principalmente aquellos asuntos que intervienen afectando su cotidianidad generando diversas situaciones a veces de crisis y conflicto en sus vidas como son por ejemplo, la crianza de los hijos, las relaciones de pareja, los procesos de separación, etc.

La organización familiar, como ya se mencionó, ha sufrido cambios adquiriendo nuevas formas, convocando nuevas definiciones de la familia asociadas a su estructura, ampliando los tipos de familia ya conocidos.

Las auténticas organizaciones sociales sólo surgen entre poblaciones humanas que hayan alcanzado algún grado de civilización. Dentro de estas organizaciones se encuentran ciertas instituciones que generarían estrategias para la solución y satisfacción de necesidades. La familia es una institución, que regula ciertas acciones sociales referidas a necesidades, tales como procreación, sexo, aceptación, seguridad afectiva, educación, producción y consumo de bienes económicos (Pastor, 1988:17).

Para satisfacer estas necesidades debe cumplir algunas funciones así por ejemplo, tiene que poder organizarse de distinta manera en cada etapa y contar con recursos apropiados y adaptables, en su interacción con el medio.

Lo cierto es que cada vez más convivimos con todas las formas posibles de ser familia por lo que resulta que desarrollar los métodos para descifrar la eficacia de sus formas de organización, cómo se adapta y da nuevas formas a sus tradicionales funciones; su conocimiento nos plantea una maravillosa gama de resultados, su reinención y también su sobrevivencia.

Sin embargo a pesar de estas generalidades, es casi imposible no notar lo que diferencia a una familia de otras, pudiendo afirmar que no existen dos familias iguales, fundamentalmente en el uso de ciertos cánones relacionadas con su estructura y dinámica. La alteración en la estructura y dinámica familiar se ha denominado disfunción del sistema familiar.

Disfunción familiar es un concepto que provoca algunas controversias en torno a su amplia utilización, porque de alguna manera la denominación actual significa una especie de estigmatización del grupo familiar, asociándose muy frecuentemente a familias monoparentales; comúnmente, mujer jefa de hogar, a cargo de los hijos, hace suponer que

es una familia que no “funciona” de manera normal; concepto, que sumado al de grupos de riesgo; aumentaba considerablemente el peso político-social estigmatizante.

El funcionamiento inadecuado o disfuncional de un subsistema (parental, conyugal, parento-filial y fraterno) o de la familia como conjunto puede estar en relación a sus metas, sus derechos y deberes, su organización, estructura y presentarse en dimensiones tales como: la comunicación, los límites, la jerarquía, el compromiso emocional, la adaptación a los cambios, la resolución de conflictos, la toma de decisiones (Almonte, C. y Musalem, R., 2006: 458).

La disfuncionalidad que se hace manifiesta al interior de las familias de diferentes formas como las recién señaladas, se incorpora con posterioridad y con similitud respecto de estas formas de conflicto, el de familia multiproblemática incluso como una reacción crítica al primero. A éste se hace referencia en este estudio; su uso está asociado, a la intervención en salud, pues integra variables internas y externas que inciden en la dinámica y estructura familiar, y explica la complejidad de la existencia de más de un conflicto en su interior. Por ejemplo, uno de ellos puede ser el inicio del uso de sustancias en la adolescencia, como un problema relativamente común y vinculado al área de la Salud Mental, que se relaciona con factores individuales como: características de su fase evolutiva, su personalidad y/o habilidades sociales; y, factores económicos asociados a la experiencia de la marginalidad y la permanente oferta de droga en estos sectores; además, se reconocen en la familia problemas comunicacionales en su interior; todos estos factores se convierten en desencadenantes del consumo.

La Salud Mental y su relación con la familia es una comprensión bastante extendida; ello en el entendido que el concepto de salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, siendo ésta una verdad ya confirmada. Por lo que la realización de diagnósticos sociales asociados al individuo y sus familias ya sea como antecedente o consecuencia de los mismos es un aspecto importante del tratamiento. Existe también la comprensión de que fenómenos macrosociales inciden en la generación de grupos de población llamadas, actualmente en riesgo social, que viven en la marginalidad, de tal manera que la intervención considera orientaciones para detectar y/o disminuir factores de riesgo o

predisponentes de situaciones futuras de conflicto en el ámbito de la Salud Mental. En la práctica de los trabajadores en el área de salud, se ha traducido en el Modelo de Salud Familiar, una de cuyas acciones podría ser el modelaje positivo de patrones afectivos y de relación de las familias para prevenir, por ejemplo el maltrato infantil o la falta de competencias parentales adecuadas en la edad adolescente de los hijos.

El abuso físico y psicológico de los niños se está convirtiendo en un síndrome médico social cada vez más arraigado en... España. Un cierto número de estudios han demostrado que entre un 84 y un 97% de los padres utilizan en algún momento con sus hijos el castigo físico (Navarro, Fuertes y Ugidos, 1999: 80).

Este contexto de violencia involucra no sólo a quienes agreden, como personas incapaces de controlar sus impulsos o descompensados emocionalmente, sino que además compete al conjunto del grupo familiar. Si bien se podría señalar que una familia de escasos recursos posee menos elementos para hacer frente al estrés normal que significa la crianza, éste es un problema transversal, por lo mismo está vinculado a un trabajo con la comunidad, de tal manera que existe una red social funcionando que ayude a prevenir o tratar adecuadamente este tipo de problemas de Salud Mental.

La noción de familias multiproblemáticas incluye además factores socioeconómicos que agudizan el que se encuentren deterioradas algunas de las funciones vitales relacionadas con la crianza, la relación con su medio ambiente incidiendo en que “*los padres no den a sus hijos la seguridad profunda de ser valorados y queridos*” (www.redsistemica.com.ar), que pudiesen determinar en alguna medida las futuras situaciones de conflicto que puedan tener esos hombres y mujeres en su vida adulta.

Ante esta realidad, la intervención temprana ha tomado diversas formas, desde las educativas para fomentar el desarrollo cognitivo y psicomotor de los niños hasta las intervenciones para niños con algún tipo de discapacidad física o mental; las destinadas al fortalecimiento del apego entre los niños y sus familias, como factor protector del riesgo

psicosocial temprano. Una experiencia desarrollada en esta línea, en los últimos años en nuestro país, es el Programa Chile Crece Contigo.

En base a estas consideraciones, a través de las políticas sociales se evalúa y planifica las acciones a desarrollar en los ámbitos promocionales, preventivos de tratamiento y rehabilitación; en esta perspectiva, de una atención integral de los individuos y sus familias resulta necesario complementar enfoques y estrategias que puedan responder con más efectividad considerando la historia y entorno de los sujetos en riesgo o afectados. Resultado de este proceso de estudio, ejecución y evaluación se implementan cambios en el último tiempo, llegando al Modelo de Salud Familiar que presenta nuevos desafíos para la atención primaria.

Idealmente y con el avance de la implementación de este modelo de atención se logrará comprender dentro de los procesos de intervención clínica la necesidad de:

- “1.- Incluir a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo.*
- 2.- Involucrar a la familia como parte de los recursos que los individuos tienen para mantenerse sanos o recuperar la salud.*
- 3.- Introducir a la familia como unidad de cuidados, como entidad propia distinta al individuo” (MINSAL, 2008:18).*

Sin embargo, la instalación del Modelo de Salud Familiar, hasta ahora corresponde a algunas estrategias administrativas de los centros y la formación de los miembros de los equipos, de parte del SSMS; algunas otras actividades del modelo, como la utilización mas frecuente de algunos instrumentos facilitadores como la aplicación del genograma, el círculo familiar o el ecomapa, dentro de los estudios de familia pueden diferir de un centro a otro.

Las familias consultantes en el servicio público son mayoritariamente aquellas de bajos recursos y en Salud Mental se incorporan otras, aquellas que no atendándose exclusivamente en la atención primaria en salud, poseen dificultades en planos relacionales, del tipo de vínculos que poseen y no poder resolver algunos conflictos, llegando inclusive a su judicialización; medio principal por el que se vinculan con COSAM.

Las interacciones entre familia y salud, la proposición general es que las dinámicas familiares afectan la salud y enfermedad de sus miembros: el estado de salud individual, el desenlace de la enfermedad, el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento familiar y los recursos familiares para enfrentar la enfermedad. Estas interacciones serán afectadas por las características estructurales, ciclo vital, contexto sociocultural, naturaleza de la enfermedad e individualidades de los miembros de cada familia en particular.

3.3. Familia Multiproblemática

El concepto de familia multiproblemática al comienzo se asimiló a familias de bajos recursos, luego se señala que no es posible atribuirle su origen de manera exclusiva a esta condición y que pasan por periodos de crisis donde pueden demandar algún tipo de intervención, la autora señala que:

Más bien al contrario, destacan grupos multiproblemáticos con entradas regulares y de discreto nivel. ...otros autores han observado la existencia de familias bastante por encima del umbral de la pobreza, pero que no consiguen administrarse adecuadamente (Rodríguez, 1999; www.redsistemica.com.ar).

La construcción de este concepto está entonces vinculado con la Psiquiatría y se relaciona también con el origen socio económico de las personas. Linares en Rodríguez (1999), refiere:

Durante la Segunda Guerra Mundial tuvo un impulso importante la socialización de la psiquiatría, debido a las neurosis traumáticas. Esto llegó a su auge... en 1955 sobre la influencia de la clase social sobre la salud mental. ... que describen es la de la pobreza y la marginación social y muestra un panorama psiquiátrico donde proliferan al alcoholismo, las drogodependencias, la delincuencia, los malos tratos y el abandono de niños (Ibíd) (www.redsistemica.com.ar).

La familia de alguna manera forma personas, como sea que esté constituida, la mueven afectos, principios, significación propia de sus historias, de sus cualidades

Los valores se transmiten no sólo a través de lo que se dice o no se dice, sino también de lo que se hace o deja de hacer: la tolerancia, la solidaridad, la reciprocidad, el sentido de equidad – para mencionar algunos de aquellos elementos que se encuentran en la base de la identidad ciudadana -, se fraguan en gran medida en el espacio doméstico, pero como parte de sus interpenetraciones constantes con el resto del mundo social (Aquin, 2003: 82).

Si el objetivo preponderante y natural de la familia es la socialización, entonces una de las funciones será la de adaptar a los individuos a la realidad en la están insertos, que es un proceso que va cambiando en función de la clase social de pertenencia,

La vida de la familia en las distintas clases sociales está marcada de diferencias que no sólo se plasman en su ubicación en el espacio urbano, sino en los espacios hogareños, en cuanto a las dimensiones y la calidad de las viviendas, el entorno que las rodea, la infraestructura con que cuentan y el tipo de apoyo al que acceden (Valdés y Valdés, 2005: 173).

Desde una perspectiva sistémica, la familia se ubica en un contexto socio cultural, político, económico, en un tiempo y un espacio de tal modo que estas dimensiones nos ayudan a explicar parte de sus procesos; dada su estructura y rol social, es la encargada de la socialización primaria de mujeres y hombres que son parte de esa realidad, creando e iniciando procesos de cambio, o sólo facilitando el fluir de la existencia que poseen; las personas que la componen constituyen a la vez universos individuales que interactúan en los marcos de un sistema. En relación con esto es posible señalar que en el contexto social básico, la familia guarda relación con aspectos como:

Vulnerabilidad y/o riesgo social: Que son factores sociales que configuran cuadros de particular gravedad, en cuanto a la plena vigencia de los derechos o las posibilidades de autogestión del propio destino. Nos referimos a temas tales como la maternidad adolescente,

los chicos de la calle, el trabajo de menores, la niñez, la ancianidad, o las personas discapacitadas privadas de un medio familiar, las familias sin techo, los adolescentes con conflictos con la ley, las adicciones, el sida, etc.

Las situaciones límites: configuran problemas sociales emergentes de circunstancias que modifican abruptamente la vida de un grupo familiar (desaparición de personas, abandono del hogar, accidentes, catástrofes, detención prolongada, desocupación prolongada, enfermedad mental prolongada, adicciones)

Las patologías intrafamiliares: Nos referimos a ciertos cuadros patológicos, que originan maltrato o violencia familiar como una realidad permanente o de otra manera impiden al ejercicio de las funciones familiares (Eroles, 1998: 43).

Un aspecto clave a considerar es que nacer en una determinada clase social, define casi totalmente, el curso de la existencia. La posibilidad de movilidad social está cruzada por factores como la educación por ejemplo, que implica también el análisis de las oportunidades reales como por ejemplo la calidad de la educación, existentes en los sectores populares; considerando además que existen procesos más globales que intervienen en “*los cambios producidos en las dinámicas familiares, como la globalización, la modernización o la modernidad*” (Valdés et al. 2005: 169); entonces, la vida familiar se modela también según los contextos enfrentando contradicciones, la adaptación pareciera ser la regla, la excepción, la subversión al orden, a esta especie de orquestación donde uno interpreta o es sólo un espectador.

La familia condiciona la innovación o la mantención de estrategias de sobrevivencia como consecuencia de estos procesos macrosociales; de algún modo vive enfrentando una especie de vorágine de aconteceres, situación que no es visibilizada al interior de las familias pobres donde estos se construyen de a poco, a diario; múltiples son los problemas que enfrentan que parecieran marcar el ritmo de la acción, cuando las amenazas son múltiples. Los conflictos asociados al plano de las formas de relacionarse, en la resolución de conflictos, en los patrones de comunicación. Dicha situación no es sólo atribuible a familias de bajo nivel socioeconómico pero sí y sin duda, los conflictos que sean, cuando están cruzados por la pobreza se vuelven más crudos, más difíciles de abordar.

Las familias multiproblemáticas se dividen por tipos o formas, poseen límites que condicionan la permeabilidad que existe en su relación con el medio; interactuando con otros subsistemas representados por diversas instituciones.

Las familias multiproblemáticas..., están abrumadas por un contexto social que poco soporte emocional, social y económico les reporta. Eufemísticamente son llamadas de muchas maneras: familias pobres, desorganizadas, de bajos ingresos, disfuncionales, desorganizadas, familias en crisis continuas, multiproblemáticas. (Escartin; 2010)

La relación de los aparatos institucionales con las familias multiproblemáticas responde a orientaciones y políticas diseñadas por los Estados y la intervención focalizada hacia estos grupos de población.

El control efectuado según un modelo de familia, encasilló especialmente a las familias de los sectores populares bajo el rubro de familias desorganizadas, inestables, siempre proclives a la intervención estatal de premios y castigos, quienes como efecto reflejo tienden a significar las transferencias estatales más como dádivas que como derechos adquiridos (Aquín, 2003: 75).

En la familia multiproblemática el paso por cada una de las etapas del ciclo vital constituyen situaciones de adaptación o crisis, donde existen menos posibilidades de que sus miembros salgan airoso, pues un buen desempeño va a depender de la flexibilidad de sus límites y equilibrio y complementariedad que exista en sus interacciones.

Estas familias presentan un ciclo de vida específico, en la medida en que sus etapas se aglutinan y no presentan etapas diferenciadas como en las demás familias (Rodríguez; 1999).

Las familias multiproblemáticas, al no estar siempre preparadas para enfrentar las crisis, en su interior, con figuras de autoridad inestables, a veces rigidizan sus actitudes y exageran los límites, o la presión los lleva a desligarse, completamente, del cumplimiento de sus roles y desatienden su responsabilidad frente a los conflictos que asoman en el procesos

evolutivos de la familia; entonces, aumenta la sensación de descontrol y es más difícil recuperar el equilibrio y la estabilidad en su interior.

Las personas que conforman una familia multiproblemática, en general, son inestables en sus niveles de ingresos económicos y a pesar de ello, posee un nivel de consumo común, por denominarlo de alguna manera, de bienes pequeños como teléfonos móviles, pero respecto de bienes mayores es, prácticamente, inexistente; todo esto a pesar de tener, cotidianamente, dificultades para mantener una dieta equilibrada de alimentación o, tener siempre conflictos de relación entre ellos.

En el área de servicios, ya sea por los pocos recursos que despliegan para hacer frente a las crisis o porque enfrentan casi cotidianamente algún conflicto que se sienten incapacitados para resolver recurren a alguna instancia institucional que les “ayude” en ese conflicto: en salud, esto corresponde a la demanda por ser atendidos con un problema que, para ellos, reviste el carácter de urgente y que, existe alguna probabilidad ya hayan presentado la misma demanda e incluso hubiesen desertado de la atención; en otras áreas como la educación, corresponde a cómo enfrentan los conflictos de sus hijos al interior de los establecimientos, donde hijos y padres están permanentemente complicados con la autoridad educacional; en el área de justicia, comúnmente corresponde a la judicialización de conflictos, mediante la denuncia de algunos de ellos o de terceros, la justicia les obliga a tratarse o, dependiendo del daño, les sanciona de otra manera, pero las penas dicen relación con el ingreso a procesos de tratamiento; en el área social, en los departamentos de asistencia de los municipios corresponde al acceso a algún subsidio o ayuda, que no siempre obtienen, a veces por complejidades administrativas a las cuales ellas no son capaces de responder o en ocasiones, por no poseer los puntajes en la ficha de protección social, no son pocas las veces que se frustran y desisten si no les va bien cuando asisten por primera vez a demandar algún beneficio.

Rodríguez (1999) cita a Salvador Minuchin (1967), en su obra *"Family of the Slums"*, resuelve tal cuestión describiendo el funcionamiento de

dichas familias a nivel comunicacional, estructural y del sistema afectivo. Los datos de las observaciones realizadas hacen evidente para estos terapeutas que no existe una tipología de la organización familiar específica de la cultura de la pobreza, destruyendo el mito de que la pobreza era siempre sinónimo de desorganización (Ibíd) (Rodríguez, 1999).

En este mismo sentido, otros autores centrando la atención en la estructura del grupo y las modalidades relacionales con el ambiente social circundante, definen así a las familias multiproblemáticas:

Familias aisladas (Powel, Monahan 1969): *para resaltar la soledad de estos núcleos familiares en el ámbito de la familia extensa, faltando apoyo en las fases críticas de la vida familiar, independientemente a la clase social a la que pertenezcan.*

Familias excluidas (Thiorny, 1976): *para resaltar la separación entre estas familias y el contexto parental, institucional y social, que se da también en las clases sociales medio- altas.*

Familias suborganizadas (Aponte 1976; 1981): *para resaltar las características disfuncionales desde el punto de vista estructural debido a las graves carencias de constancia en el desarrollo de los respectivos roles sobre todo a nivel del subsistema parental.*

Familias asociales (Voiland, 1962): *para subrayar sobre todo los aspectos que conciernen al desarrollo de comportamientos desviados en el ámbito social (Ibíd) (Rodríguez, 1999).*

Los términos en que se explica la existencia y definición de la familia multiproblemática, provienen de la teoría de sistemas, así, al decir que existe por ejemplo, “*escasa delimitación de los sistemas o la tendencia a la inestabilidad psicosocial de los individuos en los subsistemas*” (www.redsistemica.com.ar), los problemas se originan en su interior relacionado con situaciones atribuibles a su organización y las funciones que poseen, principalmente los padres.

Rodríguez (1999) citando a Cancrini (1995), refiere que: *el uso restringido del término se ha hecho posible debido a la observación clínica sobre la diferencia que existe entre dos modalidades de familias: Familias cuyo comportamiento sintomático funciona como factor de equilibrio para las dificultades emocionales de los otros miembros del sistema y para el sistema en su globalidad (en la mayoría corresponde al paciente designado con problemas psiquiátricos).*

Familias multiproblemáticas en las que el comportamiento sintomático funciona como un elemento de dificultad y de disgregación añadidas para el comportamiento de los otros miembros del sistema y para éste considerado en su globalidad (Ibíd) (Rodríguez, 1999).

Este mismo autor, define algunas características de las familias multiproblemáticas que son:

- a. Presencia simultánea en dos o más miembros de la familia de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa.*
- b. Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres, de las actividades funcionales y expresivas necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.*
- c. Refuerzo recíproco entre las características señaladas en los puntos a y b.*
- d. Labilidad de los límites, propios de un sistema caracterizado por la presencia de profesionales y de otras figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.*
- e. Estructuración de una relación crónica de dependencia de la familia respecto a los servicios (equilibrio intersistémico = homeostasis).*
- f. Desarrollo de algunas modalidades características no usuales de comportamientos sintomáticos en los pacientes identificados en este tipo de proceso, del que un ejemplo clásico puede ser el de las toxicomanías de tipo D (Sociopáticas según Cancrini, (1982)) (Ibíd) (Rodríguez, 1999).*

Pareciera existir una coincidencia entre el desarrollo de estos comportamientos y la dificultad personal, en los cambios de ciclo vital. Se podría señalar como:

Un mal funcionamiento del sistema familiar que no se muestra capaz de realizar de manera satisfactoria sus tareas organizativas (apoyo económico, instrucción, crecimiento y cuidado de los hijos, protección de los miembros más débiles o en dificultad) y expresivas (gestión de las tensiones, nutrición emocional de los más pequeños, respuestas a las exigencias de intimidad y de estabilidad afectiva de los miembros del sistema) (Ibíd) (Rodríguez, 1999).

Así es, como marcadamente, se puede categorizar y diferenciar a este tipo de familia que en los servicios de salud, conforman la mayoría de ellas por la:

Labilidad de los límites,... donde las puertas están simbólicamente abiertas,... esa falta de delimitación de los espacios,... donde niños adolescentes y adultos jóvenes pueden no tener ni lugares propios útiles para la construcción de su propia identidad personal (Ibíd) (Rodríguez, 1999).

La desorganización de la vivienda, en estados materiales de evidente desgaste, y donde las consecuencias sobre la definición de roles y de relaciones complejiza aquella realidad.

PARTE II
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO IV

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO LOCAL

Esta parte del estudio esta relacionado con el contexto de referencia donde actúa el Trabajo Social en su quehacer con las familias intervenidas en el campo de la Salud Mental. Incorpora antecedentes de evolución de la salud y la Salud Mental, además del contexto local de la misma, con antecedentes emanados del Servicio de Salud Metropolitano Sur; junto con los antecedentes de la comuna, antecedentes generales de los programas de la atención primaria y de COSAM como centro de referencia con detalles de su estructura orgánica y de su evolución histórica; concluye con la descripción de los programas, las formas en que se han definido los procesos de ingreso y los datos de la población ingresada durante el proceso de estudio.

1. Hitos importantes de la Salud y la Salud Mental en Chile

En el área de la salud, nuestro país posee una nutrida historia en salud pública, siendo los hitos más importantes de ella, los siguientes:

- *En 1917, se realizó un Congreso Nacional de todas las Sociedades de Beneficencia e instituciones previsionales.*
- *En 1924, se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio.*
- *En 1938, se dictó la Ley de Medicina Preventiva y de Invalidez, pionera en su género en el ámbito internacional.*
- *En la década de 1940, se iniciaron las Unidades Sanitarias, precursoras de los actuales centros de salud.*
- *En 1952, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud.*
- *En 1960, se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.*

- *Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por las inversiones en los centros de atención, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica.*
- *Hasta 1973, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, con una orientación predominantemente, de planificación central.*
- *En 1973, el sistema de salud vive grandes cambios. Se produce la fragmentación del Sector Público de Salud, creándose 27 servicios autónomos a lo largo de Chile (hoy son 29).*
- *A partir de 1979 se reestructura el sector estatal de salud y se reorganiza el Ministerio de Salud, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud.*
- *Entre 1981 y 1986, se adoptan iniciativas legales para la creación de la Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y se concretó el traspaso de la administración de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades.*
- *En 1990, con una nueva administración de gobierno que obliga a atender materias relacionadas principalmente con las prestaciones otorgadas, el financiamiento, la configuración legal del servicio, la administración municipal, perfeccionamiento legal de las instituciones de salud previsional. Este mismo año se crea el Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud.*
- *Durante el tercer gobierno de la concertación se crea una comisión que elabora una reforma para el sector salud. Se elabora un proyecto de Ley que contempla: Derechos y Deberes de las personas en Salud, Régimen de Garantías en Salud (AUGE), financiamiento Plan Auge y Chile Solidario, Ley de Autoridad Sanitaria, Modificación a la Ley de Instituciones de Salud Previsional (Carvajal, 2007: 340-346).*

Hoy en día, los cambios en la organización del aparato estatal de salud, son fundamentales en tanto definen cómo éste y los gobiernos de turno se plantean, no sólo su propio desarrollo institucional sino que además, involucra a una gran cantidad de personas lo que vuelve significativo su desempeño respecto de la percepción de la población, en tanto la eficacia de la política de salud.

Ciertamente, la salud, como concepto, involucra muchas aristas de análisis: las investigaciones, los avances científicos, la industria farmacéutica, la formación de profesionales y el avance en los niveles de especialidad, han ido respondiendo y matizando sus formas de ser o de relación con la población. El desarrollo e implementación de los programas de salud, en la atención pública a lo largo de su historia, siempre tendientes a mejorar las condiciones de vida de los usuarios del sistema, ha ido evolucionando y adaptándose a nuevos contextos que originan nuevas necesidades y demandas.

El avance científico en el Occidente dio origen a un modelo de base tecnológica y, con él, a la idea de que con el descubrimiento de nuevos fármacos y el desarrollo de tecnologías crecientemente sofisticadas, la medicina encontraría una cura para todas las enfermedades en un futuro no muy lejano. De ahí que todos los problemas se percibieron desde la perspectiva de la medicina; se perdió de vista la salud como problema de fondo (Gyarmati, 1991:7).

En el contexto de la salud pública y desde la implementación del modelo psicosocial, se complementa el modelo biomédico, con otras variables relacionadas con las condiciones materiales de vida, el estado emocional y otros elementos del contexto que son significativos en la condición de salud de las personas.

El paradigma es bio-psico-social porque, a nivel de las ciencias implicadas, lo que se propone es no agregar al modelo biomédico – tecnológico, algunos elementos de otras disciplinas, sino que se trata de integrar, en un sólo conjunto, a los elementos biológicos, psicológicos y sociales, dando un carácter claramente social al paradigma (Ibíd) (Gyarmati, 1991:12).

La historia de la salud pública en Chile, tiene una cadena de aciertos reconocibles en la comunidad internacional, como las campañas de vacunación, la prevención de enfermedades intestinales, las campañas de invierno, etc., son acciones y medidas que han modificado la epidemiología y por lo tanto, la sociedad chilena se encuentra con nuevos desafíos a enfrentar. Hoy, las causas de muerte mayoritariamente son expresión de los nuevos tiempos, como parte de un nuevo modelo de consumo y están originadas por

enfermedades relacionadas con el corazón y los accidentes del tránsito, que terminan con la vida, generalmente, con un golpe certero. Pero existen muchas otras enfermedades como la obesidad, el colon irritable, la hipertensión arterial, la diabetes, y por supuesto las vinculadas al campo de la salud mental en su origen, la depresión, las cefaleas, las adicciones, las enfermedades psiquiátricas que involucran una serie de factores personales, familiares y de contexto tanto en su aparición como en su evolución.

En el área de la Salud Mental, la historia de la atención psiquiátrica ha evolucionado desde que las personas con diversas patologías eran atendidas por órdenes religiosas, o vagaban por las calles o bien eran encerrados por sus familias en sus casas. Así, en 1852 se crean los Hospitales Psiquiátricos, llamados Casa de Orates o Manicomios, este modelo de atención permanece se sustenta en el paradigma de “... *que los pacientes necesitan ser contenidos y separados para tratarse adecuadamente*” (Torres; 2001).

En 1960, surgen las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria, dichos cambios tienen como escenario las circunstancias políticas y sociales ocurridas en el mundo después de la segunda guerra mundial, además de “*el gran desarrollo y eficacia de los psicofármacos después de 1952 y del gran desarrollo desde 1950 de las diversas técnicas psicoterapéuticas*” (Torres; 2001). Estas experiencias fueron lideradas, en Chile, por los doctores Luis Weinstein, Juan Marconi y Martín Cordero, los dos primeros en Santiago y el último en la ciudad de Temuco, sin embargo estas experiencias fueron

(...) detenidas casi completamente con la emergencia del Gobierno Militar, de 1973. Desde entonces se asiste a un periodo en que se mantiene el énfasis del “Modelo Manicomial”. Se desarrollan diversas ONG y los Centros de Adolescencia que pretenden abordar los problemas de drogadicción y otros problemas de Salud Mental con un enfoque clínico comunitario, con muy poco que decir en cuanto al desarrollo de la Psiquiatría y menos aún de la Psiquiatría Comunitaria (Ibid.) (Torres; 2001).

La evolución de los modelos de intervención para los trastornos psiquiátricos desde el nivel hospitalario a la intervención con enfoque comunitario tiene una intrincada historia. Los

datos asociados a lo presupuestario grafican también esta evolución en los modelos de atención,

(...) la inversión pública en salud mental en Chile era sólo de 1% del presupuesto asignado al sector de la salud en 1990. La distribución de los recursos financieros entre los distintos servicios ha cambiado, ya que antes de 1990 en los hospitales psiquiátricos se concentraba 74% del presupuesto de salud mental, mientras que en el año 2002, sólo 43% del presupuesto de salud mental correspondió a los hospitales psiquiátricos y 46% se dedicó a los centros comunitarios (Poblete, Sapag, Bossert, 2008).

Así es como en 1990, durante el primer gobierno de la Concertación, el Ministerio de Salud, comienza a desarrollar acciones dirigidas a reformar el modelo de atención en Salud Mental de la población. Se inicia ese año la formación de unidades de salud mental en ministerio y regiones; en 1991 se inician los primeros proyectos como Centros Comunitarios (COSAM) y el Programa para víctimas de la dictadura (PRAIS) y el Programa de prevención del consumo de alcohol y drogas. En 1999 se formula el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y durante el año 2000, se inicia el proceso de implementación del mismo, el que paulatinamente, significará el aumento en la cobertura de atención (Minoletti, 2002).

La desproporción entre el grado de desarrollo alcanzado por el sistema de salud chileno y la prevalencia de las enfermedades mentales, permite suponer que la utilización de servicios de salud mental y psiquiatría depende, fundamentalmente, de la disponibilidad y el acceso (Minoletti y López, 1999: 35).

Producto de estos cambios, se ha facilitado el acceso a los programas de Salud Mental de la población de menores ingresos, especialmente después de la implementación del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) actualmente GES, a pesar de que sólo tres de las enfermedades cubiertas por el plan, son de salud mental:

- Depresión en personas de 15 años y más.
- Esquizofrenia, el primer brote.

- Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.

De éstas, la incorporación de la depresión y la implementación de su tratamiento en la atención primaria es la que genera, el aumento del número de horas de atención psicológica de cada CESFAM. Es en estos centros donde se va configurando la demanda, principalmente, en torno a los trastornos depresivos, ansiosos, emocionales y del desarrollo. También se abordan, aunque en un porcentaje menor, patologías más complejas como son los trastornos de personalidad, episodios psicóticos o la aparición del primer brote de esquizofrenia. Mejora también el acceso a la atención en las consultorías psiquiátricas en la atención primaria, lo que además de incorporar al usuario al programa de Salud Mental para una evaluación realizada por los equipos de salud de cada centro, aumenta la disponibilidad de horas de atención en psiquiatría en las comunas.

En Chile, 36% de la población ha presentado un trastorno de salud mental en su vida y 23% en los últimos seis meses. ... <En síntesis, Chile parece tener una prevalencia elevada de trastornos psiquiátricos a nivel latinoamericano, y Santiago concentraría una alta frecuencia al interior del país >. Además de la mayor oferta de servicios para pacientes con trastornos de salud mental derivada de las garantías explícitas en salud, el desafío a futuro es incorporar el abordaje promocional, preventivo y comunitario, para enfrentar un factor clave: los determinantes sociales subyacentes a este tipo de problemas. (Poblete et al; 2008)

En este contexto, se generan en los CESFAM diversas acciones dentro de los programas de Salud Mental, con la finalidad de ofertar a la comunidad acciones de promoción y prevención utilizando los recursos instalados en ellas, se trata de acciones como grupos de intervención psicosocial a víctimas de violencia intrafamiliar, talleres sobre estilos de crianza, talleres para los adultos mayores, grupos de autocuidado para los cuidadores de personas postradas, por mencionar algunas.

2. Salud Mental a nivel local

La Comuna de Pedro Aguirre Cerda, en materia de atención de salud de sus habitantes, depende técnicamente del Servicio de Salud Metropolitano Sur, organismo estatal funcionalmente descentralizado, que tiene 11 Comunas del área Sur de Santiago bajo su jurisdicción. El departamento de Salud Mental del servicio, a su vez, supervisa las acciones en cada comuna derivadas de los CESFAM y COSAM correspondientes.

El Plan de Salud Mental de la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur, manifiesta como propósito:

“... mejorar el nivel de la salud mental de la población beneficiaria a través de la consolidación de una red de servicios de salud mental, orientada por los principios del Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, que garantice: equidad en el acceso, oportunidad, continuidad de cuidados y atención de calidad” (Oliva y Caniglia, 2010: 3).

Dicho propósito se operacionaliza a través de los siguientes objetivos:

El primero de ellos señala consolidar una red de atención integral en salud mental, que permita mejorar el acceso y la oportunidad de atención, cuyas líneas de acción son:

- *Integrar la salud mental y psiquiatría a los establecimientos de salud general.*
- *Desconcentrar la oferta de atención generando nuevos polos de desarrollo, principalmente para la atención ambulatoria de especialidad.*
- *Fortalecer los equipos de salud mental, tanto a través de la redistribución e incorporación de nuevos recursos humanos, como de la formación y desarrollo de competencias de sus integrantes.*
- *Avanzar en la reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral*
(Ibíd) (Oliva et al, 2010: 4).

El segundo objetivo plantea fortalecer el funcionamiento en red de los diversos equipos de salud y los recursos provenientes de otros sectores, de manera de optimizar su articulación y utilización, en beneficio de las personas.

Con sus correspondientes líneas de acción:

- *Integrar y coordinar territorialmente el trabajo desarrollado por los distintos dispositivos, equipos y programas.*
- *Estandarizar sistemas de coordinación entre los equipos para la referencia y contrareferencia de los usuarios*
- *Evaluar sistemáticamente el funcionamiento de la red a través de indicadores trazadores (Ibíd) (Oliva et al, 2010: 23).*

El tercer objetivo indica la necesidad de mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y a sus familias.

Sus líneas de acción son:

- *Entregar intervenciones integrales de salud mental y psiquiatría a través de equipos multidisciplinarios, con relaciones horizontales y construcción colectiva de diagnóstico y planes terapéuticos, que involucre a los usuarios y sus familias*
- *Mejorar la calidad de atención al usuario directo y el apoyo a familiares y cuidador (Ibíd) (Oliva et al, 2010: 36).*

El cuarto objetivo del Plan de Salud del Servicio Metropolitano Sur consiste en: Promover la salud mental de las personas beneficiarias de nuestro Servicio de Salud y potenciar la prevención de los trastornos mentales.

Las acciones emprendidas para dar cumplimiento a este cuarto objetivo son:

- *Apoyo técnico a más de 60 grupos de autoayuda de personas egresadas o en tratamiento por problemas de salud mental.*
- *Vinculación con más de 100 establecimientos educacionales, para el desarrollo de acciones de prevención de problemas de salud mental infanto-juvenil.*
- *Vinculación con otras organizaciones comunitarias para el desarrollo de acciones de prevención de violencia intrafamiliar y problemas de salud mental infanto-juvenil*
- *Y la implementación del Programa Chile Crece Contigo que involucra el Fortalecimiento del desarrollo Prenatal, Evaluación de factores de riesgo psicosocial en el 100% de mujeres embarazadas y aplicación de planes de intervención acorde a riesgos detectados, la implementación de estrategias de estimulación del desarrollo psicomotor y fortalecimiento del*

vínculo en niños hospitalizados y Evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor (Ibíd) (Oliva et al, 2010: 45).

Su quinto objetivo es impulsar la investigación y docencia en salud mental.

Cuyas líneas de acción son:

- *Promover la investigación en salud mental de acuerdo a ámbitos de interés para nuestra red de atención*
- *Contribuir a la formación de nuevo recurso humano en el ámbito de la salud mental y psiquiatría comunitaria*
- *Evaluación del Estado de Respeto y Ejercicio de Derechos de Participación Social y Realización de la Vida en Comunidad de Personas Residentes de Hogares y Residencias Protegidas del SSMS*
- *Grupo de trabajo investigación en servicios de salud mental e impactos del modelo comunitario desde el Complejo Asistencial Barros Luco (Ibíd) (Oliva et al, 2010: 55).*

La integración de la Salud Mental y Psiquiatría a los establecimientos de salud general, implica la incorporación de los 32 establecimientos de la atención primaria del SSMS en la atención de personas con depresión, problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, niños y adolescentes con problemas de Salud Mental (déficit atencional y otros problemas de Salud Mental). Además de lo anterior se sigue priorizando por las consultorías psiquiátricas en 26 de estos centros de la zona sur. Los principales objetivos de la consultoría están relacionados con: aumentar y/o mantener la capacidad resolutive de la atención primaria, desarrollar procesos de referencia y contrarreferencia y favorecer la continuidad de los cuidados.

En esta lógica, hubo un aumento significativo de los Consejos Técnicos Comunales de Salud Mental los que aumentaron en el SSMS, de dos en el año 2007 a seis en el año 2010; algunas de sus funciones son: intercambio de información entre los equipos, coordinación de acciones sanitarias, programación de estrategias de acuerdo a necesidades locales, manejo de casos complejos.

Los Hospitales de referencia están definidos territorialmente y dependen técnica y administrativamente del Servicio de Salud. La población infantil que requiere ser referida a atención electiva de especialidades, atención de urgencia u hospitalización, se envía al Hospital Exequiel González Cortés y la población adulta, al Hospital Barros Luco-Trudeau, ambos ubicados en la comuna vecina de San Miguel.

CAPITULO V

Comuna de Pedro Aguirre Cerda: Antecedentes Generales

5.1 Límites y conectividad

La comuna de Pedro Aguirre Cerda cuya creación oficial y definitiva se establece el 14 de agosto de 1991, se encuentra ubicada en el sector sur de la provincia de Santiago, definida también como un área peri central, limitando al oriente con la comuna de San Miguel, al poniente con la comuna de Cerrillos, al norte con la comuna de Santiago, al nor poniente con la comuna de Estación central, al sur con la comuna de Lo Espejo y al Sur Oriente con la comuna de La Cisterna. La comuna de Pedro Aguirre Cerda, ocupa 846 hectáreas de la Región Metropolitana con una superficie de 9,7 Km. cuadrados (Plan de Salud, 2011).

En el contexto regional, la comuna presenta inmejorables condiciones de ubicación pues se emplaza en pleno centro de un sistema vial que la ubica a 15 minutos del centro principal del país y en contacto con las principales vías de conexión norte - sur y oriente - poniente (www.pedroaguirrecerda.cl).

Sus límites están definidos en tres de sus cuatro costados por grandes vías de conectividad de la ciudad:

Al Norte: Av. Isabel Riquelme mientras colinda con la comuna de Santiago y luego la Autopista del Sol compartido con la comuna de Estación Central. Muy cerca de ahí un límite natural que diversifica su población es la Av. Carlos Valdovinos.

Al Oriente: Av. Presidente Jorge Alessandri Rodríguez o la Ruta 5 Sur, colindante con la comuna de San Miguel. Atraviesan además de Norte a Sur dos vías importantes: Av. Club Hípico y Av. Clotario Blest (ex Av. La Feria).

Al Poniente: Av. General Velásquez desde hace algunos años convertida en una concurrida Autopista; colinda con la comuna de Cerrillos con la ubicación casi en la totalidad de la

extensión del límite con el ex Aeropuerto Cerrillos, hoy se implementa en este terreno, un importante Proyecto del Bicentenario.

Al Sur: Av. Lo Ovalle colindando con la comuna de Lo Espejo. Como límite natural también atraviesa la comuna de oriente a poniente la Av. Departamental, convertida en una autopista de gran nivel, según señalan los usuarios.

Posee en su interior algunos “iconos urbanos”, como el famoso Hospital de los Trabajadores que era construido en el gobierno del Presidente Salvador Allende y que queda para siempre inconcluso, llamado por los vecinos, desde hace mucho como el “Elefante Blanco”; existe también el inmenso Parque André Jarlan, construido sobre un extenso terreno desde donde se extraía material (piedras y arena) y que luego se convierte en un terreno baldío; ahí se implementa este proyecto hasta ahora mantenido con prolijo por los administradores y cuidado por los habitantes; colindante hay un terreno de dimensiones considerables llamado “el pozo” que parece siempre una deuda con los pobladores de la histórica población La Victoria (frente a la explanada), que trasciende con sus murales, sus orgánicas y su cotidianeidad. Existe además la reconocida Feria de Lo Valledor que, como ya se mencionó, es una especie de pulmón de gran actividad económica de la comuna.

5.2 La vivienda

La vida en las poblaciones bulle como en otras similares, las ferias libres, las canchas, los niños entrando y saliendo de la escuela. Sus casas varían según la población, hay algunas construidas por el Estado y otras de autoconstrucción. Existen familias que viven en condición de allegadas y existe también un porcentaje de personas que viven en situación de calle, comúnmente alojados a la orilla de la línea férrea, que cruza la comuna de norte a sur.

“En cuanto a las características de las viviendas en nuestra Comuna, el 95% son viviendas sólidas, la gran mayoría de las viviendas son propias (75%). La propiedad de la vivienda no implica ventajas sociales, puesto que es la calidad de la vivienda la que otorga prestigio, ingreso y es accesible según capacidad de pago; ... hay más hogares que viviendas, en

un total de 27.533 viviendas, residen 30.489 hogares. Esto significa que 5.388 hogares conviven en 2.432 viviendas. Si se descuenta un hogar principal, al menos 2.955 (10,7%) de 30.489, están en condición de “allegados” que no cuentan con vivienda propia, lo que es una alta proporción. Asimismo, existen en promedio 3,7 personas por hogar. La calidad de la vivienda puede ser observada también de acuerdo al precio de la cubierta del techo. En las comunas populares, el material predominante es el pizarreño, un material desprestigiado por contener asbesto y ser un riesgo para la salud” (Plan de Salud 2011. op. cit.; 15-16).

Existen poblaciones insignes, como La Victoria, por su actividad organizacional y política y la vecina Villa Sur y San Joaquín ambas con variadas actividades culturales. Algunas de ellas, tienen nombres nuevos, como Navidad, que es una parte de la conocida población Santa Adriana y que la comuna de Lo Espejo se quedó con su nombre; y otras antiguas, con casas de adobe, como El Carmelo; hay unas, un tanto aisladas, como la población Risopatrón y otras en medio del acontecer comunal como la Histórica de Chile.

El terremoto de febrero de 2010, afectó seriamente algunos sectores de la comuna como la población El Carmelo donde muchas de sus construcciones eran de adobe. El daño en las estructuras de algunas casas obligó a su restitución; el municipio ha participado activamente en la remoción de los escombros y con el financiamiento de emergencia de las viviendas; también fue afectado un sector de edificios de la población San Joaquín quedando algunos departamentos inutilizables lo que obligó a sus habitantes a desalojarlos.

5.3 Antecedentes poblacionales

Pedro Aguirre Cerda es una comuna que envejece, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas, los antecedentes comunales arrojan una población estimada para el año 2011, según proyección del INE, la comuna tendrá 92.738 habitantes, con un 48,6% de hombres y un 51,4% de mujeres.

Los adultos mayores de 65 años alcanzan al 12,9% y los menores de 15 años representan el 18,2% de la población. Esto coloca a PAC en una posición intermedia de envejecimiento poblacional y señala la tarea fundamental que tiene la comuna: “Alcanzar mayores niveles de progreso en salud, reduciendo la mortalidad y atendiendo a las nuevas demandas del cambio de la composición de edad”. En este sentido, no se debe abandonar la protección y la atención médica a los menores, mientras se mejora la calidad de vida de los que sobreviven (Ibíd.) (Plan de Salud, 2011; 6).

Tabla N° 3: Población según grupo etáreo. Total 2011. Comuna de PAC.

Grupo Etáreo	0-14 a	15 a 64 a	65 y +	TOTAL
N°	16.865	63.860	12.013	92.738
%	18,2	68,9	12,9	100

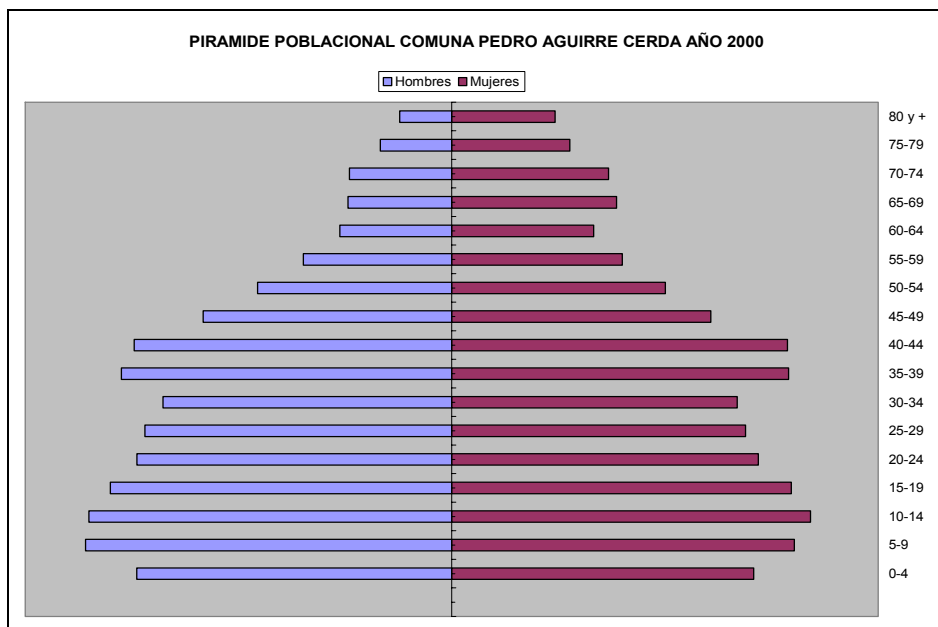
Fuente: Proyección población INE

Entre el año 2000 y el 2011 hay una reducción de la población de 22.703 habitantes, lo que representa una disminución porcentual de un 20%, a expensas principalmente de población infantil, adolescente y adulta joven, observándose un incremento de población mayor de 50 años. Esto es coincidente con el mayor envejecimiento de la población, que se observa a nivel del país.

*El índice de vejez, es decir, el número de mayores de 65 años dividido por el número de menores de 15 años (*100) para la Comuna de PAC es de 64,6, mientras que para la región metropolitana es de 38,3 para el año 2009. Esto caracteriza a la Comuna como envejecida en el contexto regional (Ibíd) (Plan de Salud, 2011; 8).*

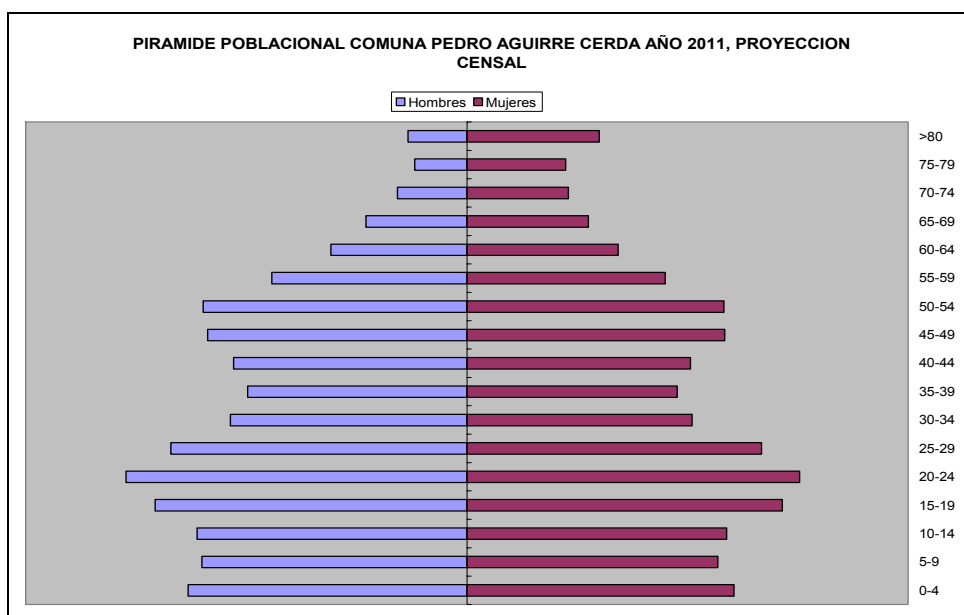
Los gráficos a continuación corresponden a la Pirámide Poblacional según proyección Censal de la población Comunal al año 2000 y 2011 según sexo y grupos etáreos:

Gráfico N° 1



Fuente: Plan de Salud 2011. Datos población INE.

Gráfico N° 2



Fuente: Plan de Salud 2011. Datos población INE.

Este cambio en la pirámide poblacional debiese permitir a los programas sociales que se desarrollen en la comuna, anticiparse a los problemas que se pudieran generar. Realidad similar a la de la población del país, por lo tanto debiesen existir lineamientos del gobierno central para abordarlo, por lo mismo, de modo incipiente, se han generado desde las administraciones locales estrategias que previenen los efectos de este cambio demográfico.

Los adultos mayores representan una población interesante de intervención, y esta evolución demográfica y el crecimiento de este grupo etáreo, nos acerca a los países desarrollados; sin embargo, la capacidad institucional previsional pública por ejemplo, que les permita y asegure tiempos de tranquilidad es limitada y nos recuerda que somos un país en desarrollo.

5.4 Situación Laboral

Pedro Aguirre Cerda, es denominada comuna dormitorio, en tanto no posee en su interior fuentes importantes de trabajo, el rubro del desarrollo productivo está más bien relacionado con las microempresas familiares; la excepción es la Central de Abastecimientos y Matadero Lo Valledor, que genera una importante cantidad de empleos informales con relativa estabilidad, aunque con remuneraciones precarias; como quienes descargan los camiones, fleteros de carretón, los vendedores de verduras, entre otros, sumado al comercio ambulante que circula constantemente en su interior, todos residentes de las poblaciones cercanas que la rodean. La excepción respecto de los ingresos son los dueños o arrendatarios de una “postura”, que son los lugares establecidos, siendo el epicentro de las compras y ventas de sus productos.

Según información recogida en la planificación del departamento de Salud para el año 2011 señalan:

La población en edad de trabajar de PAC suma 88.360 personas. 42.014 sostienen a 72.546 (43.346 pasivos mayores de 15 años y 26.200 menores de quince años). Cada persona activa debe enfrentar sus gastos y solventar la carga de casi 2 pasivos. De los mayores de 15 años que trabaja, el 31% son mujeres y el 62.4% de ellos son varones. Por cada dos hombres trabaja una mujer (Ibíd.) (Plan de Salud, 2011; 11).

A pesar de existir proyectos para estimular el desarrollo productivo en la comuna, parece ser que falta interés de las grandes empresas para decidirse a invertir en la comuna.

En el sitio Web de la comuna se encuentran datos como aquellos relacionados con el desempleo, que refiere a 4.895 personas, correspondiente en porcentaje al 8,1 del total de población en relación con la fuerza de trabajo. Señala también que en el año 2002, el 38% de las mujeres participan de la fuerza laboral, con igual porcentaje de mujeres jefas de hogar (www.pedroaguirrecerda.cl).

Según, el Sistema Nacional de Información Municipal, SUBDERE, los ingresos municipales propios permanentes por habitante, para el año 2009, según moneda de ese mismo periodo correspondía a \$ 23.715 (www.serplacrm.cl/documentos).

Tabla N° 4: Población mayor de 15 años según situación laboral y sexo. Comuna PAC, CENSO 2002

Actividad	Hombre	Mujer	Total
Activos	29.246	12.768	42.014
Pasivos	17.619	28.727	46.346
Total	46.865	41.495	88.360

Fuente: Censo INE 2002.

La población activa incluye a los que actualmente tienen un trabajo remunerado. Pero también a los que están sin trabajar pero que tienen empleo por vacaciones, licencias médicas o capacitación; a los que buscan trabajo, habiendo trabajado antes; también los que trabajan para un familiar sin pago en dinero y buscan trabajo por primera vez.

- *Existen 9.537 jubilados que constituyen el 79% de los mayores de 65 años en la comuna.*
- *Un 37% – la mayoría mujeres solas – no tienen protección social y las hace dependientes y vulnerables.*
- *Cerca de 9.000 mayores de 15 años son estudiantes, de los cuales el 48% se encuentra entre 15 a 24 años de edad.*
- *De 18.241 jóvenes, 13.660 (75%) en el año 2002 tenían empleo o estudiaban; 4.580 (30%) no tenían trabajo ni estudiaban; aparecen realizando “labores del hogar”, o como jubilados, posiblemente por invalidez, discapacitados y “otros”.*

La desocupación es uno de los factores reconocidos que condicionan la violencia y mantienen la drogadicción (Plan de Salud, 2011; 12).

En cuanto a precarización del empleo, las personas que son asalariadas sin contrato firmado y se denominan activos no cotizan, la comuna de PAC presenta indicadores dentro del promedio regional, con más de un tercio de la población activa que no cotiza, esto implica que son familias sin acceso a seguridad social (Ibíd) (Plan de Salud, 2011).

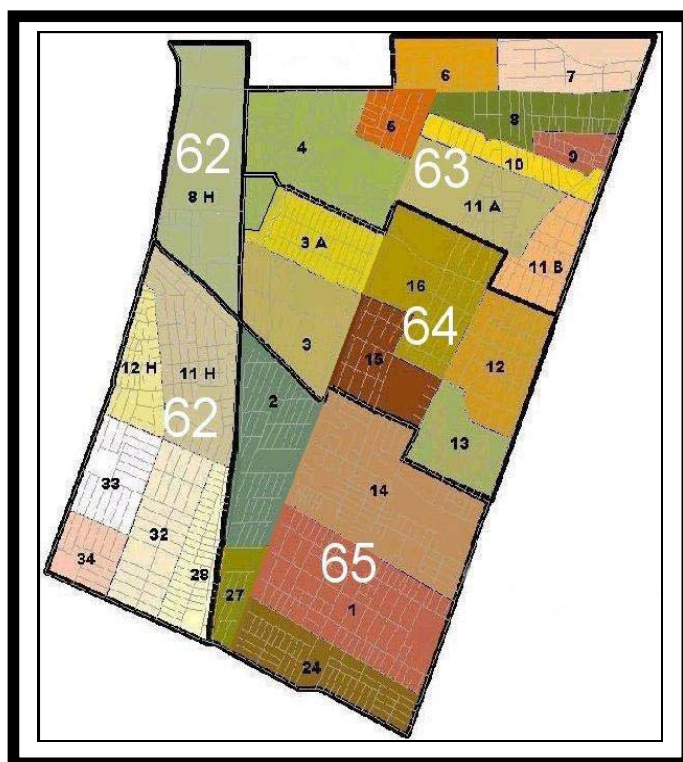
Esta situación obliga a examinar si el sistema de salud comunal cubre las necesidades de atención de salud y prevención de la población trabajadora. Es muy probable como ocurre en otras comunas populares, que los trabajadores no concurren al consultorio, por las restricciones de las empresas donde laboran y las eventuales pérdidas como la semana corrida. También ocurre que no consultan en nuestro sistema, o consultan a un médico privado que no tiene enlace con la red de atención pública, o bien concurren al SAPU o al servicio de urgencia del nivel secundario, donde la población en edad laboral representa hasta el 30% de las consultas no justificables en esos establecimientos, con el agravante que la atención de urgencia constituye una pésima forma de atención primaria integral (Ibíd) (Plan de Salud, 2011; 15).

De cada ocho trabajadores sólo dos trabajan en esta comuna, por lo que se denomina del tipo de “comunidades dormitorio”. Los lugares de trabajo están distantes, al menos dos horas diarias se ocupan en traslado.

5.5 División administrativa de la comuna

La comuna tiene 27 unidades vecinales tal como se aprecia en el siguiente mapa comunal.

Imagen N° 1: Mapa Comunal de Pedro Aguirre Cerda por Unidad Vecinal y Cuadrante



Fuente: Diagnóstico Comunal. 2005

Por otro lado, Pedro Aguirre Cerda presenta diversas variables que intervienen positiva o negativamente en la calidad de vida de sus habitantes: la movilización pública, los centros de atención primaria, instalación de retenes o comisarías de carabineros, escuelas y jardines infantiles, centros de esparcimiento, organizaciones deportivas y culturales, iglesias. La comuna cuenta con un buen servicio de movilización troncal y con un importante número de alimentadores, y cinco líneas de colectivos; cuenta además con una comisaría y tres tenencias; posee 16 establecimientos educacionales municipalizados y 24 escuelas particulares subvencionados; cuenta, como muchas otras poblaciones, con un gran número de iglesias, principalmente católicas y evangélicas; existen algunas organizaciones

culturales, además de la radio comunitaria “Primero de Mayo” y el canal de televisión local “Señal 3”; estos dos medios de comunicación ubicados en la población La Victoria, tienen una cobertura que abarca parte de las poblaciones colindantes; hay también dos centros culturales: “Villa Sur” y “Víctor Jara” que ofrecen diversos talleres para la población (Diagnóstico Comunal, 2005).

En su interior, cada una de ellas tiene su historia, basada en cómo se va asentando la población, en sus luchas, en cómo enfrentan sus problemas, en el despliegue de sus capacidades organizativas, etc. Comparten similares problemáticas como la cesantía, la sensación de inseguridad, la falta de espacios recreativos-culturales, el consumo y microtráfico de drogas.

5.6 La Administración Comunal

La actual administración de la comuna está a cargo de una mujer ex dirigente social, con un largo recorrido político organizacional y reconocida por la comunidad.

La comuna de Pedro Aguirre Cerda, fue creada en 1981 y la Municipalidad se instaló 10 años más tarde (1991), desde su creación en el año 1992 fue gobernada por alcaldes de la Concertación. En las últimas elecciones por la alcaldía en el país es electa la Sra. Claudina Núñez Jiménez, quien posee una agitada carrera política, al retorno de la democracia, en 1989, fue candidata a diputada por el distrito 27. Entre 1992 y 1996 volvió a presidir la junta de vecinos de su población. En 1992 fue elegida como concejala de Pedro Aguirre Cerda, siendo reelecta en 1996 y 2000.

En 2004, postuló a la Alcaldía, perdiendo por algo más de mil votos. Fue premiada el año 2005 por el Colegio de Arquitectos de Chile, por su contribución al desarrollo de la urbanización social y por el Servicio Cristiano para el Desarrollo, por su trayectoria social a favor de los pobres (www.pac.cl).

El gobierno local en su **Visión** se define como una comuna, cuyo objetivo es elevar la calidad de vida de sus habitantes, desde una perspectiva de integración con la región y el país. La Misión institucional es que el municipio puede gestionar el desarrollo de la misma

usando, principalmente las diferentes formas de inversión. Sus lineamientos estratégicos tienen como objetivos:

a) Poner en valor la comuna: Dice relación con las potencialidades y ventajas que presenta y que requieren ser relevadas en el marco de una concepción donde se reconoce que la comuna posee una serie de atributos que desde el punto de vista de su localización y conectividad le otorgan un gran valor urbano absoluto.

b) Superación de la pobreza: es un compromiso destinado fundamentalmente a lograr equidad social, lo que debe significar, entre otros aspectos, profundizar programas, proyectos y acciones; establecer mecanismos de coordinación eficiente de las distintas instancias municipales que intervienen en la política social. Un segundo elemento es que la gestión municipal al valorar y legitimar la participación social, al incorporarla a los procesos de discusión donde se van tomando las decisiones que afectan la convivencia de todos, favorece el protagonismo comunitario y privilegia la organización de la comunidad.

c) Aparato municipal adecuado a la realidad comunal: Debido a que el municipio es percibido por la comunidad como la única instancia capaz de satisfacer sus demandas y expectativas, lo que conlleva a que muchas veces se ve sobrepasado en su capacidad de dar respuesta o satisfacer las peticiones de la comunidad, lo que hace necesario fortalecer y modernizar la gestión desarrollando tanto la infraestructura como el equipamiento. Por otra parte, el Municipio requiere para la implementación del PLADECO tanto una readecuación de su orgánica como de la incorporación de nuevas funciones y/o acciones (www.pedroaguirrecerda.cl).

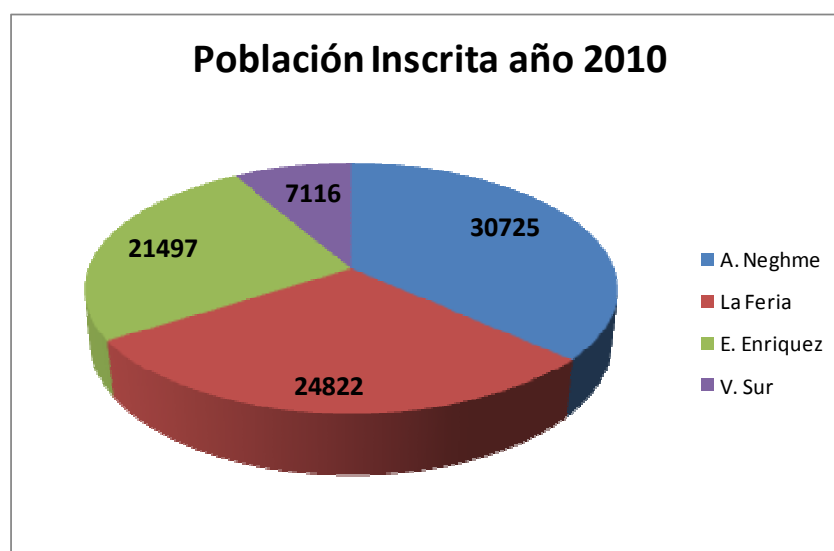
5.7 Antecedentes de Salud en la Comuna

La comuna posee cinco establecimientos de salud dependientes administrativamente de su gestión, a saber: Centro de Salud Familiar Dr. Edgardo Enríquez Frodden; Centro de Salud Familiar La Feria y Centro de Salud Familiar Dr. Amador Neghme, todos acreditados como tales por el Ministerio de Salud y cuenta cada uno de ellos con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia -SAPU adosado, para la atención de urgencia de baja complejidad. El SAPU adosado al CESFAM Dr. Amador Neghme funciona las 24 horas del día y lleva el nombre del Dr. Juan Solórzano; Centro Odontológico Villa Sur, único en su tipo en Atención Primaria, que brinda atención odontológica de nivel primario y de especialidades

a población adulta; Centro Comunitario de Salud Mental – COSAM, orientado a brindar atención de Salud Mental de nivel secundario, a la población derivada desde los CESFAM Comunales y de los juzgados, además de la consulta espontánea de la comunidad. (Plan de Salud, 2011)

La población inscrita en los Centros de Salud de la Comuna y validada por FONASA para el año 2010 es de 84.160 personas en total. El gráfico a continuación muestra la desagregación por centros de salud:

Gráfico N° 3: Población inscrita y validada por FONASA según establecimientos. Comuna de PAC. AÑO 2010



Fuente: Plan de Salud 2011, PAC.

La comuna de Pedro Aguirre Cerda posee indicadores estándares positivos en materia de salud al compararlos con los que se registran en la Región Metropolitana. Indicadores referidos a natalidad, mortalidad adulta e infantil y atención profesional del parto. (www.pedroaguirrecerda.cl)

Muchas familias que habitan en el límite sur, se encuentran algunas de ellas, inscritas en los centros de salud de la comuna de Lo Espejo, pues tiene que ver con las cercanías a sus domicilios. Además, dentro de la comuna funciona el Centro de Salud “Lo Valledor Norte” que administrativamente pertenece al SSMC, que es parte de la red de atención, pero ofrece algunas dificultades burocráticas para la población.

Respecto de la administración, el Departamento de Salud comunal es, actualmente, dirigido por el Dr. Eduardo Sendra Arratia. Los objetivos del departamento son:

- *Proponer y ejecutar medidas tendientes a materializar acciones y programas relacionados con salud pública.*
- *Administrar los recursos humanos, materiales y financieros.*
- *Asegurar la óptima entrega de las atenciones que otorgan los servicios de atención municipal a los habitantes de la comuna que acuden a los diferentes consultorios.*
- *Velar por el cumplimiento de las normas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud (www.pedroaguirrecerda.cl).*

Cada centro posee un programa de Salud Mental que responde a las metas comunales coordinadas en COSAM, y que atienden la cobertura de población asignada a cada uno de ellos.

5.8 Programas y Metas de Salud Mental en cada CESFAM de la comuna

A continuación se señalarán los programas de la atención primaria separados por Ciclo Vital, una breve descripción del mismo, el objetivo general y además la descripción del área estratégica de Salud Mental con sus objetivos específicos y metas, en cada uno de ellos según información emanada del Plan comunal de Salud elaborado para el presente año.

a) Ciclo Vital Infantil

Los énfasis en este ciclo están orientados hacia contribuir a una acogida segura y afectuosa a los recién nacidos que son las nuevas personas que ingresan a nuestros centros, ofreciendo prestaciones para:

- El seguimiento y apoyo del desarrollo psicosocial de los niños y niñas.
- Facilitar el acceso a tratamiento aquellos/as que nacen con problemas de salud.
- Apoyar a la familia en la crianza, entregando contenidos educativos en promoción de la salud y ofrecer acciones de prevención de enfermedades, accidentes domésticos y maltrato.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.

Objetivo General: Garantizar una atención integral y continuada a los niños y niñas, potenciando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, para el logro del desarrollo integral con énfasis en estimulación temprana.

Área estratégica Salud Mental

Objetivo específico.

1. Apoyar el desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del fortalecimiento de factores protectores.

Metas.

1. El 100% de niños/as menores de 5 años inscritos o beneficiarios, que presentan al menos un factor de riesgo para su desarrollo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.
2. Pesquisar y atender al 100% de los niños y niñas con problemas y/o trastornos de salud mental contemplado en plan de salud mental integral (PSMI) del SSMS.
3. Entregar herramientas de autoprotección en abuso y maltrato al 50% de los niños pre-escolares de nivel prebásico municipal.

4. Aumentar la pesquisa en un 50% de niños y niñas con maltrato infantil de 0-10 años.
5. Pesquisar y atender al 20 % de los niños y niñas con Trastornos de déficit atencional con o sin hiperactividad (THDA) según prevalencia esperada de acuerdo a protocolo local.

b) Ciclo Vital del Adolescente.

Los énfasis en este ciclo están orientados principalmente hacia su Salud Mental (violencia, intentos suicidas, consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas.); Salud nutricional (Sobrepeso, Obesidad y Sedentarismo); y Salud Sexual y Reproductiva (gestaciones no planificadas, ITS). El objetivo es promover una sexualidad segura desde los CESFAM, con consejería en salud sexual y control de regulación de fecundidad, dado el alto porcentaje de embarazos en este grupo etáreo. Al producirse un embarazo, la consejería al 6to. mes post – parto por Matrona sobre Paternidad Responsable será una actividad prioritaria con alta cobertura. En el eje de la atención, en este grupo como en todos, la atención respetuosa y confidencial es fundamental.

Objetivo General: Garantizar una atención integral y continua del adolescente, potenciando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de su salud.

Área estratégica Salud Mental

Objetivo específico 1.

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos de salud mental y sus familias.

Metas.

- 6 Pesquisar y brindar atención integral al 100% de los adolescentes con garantías GES de alcohol y drogas contemplados en PSMI del Servicio de Salud Sur- SSMS.

- 7 Pesquisar y atender al 100% de los jóvenes que presenten consumo experimental y/o riesgoso de consumo de alcohol o drogas contemplado en PSMI del SSMS.
- 8 Pesquisar y atender al 100% de los niños y niñas con problemas y/o trastornos de salud mental contemplado PSMI del SSMS.
- 9 100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión reciben tratamiento y derivación según corresponda.
- 10 50% de familias de adolescentes de 15 años y más con depresión en tratamiento, reciben VDI y/o Consejería Familiar.
- 11 100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados para exploración por psiquiatra al nivel secundario.
- 12 Aumentar la pesquisa en un 50% de los y las adolescentes con maltrato infantil en la población de 10-14 años.
- 13 Pesquisar y atender al 10 % de los adolescentes con THDA según prevalencia esperada de acuerdo a protocolo local en la población de 10-14 años.

c) Ciclo Vital de la Mujer

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, como también lo es en la adolescencia y en la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en:

- La consejería.
- Control de la regulación de fecundidad, según las normas nacionales vigentes.
- Control prenatal en base al modelo de atención personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional, la detección de la violencia sexual, de género y de otros riesgos psicosociales.
- Control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello del útero y de mama.

Objetivo General: Garantizar una atención integral y continuada en la atención de salud de la mujer potenciando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de su salud, con énfasis en problemas en una sexualidad integral.

Área estratégica Salud Mental

Objetivos específicos

1. Brindar atención integral a las personas que presentan problemas y/o trastornos de salud mental con enfoque de género.
2. Promover el buen trato entre hombres y mujeres y la no estigmatización de las personas con problemas o trastornos de Salud Mental.

Metas.

- 1.- Brindar atención según protocolo al 100% de los adultos bajo control con diagnóstico de depresión según meta establecida por el PSMI del SSMS (GES)
- 2.- Pesquisar y atender al 100 % de las mujeres que viven una situación de violencia intrafamiliar con enfoque de género según lo establecido en el PSMI del SSMS.
3. Atender al 100% de los hombres ingresados que ejercen violencia hacia las mujeres derivados de instancias judiciales.
4. Sensibilizar sobre buen trato a 300 mujeres y hombres usuarios de los Centros de Salud.
5. Brindar atención según protocolo al 100% de personas con consumo experimental y perjudicial establecidas en el PSMI del SSMS.
6. Brindar atención al 100% personas con problemas de abuso y dependencia a alcohol y/o drogas en COSAM y CESFAM La Feria según planes definidos en convenio CONACE/MINSAL.
7. Incorporar en Club Social de integración al 25% de las personas con trastornos psiquiátricos severos según bajo control.
8. Educación en cinco organizaciones sociales sobre derechos de las personas con capacidades diferente y no estigmatización.

d) Ciclo Vital del Adulto

Considerando que nuestro país se encuentra con una transición demográfica completa, destacándose por el aumento importante de la población adulta y adulta mayor, donde aparecen como principales problemas de salud las enfermedades crónicas no transmisibles y que, en un importante porcentaje se consideran evitables y prevenibles a través del control de los factores de riesgo identificados, es que nuestro quehacer en atención primaria debe estar enfocado a intervenir estos factores en todo el ciclo vital del adulto con un enfoque biopsicosocial.

En lo referente a la atención de la enfermedad o tratamiento, las metas propuestas por el MINSAL son lograr compensación en pacientes con HTA del 60%, y en Diabetes del 50%, efectuar tratamiento de Lúes en VDRL reactivos; tomar BK en pacientes sintomáticos respiratorios. En atención odontológica, incrementar el control de salud oral integral al adulto de 60 años; en salud mental, el tratamiento integral de depresión a personas de 20 a 64 años, con VDI a familias con un integrante que sufre depresión, incluye post – parto.

Objetivo General: Mejorar la calidad de vida del adulto inscrito en la comuna, brindándoles una atención integral, con enfoque biopsicosocial, centrado en el individuo, su familia y el entorno.

Problemas de salud: Salud cardiovascular, Cáncer, Salud Respiratoria, Tuberculosis, Salud sexual reproductiva, Salud bucal y Salud Mental.

Área estratégica de Salud Mental

Objetivos específicos

1. Brindar atención integral a las personas que presentan problemas y/o trastornos de salud mental con enfoque de género.
2. Promover el buen trato entre hombres y mujeres y la no estigmatización de las personas con problemas o trastornos de Salud Mental.

Metas.

1. Brindar atención según protocolo al 100% de los adultos bajo control con diagnóstico de depresión según meta establecida por el PSMI del SSMS (GES)
2. Atender al 100% de los hombres ingresados que ejercen violencia hacia las mujeres derivados de instancias judiciales.
3. Sensibilizar sobre buen trato a 300 mujeres y hombres usuarios de los Centros de Salud.
4. Brindar atención según protocolo al 100% de personas con consumo experimental y perjudicial establecidas en el PSMI del SSMS.
5. Brindar atención al 100% personas con problemas de abuso y dependencia a alcohol y/o drogas en COSAM y CESFAM La Feria según planes definidos en convenio CONACE/MINSAL.
6. Incorporar en Club Social de integración al 25% de las personas con trastornos psiquiátricos severos según bajo control.
7. Educación en cinco organizaciones sociales sobre derechos de las personas con capacidades diferentes y no estigmatización.

e) Ciclo Vital del Adulto Mayor

La atención de adultos mayores tendrá énfasis en mantener o recuperar su funcionalidad. Se debe ofrecer una atención integral y resolutive, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Esto implica además, como equipo de salud, capacitación para abordar adecuadamente la realidad de los adultos mayores, de acuerdo a los propósitos planteados. En cuanto a las acciones de promoción de la salud, se continuará con actividad física, alimentación saludable y fomento de su participación en organizaciones sociales.

Objetivo General: Mejorar la calidad de vida del adulto mayor inscrito en la comuna, otorgándole una atención con enfoque biopsicosocial, centrado en el individuo, su familia y el entorno.

Problemas de Salud: Salud cardiovascular, Cáncer, Salud Respiratoria, Tuberculosis, Salud Sexual, Salud Mental, Salud Bucal, Funcionalidad, Artrosis.

Área estratégica Salud Mental

Objetivos específicos

1. Brindar atención integral a las personas que presentan problemas y/o trastornos de Salud Mental.
2. Promover el buen trato entre y para con los adultos mayores.

Metas.

1. Brindar atención según protocolo al 100% de los adultos mayores bajo control con diagnóstico de depresión según meta establecida por el PSMI del SSMS (GES)
2. 300 adultos mayores de las organizaciones de Adulto Mayor participan de actividades que promueven el buen trato.
3. Aumentar en un 50% la pesquisa de adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar.

5.9 Centro comunitario de Salud Mental Familiar < COSAM >

El Centro Comunitario de Salud Mental y Familiar de esta comuna, es una institución pública; en el plano administrativo depende directamente de la Dirección de Salud, que es parte de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) del municipio.

La organización interna en su planificación estratégica define algunos valores organizacionales centrales de su accionar: Compromiso, Respeto, Liderazgo y Participación. Este resultado surge a partir de la discusión grupal y refleja la necesidad de instalar estos valores en el quehacer cotidiano.

El equipo de trabajo está constituido por cinco Trabajadores Sociales, once Psicólogos, dos Terapeutas Ocupacionales, un Interno de Psiquiatría, una Psiquiatra Infanto Juvenil, dos Técnicos Sociales, dos Técnicos en Rehabilitación, cinco Administrativos, tres monitores,

una Técnico en terapias complementarias y tres Auxiliares de aseo. A excepción de los administrativos y los auxiliares, el resto del personal se divide en los diversos programas con diferentes cargas horarias y responsabilidades.

En su historia el COSAM se originó de un proyecto de Centros de Adolescencia de la Corporación Municipal de San Miguel, aprobado en 1984 y construido en parte de los terrenos pertenecientes al Estadio Municipal de San Miguel. El propósito inicial del establecimiento fue la atención de adolescentes de sectores marginales y pobres, especialmente consumidores de drogas. En el año 1992, se dividió la comuna de San Miguel, creándose las comunas de San Joaquín y Pedro Aguirre Cerda. La nueva autoridad municipal decidió por los antecedentes históricos del centro emprender la tarea de legitimarse como un espacio viable y necesario dentro de la estructura comunal. Se buscó también un equilibrio entre los distintos niveles de prevención respondiendo a algunas de las numerosas y urgentes necesidades de la comunidad y se intentó una real inserción dentro de la red de salud local, con una coordinación expedita con los distintos actores sociales de la comuna; el nivel secundario y terciario de salud y con las políticas centrales del Ministerio de Salud.

El espacio físico es agradable, posee varias oficinas destinadas a la atención clínica y otras dependencias, como la sala de terapia grupal, sala multiuso, un comedor, un gimnasio pequeño, los baños públicos; todo rodeado por muchos árboles, en un extenso patio que comprende un espacio llamado estación demostrativa, destinada al reciclaje y la siembra de diferentes especies; funcionan en el recinto además la biblioteca municipal, un salón de eventos dependiente de la administración comunal, una multicancha que depende del departamento de deportes municipal y la oficina del Departamento de Promoción de Salud.

El COSAM es una unidad intermedia de atención en salud, vinculado a la atención primaria de la comuna y a otras instancias como justicia y educación. Está constituido en programas específicos de atención, todos los cuales poseen normas técnicas y regulaciones del organismo central. Los aspectos relacionados con diagnóstico y tratamiento son orientados

y supervisados por la Red de Salud Mental del SSMS, desde aquí surge el equipo de psiquiatría con modelo comunitario de atención, para la revisión y resolución de casos más complejos.

5.9.1 Áreas estratégicas de intervención en COSAM

Las áreas estratégicas de intervención son transversales respecto del ciclo vital y abarcan en cobertura a la totalidad de la población inscrita en los CESFAM, a saber:

1. Área estratégica Clínico Comunitaria

Objetivo 1: Conocer los sectores de la comuna con mayor prevalencia de problemas y/o trastornos de Salud Mental.

Meta: Realizar un mapa epidemiológico con el 100% de los principales problemas y/o trastorno que se registran a tratamiento durante el primer semestre de 2011

Estrategias

1. Coordinación con Secplan para asesoría y apoyo en mapa y programa computacional para georeferenciar información.
2. Unificación de criterios diagnósticos y registros.

Objetivo 2

1. Fomentar estilos de relaciones saludables al interior de la familia y comunidad.
2. Brindar atención integral a las familias ingresadas en COSAM que presenten niños/as y/o adolescente con problemas y/o trastornos de Salud Mental de moderada a severa complejidad.

Metas.

1. 1000 personas reciben información sobre estilos de relaciones saludables en las familias y comunidad.
2. 30% de los niños/as y adolescentes de las familias ingresadas participan de actividades preventivas.
3. 75% de las familias ingresadas pertenecen al perfil de atención de COSAM.
4. 30% de los niños/as y adolescentes de las familias ingresadas reciben alta terapéutica.

Objetivo 3

1. Promover el cuidado de la Salud Mental en la población adulta y adulta mayor con énfasis en relaciones de colaboración y solidaridad
2. Brindar atención integral a las personas adultas y adultas mayores que presenten problemas y/o trastornos de Salud Mental de moderada a severa complejidad.

Metas

1. 50% de las organizaciones de adulto mayor activas en la Unión Comunal de Adulto Mayor participan de actividades que promuevan la Salud Mental.
2. En 8 organizaciones sociales se realiza taller preventivo en la temática de VIF hacia las mujeres y adulto mayor.
3. 30% de las personas adultas y adultos mayores ingresadas participan de actividades de buen uso de su tiempo libre
4. 75% de las personas adultas y adultos mayores ingresadas pertenecen al perfil de atención de COSAM
5. 30% de las personas adultas y adultos mayores ingresadas reciben alta terapéutica

2. Área estratégica Tratamiento de Alcohol y Drogas

El programa comunidad terapéutica “Aquí y Ahora“, es un programa de rehabilitación del consumo problemático a sustancias que comienza su funcionamiento el año 1998, como programa de tratamiento de drogas y alcohol COSAM-PAC, con fondos provenientes de un

convenio efectuado con FONASA, CONACE, MINSAL y el Municipio, donde se garantiza la atención a través de cupos de tratamiento.

Posee características de un centro de especialidad, de carácter ambulatorio, que ejecuta sus intervenciones según grados de complejidad del usuario, a través de planes de tratamiento intensivo, básico y/o Planes de atención individual. Posee un subprograma de intervención familiar, atención de hombres agresores por VIF en contexto judicial, todo lo anterior desde una perspectiva bio-psico-social

El grupo objetivo son varones y mujeres mayores de 20 años adscritos a FONASA, que presenten consumo problemático de alcohol, drogas o ambos, derivados del sistema de APS, sector justicia y consultas espontáneas y que respondan al perfil de ingreso. Se incorporan, como sujeto de atención, aquellos familiares de consumidores de sustancias (siendo este o no paciente del programa) adscrito a FONASA.

Objetivo general del programa Drogas.

Promover la identificación de las personas dependientes al consumo de drogas, quienes tienen una problemática en común; desarrollar la autonomía por sobre la dependencia, que permitirá la experiencia de sanación a partir de un grupo terapéutico, en donde conviven las diversidades propias de cualquier sociedad humana. Así el participante se ve involucrado y aprende en la práctica a buscar soluciones y ponerlas en práctica, compartiendo sus éxitos y fracasos. La modalidad de comunidad terapéutica busca facilitar, a través de la lógica del aprendizaje comunitario, colaborativo y cooperativo, la recuperación de las personas.

Plan Ambulatorio Básico (PAB)

Objetivo: Mejorar la calidad de vida de las personas que sufren Trastornos por dependencias a alcohol y/o drogas, a través de la participación en un tratamiento que les permita generar abstinencia y un estilo de vida compatible a ella.

Metas

1. Brindar atención al 100% de las personas con problemas de abuso y dependencia a alcohol y/o drogas que respondan al perfil de ingreso a la modalidad PAB.
2. Lograr 50 % de abstinencia en población bajo control, durante 6 meses.

Plan Ambulatorio Intensivo (PAI)

Objetivo: Brindar atención a personas con trastorno por dependencias con daño moderado a severo, desde una perspectiva psicosocial a través de la estabilización, disminución del síntoma y rearticulación de las redes que posea o la creación de nuevas.

Metas.

1. Brindar cobertura al 100 % de los consultantes que respondan al perfil de ingreso según lo establecido por convenio CONACE-FONASA-MINSAL
2. Lograr 30 % de abstinencia en población bajo control durante 6 meses

Área Familia. Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los familiares de consumidores de sustancias, a través de su participación en procesos terapéuticos individuales y grupales.

Metas.

1. Incrementar en un 50% el promedio de participación de familiares en Taller de Familia según lo observado en 2010
2. Realizar en el 90% de las personas que ingresan a las modalidades de tratamiento PAB y PAI consejería familiar.

3. Área estratégica GES consumo perjudicial o dependencia a drogas en adolescentes

Objetivo: Entregar un conjunto de prestaciones de carácter resolutivo a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biopsicosocial moderado.

Metas.

1. Pesquisar y atender al 100% de los adolescentes con consumo perjudicial o dependencia a drogas según meta del Plan Integral de Salud Mental establecida en convenio SSMS.
2. 75% de los adolescentes pesquizados terminan la fase correspondiente a seis meses de tratamiento.

4. Área estratégica Atención a hombres que ejercen violencia

Población: Hombres que ejercen violencia hacia las mujeres derivados de tribunales, con o sin consumo problemático o dependencia a alcohol y drogas.

Objetivo: Brindar apoyo psicoterapéutico para que desarrollen habilidades que le permitan romper los círculos de violencia, desde una perspectiva de género.

Metas.

1. Atender al 100% de los hombres que ejercen violencia hacia las mujeres derivados de instancias judiciales que cumplan con el Perfil de COSAM.
2. 50% de los hombres que ejercen violencia hacia las mujeres finalizan tratamiento contemplado en sentencia judicial.

5. Área estratégica Programa Habilidades para la Vida

Misión: Entregar herramientas a los escolares, profesores y apoderados del primer ciclo básico, que permitan mejorar las habilidades y competencias psicosociales en los niños.

Grupo Objetivo: Niños, profesores, directivos y padres y/o apoderados de pre-kinder a cuarto año básico.

Objetivos:

1. Elevar el bienestar psicosocial

2. Desarrollar competencias y habilidades personales (relacionales, afectivas y sociales)
3. Disminuir los daños de Salud Mental (depresión, alcohol, drogas, conductas violentas, etc.).
4. A fin de contribuir al éxito en el desempeño escolar, elevar los niveles de aprendizaje, disminuir la repetición y el abandono escolar.

Para dar cumplimiento a estos objetivos cuentan con las siguientes actividades con indicadores definidos para cada una de ellas:

- Actividades de Promoción de conductas saludables.
- Actividades de Talleres Promocionales para educadoras y padres de pre-kinder y kinder.
- Actividades de Autocuidado del Profesor.
- Prevención de conductas de riesgo.
- Detección de conductas de riesgo.
- Derivación de niños a redes locales.

6. Área estratégica Integración Social.

Grupo Objetivo: Usuarios ingresados al programa tras evaluación integral, que padezcan de algún tipo de discapacidad psíquica o mental tales como EQZ, Retardo Mental, Asperger, Daño Orgánico, entre otros, que vivan en contexto familiar o comunitario (residencias y/o hogares protegidos). De la misma manera también son sujeto de intervención sus familias o referentes emocionales relevantes y las comunidades en las que viven, mediante acciones desmitificadoras de la discapacidad.

Objetivo General: Potenciar la integración familiar y comunitaria de usuarios con Discapacidad psíquica y/o mental mediante el desarrollo y/o potenciación de habilidades sociales de los usuarios, generando mediante acciones inclusivas el diálogo necesario entre el usuario, su familia y comunidad, facilitando la rehabilitación y mantención de los usuarios en sus contextos familiares y comunitarios.

Metas.

1. Brindar atención al 100% de las personas ingresadas al programa de integración social Somos Arcoiris
2. Realizar 5 actividades psicoeducativas hacia la comunidad sobre integración de personas con discapacidad psíquica o mental.
3. Lograr una participación de al menos seis meses de cada usuario ingresado al programa

5.9.2 Proceso de ingreso

El flujo de personas que ingresan a tratamiento, corresponde a las siguientes situaciones:

Centros de salud: con diagnósticos asociados a Trastornos Ansiosos, Trastornos Emocionales, Trastornos del Desarrollo, Trastornos de personalidad

Requisito de Ingreso: Interconsulta, Mayor de 6 años, Usuario FONASA, No continuar con tratamiento psicosocial en CESFAM.

Tribunales: cuyos motivos de derivación corresponden a Evaluación y Tratamiento, con diagnósticos asociados a VIF víctima/ Agresor, Habilidades Parentales, Consumo de Drogas y/o alcohol, Estrés Post Traumático.

Requisito de Ingreso: Derivación Judicial, Usuario FONASA

Otros centros de la RED (Casa de la Mujer, OPD, Dpto. Social de la municipalidad): con diagnósticos correspondientes a Trastornos Emocionales, Trastornos del Desarrollo, Trastornos de personalidad, Habilidades Parentales, Maltrato – VIF- Abuso

Requisito de Ingreso: Interconsulta, Usuario FONASA

Constituyendo otros de la RED a la

Espontáneo: con diagnósticos asociados a Violencia Intrafamiliar (género y Generacional y abuso) Víctima y Agresor, Consumo perjudicial en adultos y adolescentes

Requisito de Ingreso: Usuario FONASA, Solicitud de Hora señalando motivo de consulta en Secretaría

El proceso de ingreso de todos se determina de la siguiente manera:

Primera Consulta: a cargo de una Trabajadora Social o la Terapeuta Ocupacional, se realiza la recepción del usuario, se define el motivo que origina la consulta, la recopilación de datos administrativos, el Encuadre y el Consentimiento informado del solicitante.

Luego de este proceso el resultado puede ser alguna de las siguientes alternativas:

- Obtener una hora de seguimiento para continuar con el ingreso.
- Ser derivado a algún Programa y continúe siendo atendido por otro profesional.
- Ser derivado a otra institución con una interconsulta o una derivación asistida, esto es que se lleva, en ese momento, una cita a ese otro centro.

Segunda Consulta: realizada por el/la misma profesional, se reelabora el motivo de consulta propio del paciente, se establecen prioridades para el tratamiento psicosocial y se elabora de manera conjunta el genograma. El resultado de esta segunda fase puede obtener las mismas alternativas que en la primera consulta que concluirán con la continuidad o derivación del solicitante.

Tercera Consulta: en esta instancia se establece un plan de tratamiento inicial acordado con el paciente, se realiza el Test de la Persona Bajo la Lluvia y la aplicación de otras herramientas como Círculo Familiar o Ecomapa y se realiza Psicoeducación. Después de esto si requiere terapia psicológica es derivada al programa con una hora para el profesional correspondiente; y, si no requiere de ella se realizan actividades de intervención psicoeducativas y de trabajo e inserción comunitarios. (Documento de Trabajo, 2010)

Existe un trabajo grupal además de los ya señalados por el programa, que corresponde a:

Grupos de observación: cuya población objetiva son niños con observación diagnóstica de déficit atencional, que se realiza en la sala de espejo, con un médico asistente de alguno de los CESFAM y el o los psicólogos que estén participando en el proceso de diagnóstico y definición del tratamiento. Paralelamente se realiza un taller a los padres sobre pautas de crianza; con dos sesiones semanales. El taller dura cuatro sesiones por grupo, se reúnen una vez por semana y lo realizan una trabajadora social y/o una Terapeuta Ocupacional.

Existen además cuatro talleres (relajación, bordado en cinta, repostería básica y plantas medicinales) realizados por una monitora, que se efectúan en dos tandas durante el año y abiertos a la comunidad, con una cobertura aproximada de 25 personas por taller.

5.9.3 Datos estadísticos de COSAM

Los antecedentes que se entregan a continuación son informaciones acerca del número y características de las personas que ingresan al COSAM, se ordeno en tablas y corresponde a la información básica relacionada con la presente investigación. Esta referida a tipo de diagnóstico y los profesionales que realizan los ingresos. Se agrega además el origen del ingreso que muestra el flujo de la demanda de atención en Salud Mental y el número de ingresos por grupos de edad.

Tabla N°5: Número de personas ingresadas a COSAM, según diagnóstico de ingreso.
Enero – septiembre de 2010.

Diagnóstico de Ingreso	N°
Abuso Sexual	5
Depresión Severa	3
Alcohol y/o Drogas	191
Esquizofrenia	9
Maltrato Infantil	5
Psicosis Orgánica	2
Retardo Mental	15
Déficit Atencional con o sin hiperactividad	83
Trastorno Emocional y del Comportamiento Infanto adolescente	152
Trastorno de Ansiedad	48
Trastorno de Personalidad	13
Trastorno Emocional	50
VIF Agresor	68
VIF Víctima	21
Sin Información	9
TOTAL	674

Fuente: Libro de Ingresos COSAM-PAC

Tabla N° 6: Número de personas ingresadas a COSAM, según profesional y número de profesionales por disciplina que realizaron esta acción. Enero – septiembre de 2010.

Profesional	N°
Trabajador Social (6)	371
Psicólogo (9)	58
Técnico en Rehabilitación (2)	130
Terapeutas Ocupacionales (2)	102
Otros (monitor) (2)	13
TOTAL	674

Fuente: Libro de Ingresos COSAM-PAC

Tabla N° 7: Número de personas ingresadas a COSAM, según origen de ingreso. Enero – septiembre de 2010.

Origen de la derivación	N° PS
Red Salud	308
Otros de la Red	94
Consulta espontánea	111
Judicial	148
Sin información	13
TOTAL	674

Fuente: Libro de Ingresos COSAM-PAC

Tabla N° 8: Número de personas ingresadas a COSAM, según grupos de edad. Enero – septiembre de 2010.

POR GRUPOS DE EDAD	N°
0 a 9	150
10 a 19	132
20 a 29	107
30 a 39	108
40 a 49	97
50 a 59	54
60 a 69	15
70 a 79	11
TOTAL	674

Fuente: Libro de Ingresos COSAM-PAC

Estos datos hacen fluctuar el número de ingresos, en el sentido que aumenta y se complementa con las intervenciones familiares, así por ejemplo, cada ingreso de un menor de edad involucra necesariamente la intervención de un adulto significativo, que generalmente es la madre; o en el ingreso de una persona de edad adulta en el programa de tratamiento de alcohol y drogas implica el acompañamiento de alguien cercano, quienes se hacen parte del proceso de tratamiento.

PARTE III
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO VI

Intervención Social de los Trabajadores Sociales en Salud Mental

La elaboración de este capítulo se realiza a través del relato de los trabajadores sociales, en torno a las experiencias vividas en y desde su labor de intervención social que se vuelve diversa en medio de diferentes procesos de relación, con la institucionalidad, con las familias intervenidas y con los equipos de trabajo. El presente estudio nos permitió mirar esta experiencia en el campo de intervención de la Salud Mental, mediante el relato de sus protagonistas.

La intervención social, se inicia desde el comienzo de la relación con las personas que demandan atención y que son derivados desde los diversos programas del Ciclo Vital de los CESFAM o que son atendidos en el centro de Salud Mental por estar manifestando una problemática específica asociada a esta área.

6.1 Respetto de las funciones de los Trabajadores Sociales

Las funciones desarrolladas por los Trabajadores Sociales en Salud Mental están definidas según el centro, si corresponde a la atención primaria, que en el caso de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, incorpora al COSAM, en cualquiera de las dos alternativas. Las prestaciones determinadas por el Plan de Salud Mental, implican casi todas las actividades a excepción de las consultas médica o psiquiátrica (esta última sólo en COSAM) y la psicoterapia individual y/o grupal. Y, las funciones son definidas de acuerdo a la organización de cada centro.

a. Proceso de Ingreso y acogida de la familia

En los CESFAM de la comuna, en general corresponde atender la consulta de cualquiera de las actividades determinadas para el programa, con excepción de la consulta médica y la

psicoterapia individual y/o grupal. Entonces al realizar las consultas de salud mental es donde empieza a reconocer y evaluar la situación de conflicto a intervenir.

“... siento que en general el Trabajador Social, desde el punto de vista de la intervención que hacemos en salud, con este tipo de familias, en general, hacemos como la acogida de esta familia, a nosotros mayoritariamente nos derivan los otros profesionales de todo”. (TS 2)

TS 5 refiere: *“es muy alto el rango por lo que te pueden derivar”*.

La referencia de TS 5 respecto del alto rango por el que les pueden derivar personas es debido a la percepción, al interior de los equipos de salud en la atención primaria, de que con las familias multiproblemáticas específicamente, las posibilidades de acotar los problemas y priorizarlos o definirlos pasa por la evaluación que ellos puedan realizar. Se confirma esta posición de ellos frente al equipo y la evaluación que estos pueden hacer de las familias al referir:

“... yo lo primero que hago es preguntar para no terminar de sorprenderme, de que la gente nunca sabe por qué va”. (TS 3)

TS 1 refiere: *“nunca saben por qué van, pero eso ya dice algo”*.

En algunos centros y en algunos casos, si no les ha quedado claro a las personas porque son derivadas al programa de Salud Mental, en esta consulta con el Trabajador Social se deberá esclarecer esa problemática. Cabe señalar que, la relación de los diagnósticos de morbilidad con manifestaciones asociadas a problemas de Salud Mental es algo que también de alguna manera se conversa en esta primera instancia. Aunque las consultas de las familias multiproblemáticas pueden ser reiteradas, por lo tanto cada consulta tendrá un motivo que dio origen a la derivación o la demanda de la misma.

Otro de los Trabajadores Sociales, quien además posee la mayor cantidad de años de desempeño en la atención primaria, señala que:

“... hemos podido instalarnos de otra manera, de hecho... de repente nos mandan cualquiera que llora. Estamos validadas, además, como el gran contenedor psicosocial de la atención primaria”. (TS 1)

TS 5 reafirma: *“es como capaz de resolver todo”*.

Esta es una aseveración que da cuenta por una parte de la autopercepción de los trabajadores sociales respecto de su trabajo y por otra, de la confianza depositada en estos profesionales por el resto del equipo, que es posible porque es reconocido y valorado el tiempo que ellos dedican a escuchar y atender al paciente; en la lógica que todo aquello que no sea un problema específico de morbilidad o pueda ser derivado de él, debe ser más extenso de analizar.

“...en el fondo es, como uno genera un diagnóstico que logre identificar cómo aparece esta famosa hipertensión y eso tiene que ver con estresores familiares, dinámicas familiares conflictivas con estilos de vida pocos saludables”. (TS 3)

En otros casos, en la derivación al Trabajador Social, cuando el paciente puede traer consigo un diagnóstico común de morbilidad, en la comprensión de que este diagnóstico pueda estar asociado a otras complicaciones en la vida de las personas y sus grupos familiares o se puedan inferir a partir de los mismos.

“... sabes, que desde lo que yo hago, es un poco distinto, parece que a la entrada que hace TS 3, porque de verdad a mí me da lo mismo por lo que llegan a mi oficina, si es la hipertensión, el trastorno hiper cinético, sea lo que sea, porque mi mirada no va por ahí...”. (TS 1)

Esta segunda referencia hecha por TS 1, está asociada a que en general en la atención de salud el diagnóstico médico es de mucha importancia y si son derivados a la trabajadora social será en el entendido de que ella deberá evaluar otros antecedentes del grupo familiar:

“... mi mirada va en como yo veo esa familia estructuralmente, no se si con este modelo de salud familiar, tendré mas agudizado el ojo, pero yo lo primero que me fijo en término de relaciones, de roles, interacciones, alianzas, coaliciones, me fijo en ese tipo de pautas de conducta de las familias”. (TS 1)

Esta acción de evaluar los aspectos relacionados con la dinámica familiar en el entendido de que las familias consultantes podrían manifestar complicaciones en este aspecto, situación que es confirmada por parte de TS 2:

“... o sea, yo creo que si no es el 100%, es el 99% de las familias, que atendemos que tiene una dificultad económica dentro del diagnóstico del problema que se ve, definitivamente hay un tema económico de por medio”. (TS 2)

TS 6 confirma, en su caso respecto de los ingresos a COSAM:

"Claro las que llegan acá, son familias multiproblemáticas...".

Surge la denominación de familia multiproblemática que dentro de sus antecedentes señala la influencia de la condición económica en la presencia de diversos problemas asociados a la Salud Mental de las mismas, referida así:

(...) en 1955 sobre la influencia de la clase social sobre la salud mental. ... que describen es la de la pobreza y la marginación social y muestra un panorama psiquiátrico donde proliferan al alcoholismo, las drogodependencias, la delincuencia, los malos tratos y el abandono de niños. (www.redsistemica.com.ar)

Familias multiproblemáticas, que como señala Magdalena Rodríguez (1999) refiere en una de las definiciones posibles, como:

Familias suborganizadas: *para resaltar las características disfuncionales desde el punto de vista estructural debido a las graves carencias de constancia en el desarrollo de los respectivos roles sobre todo a nivel del subsistema parental. (Ibíd.) (www.redsistemica.com.ar)*

Esta condición estructural da cuenta de la realidad experimentada por las familias a nivel socioeconómico, que está presente y que los demás participantes del grupo focal confirman, es una característica y puede ser también analizada como un obstaculizador en la intervención de los profesionales.

Junto con evaluar aspectos estructurales en el inicio de la intervención, los trabajadores sociales, también observan la disposición al cambio que estas familias puedan presentar,

“...voy viendo en qué etapa podrán estar, si están en la etapa de precontemplación o contemplación, para saber dónde me voy a ir a meter,... de verdad el síntoma por el que llegan a la oficina,... me da lo mismo”. (TS 1)

En general la evaluación de motivación al cambio es fundamental en el proceso de ingreso, pues aporta los primeros indicios respecto de los objetivos de trabajo con esa familia que se debiesen contemplar en el plan de intervención. Según señala Escartín la:

Intervención es una acción específica del trabajador social en relación a los sistemas o procesos humanos para producir cambios y dicha acción es guiada por el conocimiento, valores y habilidades del trabajador social hacia la consecución de metas específicas. (Escartín, 1998: 27)

Por su parte, en COSAM de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, una de las funciones de los trabajadores sociales corresponde a la realización de los ingresos que, como se señala en el marco referencial, estos realizaron en el período enero-septiembre de 2010, correspondiente a 371 procesos de ingreso del total, del mismo período, de 674 personas. (ver en Tabla N° 6. M. R.)

Los trabajadores sociales entrevistados que desarrollan funciones en COSAM, amplían el contexto de la intervención, refiriéndose así a su labor:

“Ahora, viniéndome a trabajar a un lugar especializado de Salud Mental,... me vuelvo a encontrar con la expectativa y que es lo que le pasa al otro con la derivación hacia mí.... tengo que empezar a cachar, ya ¿cuál es mi rol, entonces, en este espacio?, ¿desde dónde yo apporto? ¿Cuál es la mirada que yo puedo tener?”. (TS 4)

Al contemplar la expectativa de las personas con el ingreso a COSAM se inicia un proceso de co-construcción diagnóstica y,

“... cómo construyo con ella más allá, de lo que yo vea que necesite..., desde mí, que puede ser, que yo lo vea así... cómo construimos con esta persona lo que efectivamente a ella..., le interesa...”. (TS 6)

Y además TS 4 señala:

“...nosotros no nos podemos olvidar que estamos en un contexto y ese contexto es salud y de un sistema de salud que está organizado, normado y que tiene una ideología dominante, igual sobre lo que nosotros tenemos que entender de los problemas de las personas”.(TS 4)

Y de como estos inciden en la salud de las personas con un enfoque más integral de los sujetos:

“...siento que tanto problema social, lo patologizan en salud mental. ... hay que ir acotando para que no patologizemos todo, la tendencia por lo menos del pensamiento hegemónico es a la patologización...”. (TS 4)

La intervención de los trabajadores sociales en estos centros de salud involucra varios aspectos, y además del recién mencionado respecto de la acogida e ingreso, y está aquel referido al proceso de tratamiento propiamente tal.

b. Aspectos relacionados con la Intervención clínica

La intervención clínica es la que corresponde a la elaboración de diferentes aspectos relacionados con la configuración del problema que el sujeto trae consigo y la construcción de las alternativas de solución.

Dicha acción involucra el uso de las diferentes técnicas de los distintos modelos de intervención social que aplican los trabajadores sociales,

“...el manejo de técnicas, por ejemplo, para cambiar, ir controlando, darle tareas a la gente, volver a citarlos. Tener la posibilidad de hacer un seguimiento más acucioso de los casos, de manejar técnicas para intervenir en generar cambios...”. (TS 3)

En esta referencia, se señala al control de las tareas dadas o el seguimiento de cada caso, ambas acciones proyectadas hacia el cambio en el estilo de vida que propicie el traspaso de una situación inicial de conflicto a otra,

“Generar otras estrategias más pedagógicas, que tiene que ver con más simplicidad para poder incorporar cambios, cambios en el estilo de vida...”. (TS 3)

En términos generales como señala este trabajador social:

“... la intervención tiene que cruzar por los ámbitos promocionales, preventivos y de tratamiento. Yo si lo incorporo: váyase a hacer educación física acá, algún pequeño análisis de lo que tienen que ir modificando en el hogar”. (TS 3)

Dentro de la intervención global que la persona pueda tener en salud, surge como crítica la falta de una atención más integral que significa la complementación en el abordaje de lo biopsicosocial,

“... si lo que me da lata, es que a esa persona que le dieron Fluoxetina, que le dieron Diazepam para la noche y se vaya para la casa sólo con el tratamiento farmacológico.¿ Cómo aportamos a generar un cambio en esa familia?, cómo potenciamos al resto de la familia...”. (TS 2)

Los modelos seleccionados en este estudio permiten comprender la fundamentación teórica de la intervención social que realizan, esta trabajadora social refiere:

“Cuando tu preguntas cuál de esos tres modelos yo me siento súper ecléctica, yo saco de los tres modelos lo que mejor me acomoda, va dependiendo de la situación, la familia, dependiendo de los que yo voy mirando, así que no me caso con ninguno, para mi los tres son buenos en determinadas etapas...”. (TS 1)

Ante esta aseveración los demás participantes del grupo reafirman y generan el siguiente diálogo:

“...no me imagino con uno, como que lo encuentro limitado, como los psicólogos que tienen como...”. (TS 6)

“lo cognitivo- conductual, psicoanalista...”. (TS 3)

“yo creo que es algo característico además de ellos”. (TS 6)

En relación con esto, la comprensión que se hace desde el Trabajo Social es qué se entiende y cómo se articula el sistema para intervenir con las personas y de cómo los

profesionales psicólogos pueden no incorporar elementos externos al sujeto que inciden en su conducta. Y en este sentido, cuando ello ocurre, se dice que existe una “... *tendencia psicologizante...*”. (TS 5)

La intervención, en salud mental, relacionada con el modelo psicosocial, que involucra ambas miradas, psicológica y social, incorpora bajo este mismo concepto la labor de intervención de los trabajadores sociales como cuando...

Un trabajador social clínico está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer de servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud. (Ituarte, 1992: 5)

La referencia a continuación señala la tensión que existe entre los campos de intervención profesional entre la Psicología y el Trabajo Social,

“Pasa que de repente la gente que llega, con la expectativa de que la vea un psicólogo.... Pero cuando yo me enfrento, no necesariamente tiene que ir a psicoterapia o la tengo que derivar a otra cosa. A lo mejor hay cosas que yo como trabajadora social puedo hacer, en el entendido que mis intervenciones pueden ser tan efectivas como las de un psicólogo o la de otro profesional...”. (TS 6)

La intervención del profesional trabajador social parte por conocer para posteriormente definir los pasos de la acción, iniciándose con la motivación de las personas para que inicien procesos de cambio respecto a estas problemáticas de Salud Mental.

“... voy a mirar la otra parte de cómo se están comportando como familia y desde ahí concensuado con la familia hago un plan de acción”. (TS 1)

Para complementar y desde situaciones específicas de la atención referidas a las metodologías de intervención hasta aquellos aspectos globales, esta trabajadora social señala

“... y por eso últimamente yo lo que más hago, son consejerías familiares, me acomoda mucho la metodología, porque ahí también aplico otras cuestiones, por ejemplo, empezar a problematizar con la familia para donde se dirigen ellos, qué es lo que quieren, qué es lo que los hace más felices y trabajar desde ese ámbito y como el sistema es sinérgico, lo más probable y de seguro que eso les va afectando su tema con sus mismas enfermedades”. (TS 1)

La perspectiva siguiente ratifica lo anteriormente dicho, referido a la expectativa del usuario y cómo esto puede generar una posible discordancia respecto de lo que le puede aportar la institucionalidad de salud.

“... sin embargo, yo siento que igual nos encontramos con las expectativas de los usuarios, que las expectativas no siempre tiene que ver con lo que nosotros estamos pensando en este diálogo que tiene la institucionalidad con los usuarios”. (TS 4)

La evaluación inicial que hace la trabajadora social de la situación conflicto, determina de alguna manera las acciones a seguir y en el campo de la Salud Mental éstas se definen básicamente hacia la intervención familiar junto con abordar la sintomatología específica que es el motivo de consulta e ingreso a tratamiento.

6.2 Respetto del rol de los Trabajadores Sociales

En el relato de los trabajadores sociales respecto de su rol en el área de Salud Mental se aproxima con mayor exactitud a la temática referida al diagnóstico como un tema a enfrentar y resolver con las familias consultantes,

“... estaba pensando en una señora que hoy día me derivaron para ingreso en Salud Mental por depresión ¿hace cuánto tiempo se está sintiendo así?.... No en realidad hace tiempo, pero desde que el doctor me dijo que tenía depresión me he sentido peor. Es como que asumen el diagnóstico”. (TS 2)

TS 1 refiere: “hay alguien que dice que el diagnóstico mata...”.

“... de verdad no se si mata pero marca, entonces cuando yo empiezo a trabajar con esta familia, más que con el diagnóstico propiamente tal, con el que llegan, yo creo que la primera gran intervención o la primera gran apuesta, es sacarle ese peso que traen, con el diagnóstico. Hay es donde yo también apelo a la intervención biopsicosocial, yo también soy una activista de todo lo complementario, una mirada totalmente distinta al resto del equipo, en el modelo médico mucho más estancado de los avances que se cree”. (TS 2)

Señalando que a pesar de lo “estancado” que resulta aún el modelo sanitario aunque se implementen lentamente algunos cambios con el modelo de salud familiar, los profesionales trabajadores sociales parecen incentivar y mantener la mirada más allá de lo que se impone ver. Confirmando luego:

“Igual van por eso (Diagnóstico), pero yo creo que hay que mirar otras cosas”. ... que tenemos la capacidad de mirar mas allá de lo que miran los otros, de ampliar la intervención”. (TS 2)

“... cuando hablamos de las familias multiproblemáticas y como las intervenciones que logramos hacer...”. Siempre que me llega alguien por... por descompensación de hipertensión pa’ seguir con el ejemplo de la AB, termino trabajando con otro tema absolutamente distinto por el que llegó esta persona”. (TS 2)

Por su parte, otra de las profesionales refiere y argumenta de la siguiente manera:

“Por lo menos a mi me ha pasado también, cuando yo estaba en el Neghme, si bien el modelo (de Salud Familiar) estaba bastante poco implementado, me imagino que hoy día esta más implementado, pero me pasaba que era como una norma derivar a todos los recién nacidos a la consulta de asistente social.” (TS 4)

Entonces, en la lógica de comprender el rol que desempeñan en el área de Salud Mental y por lo tanto, las diferentes acciones asociados a éste es amplía y relevante lo que genera un constante cuestionamiento respecto de cómo podrían elaborar otras respuestas frente a esas problemáticas, considerando cada caso en su integralidad.

“... cuando yo llegué a trabajar y me llegó el primer recién nacido a la consulta decía, cuál es la lógica que hay detrás de por qué me lo derivan a mi, para poder entender entonces cuál era mi rol, cuál es el aporte que

yo podía realizar en ese espacio, entonces ahí empiezas a mirar y a decir claro, efectivamente, uno de aquí puede hacer un aporte, porque tiene que ver con potenciar ciertas cosas pero también seguir algunos lineamientos... y algunas cosas que uno se va aprendiendo". (TS 4)

Incorpora además en su relato,

"...y vuelve a tomar fuerza el tema de lo psicoeducativo y también de alguna manera, me pasó, que le estoy agarrando cada vez menos interés al tema del diagnóstico, esto como que cada vez me importa menos, el motivo por el cual llegan o el diagnóstico o esta definición, o este cartelito con el cual llega la gente, depresiva o de trastorno de personalidad, o lo que fuera, y menos me importaba si es que la persona no conocía su diagnóstico, si es que no tenía claridad de qué es lo que estaban pensando que ella tenía. Yo siento que nosotros podemos hacer diagnósticos súper acabados, pero si hacemos diagnósticos para nosotros, como profesionales, da lo mismo..., lo importante es que le sirva a la persona que está parada delante de nosotros, podemos tener toda una teoría de lo que le pasa a esta familia pero...". (TS 4)

La intervención en esta primera parte del proceso de atención en salud primaria, de los trabajadores sociales, es informativa y de facilitador ante las situaciones que deban enfrentar. Ituarte señala respecto de la actitud del trabajador social frente a la acogida de los usuarios...

En el planteamiento terapéutico el trabajador social se coloca ante el cliente en posición de escucha, de aprendizaje: sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarle a comprender, a su vez, qué es lo que sucede y de qué manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades. ... si esas personas no logran una mayor comprensión de su situación vital, de sus propias fuerzas interiores ... y de las formas que puedan manejar sus propias capacidades y los recursos externos para lograr un mayor bienestar, ... se convierten en demandantes crónicos de recursos y servicios, lo que... las más de las veces, les lleva, poco a poco, a la marginación. (Ituarte, 1992: 4)

Esta autora nos plantea de forma clara que la diferencia como un usuario atendido por un trabajador social podría correr menos riesgos de volver crónico su padecimiento, sobre todo, cuando éste tiene una sola lectura unívoca relacionada con su estructura emocional, por ejemplo. Esto se refuerza en el centro de especialidad de salud mental, y contribuye a

que todos, usuarios, profesionales, sistema, establezcan una nueva forma de diálogo entre sí.

“...entonces cuando me vengo para acá (COSAM), me pasa que también tengo que empezar a cachar, ya ¿cuál es mi rol, entonces, en este espacio?, ¿desde dónde yo apporto? ¿Cuál es la mirada que yo puedo tener?, porque claramente venirme para acá no significaba venirme para hacer ingresos o visitas domiciliarias, que es un poco la mirada mas tradicional que pueden tener los otros profesionales del rol que tu ejercis. Acá por suerte estaba TS 6 de directora entonces había una validación de lo que era el Trabajo Social, pero a mi, en lo particular, me significó ponerme a pensar, bueno desde dónde apporto, ¿cómo apporto yo en esta problemática específica que trae el otro? (TS 4)

Implícitamente entonces la función desempeñada por los trabajadores sociales en COSAM, de realizar los ingresos se fundamenta en la responsabilidad de incorporar los objetivos de la intervención a través de la elaboración del plan de acción, entendido como una acción conciente, que tiende a facilitar la reconstrucción de aquella situación de conflicto.

Un diagnóstico útil entre la investigación y la intervención planificada; que le otorgue sentido a la primera determinando, por su propia estructura, qué datos son o no atingentes; qué hechos importan y en qué medida; qué nos importa analizar significativamente de esos datos, al mismo tiempo que facilite el estudio eficiente de la prefactibilidad de los cambios propuestos; y, en consecuencia, que haga posible planear e instrumentar la acción de acuerdo a objetivos profesionalmente claros que liberen al Trabajo Social de los riesgos de la improvisación y el inmediateismo. (Quintero et al., 1985: 49)

En relación con los contextos de trabajo menciona una de las integrantes de grupo:

“...porque en el centro de salud igual hay una construcción colectiva de qué es lo que tiene que hacer el Trabajador Social, ahí en ese espacio, porque te lo derivan. No explicita muchas veces. Hay cosas que uno tiene que ir cachando. Hay centros en que tiene mayor validación y otros en que tiene menor validación”. (TS 4)

Argumentando además que:

“...uno no puede desconocer los contextos, y yo creo que hay contextos menos propicios para el desarrollo de algunas cosas y que te van a querer mantener ligado a cierto rol”. (TS 4)

Se recuerda en conjunto en la instancia del grupo focal que en algún momento habían intentado coordinarse para discutir y consensuar posiciones frente al rol del Trabajo Social en salud a nivel local o responder a la contingencia del mismo.

“Se acuerdan hace unos años atrás, cuando inventamos las reuniones de social de toda la comuna y generó una complicación, no se quién reclamó... parece que las enfermeras, las nutricionistas reclamaron, que por qué no tenían reunión ellas también, que nos suspendieron las reuniones que nosotros estábamos armando y que tenía que ver con poder organizar... y de pensar en nuestro quehacer y poder potenciar ciertas cosas, entonces yo creo que siempre de alguna manera a lo mejor porque las características de la profesión o características de personalidad de los que estamos ahí, pero siempre hemos sido mirados como que podemos revolverla mucho”. (TS 4)

Las distintas dinámicas de interacción al interior de los centros ofrece diferentes escenarios para la acción de los trabajadores sociales,

“Yo siento que en eso claramente hay algunos espacios que son más limitados y por ejemplo el estilo de liderazgo de la (Directora de uno de los CESFAM) siempre ha sido un estilo de liderazgo dictatorial... o sea a ella se le ocurre una cuestión y la define”. (TS 4)

Otra trabajadora social refiere al respecto que...

“.... eso depende de los centros, insisto, yo estoy feliz en el mío por lo menos hasta el año pasado, diciembre del 2009, porque hemos sido súper libres... eso que decía la Alejandra del quehacer del servicio social, nosotros fuimos haciendo otros filtros; no citábamos a todos los recién nacidos, las asistentes sociales conformaba otros grupos de riesgo, nosotros definimos nuestra agenda, nosotros inventamos nuestras prestaciones, nosotros incorporamos la consejería familiar, y la consejería individual y los talleres de aquí y de cuanto..., nosotras, equipo de servicio social del consultorio, nadie nos ha definido nada, es muy distinto si bien es cierto que TS 2 esté centrada en lo más paternalista de que le ofrecemos o no, o sea eso es lo mínimo que hacemos...”. (TS 1)

Las circunstancias del desarrollo de las tareas de cada profesional se dan también en función de quiénes dirigen cada uno de los centros, pero aquello que puede ser una dificultad, es también un desafío, que consiste en sobreponerse a esas posibles situaciones de conflicto. A continuación se expondrá relatos de cómo se manifiesta esta interacción de los trabajadores sociales al interior de los equipos de trabajo.

6.3 Respetto de la interacción de los Trabajadores Sociales en los equipos

Los diferentes aspectos relacionados con la interacción de los trabajadores sociales se relatarán en las siguientes apreciaciones de los participantes durante el ejercicio del grupo focal:

“ yo quiero decir que, aparte de los estilos de liderazgo, tiene que ver igual, con una sensación creo yo que a lo mejor no es tan colectiva, a lo mejor es más individual, a lo mejor voy a generalizar, como desde lo profesional, pero que de alguna manera nosotros tenemos un poder distinto que algunos otros. Por ejemplo cuando llegó el M., acá (ex director de COSAM) ustedes cachan que las cosas no fueron de las más fluidas”. (TS 4)

“que además era trabajador social, pero ¿cuál fue la estrategia que él utilizó?, a todas las trabajadores sociales nos quitó cualquier responsabilidad que tuviéramos y asumieron puras responsabilidades, las psicólogas, de hecho ni siquiera participábamos en algunas reuniones, ni siquiera había una trabajadora social que pudiera estar en el equipo de gestión, salvo la B. pero que era de Promoción o sea ni siquiera podemos hablar no de las tareas específicas del COSAM. Entonces también yo siento, porque ahí fue casi una segregación profesional una psicogilización del trabajo”. (TS 4)

En relación a las situaciones de conflicto que se puedan generar con quienes ejercen el cargo de la dirección, otra trabajadora social refiere que:

“... igual es astuta, ha habido conflictos en los que ella ha empatizado o ha estado de parte mía, en este caso, que fui yo la que tuve el atado, entonces yo creo que también no es tonta y sabe que somos líderes en nuestros sectores”. (TS 2)

Esta afirmación devela que los trabajadores sociales entrevistados poseen una posición estratégica dentro de los equipos que les permite definir situaciones:

“las reuniones de sector giran en torno a lo que nosotros gestionamos, a si nosotros resolvimos un problema”. (TS 1)

Desde el punto de vista de la relación de su trabajo con el resto de sus compañeros de trabajo y la dirección, los trabajadores sociales entrevistados comentan lo siguiente:

“... si estamos hablando del tema del rol, a mí como que todos me preguntan, hasta cuestiones sencillas y simples, al final termino yo hablando más en la reunión, (de sector)”. (TS 3)

“a mi me pasa que yo definiendo eso y también lo he percibido, pero no veo jefas de sector trabajadoras sociales”. (TS 4)

“ha pero espérate, es una cosa a lo mejor de bono, porque la TS 1 si ha sido jefa de sector y yo la sub jefa de sector, si no está el Carlos estoy yo, ... le ayudo en un 60 o más en el trabajo en el CESFAM”. (TS 2)

La percepción respecto de la posición que ocupan derrota la contradicción entre el rol que cumplen y el reconocimiento formal a través de un nombramiento o cargo de jefatura que asumen:

“nosotros estamos negadas a tener ese poder formal, pero hasta el año pasado teníamos jefaturas en todo”. (TS 1)

“pero por ejemplo, (en dos de los centros de la comuna), ¿habría posibilidad de que algún trabajador social fuera efectivamente jefe de sector?”. (TS 4)

Este diálogo deja al descubierto que, a pesar de las dificultades que derivan de los estilos de liderazgo de los directores de turno de cada centro, el problema se centra en su posicionamiento con respecto a los cargos de dirección y al interior de los equipos.

“nosotras le rayamos la cancha a esta nueva directora desde el primer momento en que llegó.... Nos ha pelado, pero nunca ha sido capaz de enfrentarnos y decirnos cualquier otra cosa; se enojó en algún minuto,

pero le queda claro que con las asistentes sociales no se va a meter, le rayamos la cancha sin querer”. (TS 1)

TS 5 señala: *“es como ganar espacio igual”*.

La situación descrita refleja un cuestionamiento mayor ¿Cuál es el espacio, entonces, que ocupan los trabajadores sociales en la atención primaria? Cuyo epicentro podría ser de que: ¿Si existe un reconocimiento de su labor, porque no poseen *“poder formal”* (TS 4) al interior de los centros?

“y no es la misma mirada que en otras profesiones, no es la misma mirada hacia las enfermeras, o hacia las nutricionistas.” (TS 4)

Confirma TS 2: *“no, no y yo por eso te digo, tiene que ver, no sé, con lo posicionados, también obviamente con los perfiles de nosotros y todo...”*.

Respecto de lo que debiese suceder al interior de los equipos de trabajo:

“Pero eso tiene que ver con el ejercicio profesional de todos los funcionarios que trabajan con esa persona, no sólo tú. ... la red también es dentro del centro de salud, con tus pares, dentro de sus propios equipos”. (TS 5)

La dinámica al interior de los centros de atención primaria está compuesta por múltiples variables que influyen el accionar de todos quienes participan y donde cada quien en su labor es parte vital de la misma; siempre en la lógica de dar cumplimiento a uno de los objetivos primordiales del aparato de salud, que es prestar una buena y eficiente atención a las personas.

Entonces y a modo de conclusión preliminar se podría adelantar que a pesar de la percepción que tienen los trabajadores sociales, respecto del reconocimiento de su labor y del despliegue de diversas habilidades en torno a su accionar, se generan diversas tensiones en su interacción al interior de la organización, específicamente frente a la dirección de cada centro y parece que tuvieron que *“pelear”* su posición frente a la autoridad; quizá por

la existencia aún en el medio sanitario de la preponderancia de los profesionales de la salud con el enfoque médico.

A continuación en el segundo capítulo del análisis de los resultados se darán cuenta de algunos de estos factores que aparecen en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales que participan en el grupo focal que intenta descifrar, a través de sus relatos, la riqueza de su experiencia y de poder compartir el objetivo de su misión como profesionales en esta área de atención.

CAPITULO VII

Factores que inciden en el desempeño de la intervención de los Trabajadores Sociales

La descripción de sus vivencias en la práctica de intervención en Salud Mental de los trabajadores sociales dejan a la vista diferentes factores que inciden en el desempeño profesional, algunos de estos corresponden a elementos de carácter individual y otros tienen que ver con el medio en donde se desarrolla la acción; para efectos del análisis en este estudio se separan en facilitadores y obstaculizadores.

7.1 Facilitadores de la acción

Uno de los primeros y más importantes factores que reconocen como facilitador es el reconocimiento de sus propias capacidades en la implementación de técnicas apropiadas para el desarrollo del trabajo, cabe señalar que toda intervención social en el área de salud conlleva el ejercicio de ser un facilitador ante la situación de conflicto del usuario, ya sea que esté asociado al manejo de determinados diagnósticos o en el caso específico de la intervención en salud mental, corresponde al manejo de diferentes acciones asociadas a la integralidad de la intervención.

En el transcurso del grupo focal, se manifiestan al respecto de las habilidades y destrezas que han ido adquiriendo mediante el ejercicio de las diferentes funciones a desempeñar al interior de los centros:

“... el manejo de técnicas, por ejemplo... ir controlando... darle tareas, ...citarlos, hacer un seguimiento, ...intervenir en generar cambios; desde lo psicoeducativo, desde lo cognitivo y evaluar también las dificultades que ellos tienen...”. (TS 3)

Otra de las integrantes señala:

“Ahora dentro de la lógica de la consejería y como los aportes que uno puede hacer... trato de potenciar al máximo los factores protectores o las oportunidades que pueda tener esta familia...” (TS 2)

Parte constitutiva del Trabajo Social de casos según se señalaba en el Marco Teórico, que es un método de:

“...ayuda basado en un cuerpo de conocimientos en la comprensión del cliente y de sus problemas, y en el empleo de técnicas aplicadas, que trata de ayudar a la gente a ayudarse a sí misma. Es científico, por cuanto deriva sus conocimientos de la ciencia, y es artístico, ya que su uso debe constituir un verdadero arte.” (Moix, 1991: 313 citado por Viscarret, 2007: 41)

Se evidencia la percepción que los trabajadores sociales participantes del grupo focal tienen de poder desplegar esta posibilidad:

“... que tenemos la capacidad de mirar más allá de lo que miran los otros, de ampliar la intervención”. (TS 2)

Se suma una reflexión de la comprensión de los otros hacia este quehacer:

“... es otra la mirada que tenemos nosotros, si el resto del equipo está o no sensibilizado yo creo que todavía..., se han ido sumando bastantes más en el quehacer nuestro, tiene que ver con tanta capacitación”. (TS 1)

“... ahora yo creo que una de las fortalezas definitivamente tiene que ver con el reconocimiento y la validación del trabajo social en el equipo”. (TS 2)

“... yo creo que si a nivel individual, de cada asistente social que trabajamos en el Neghme, si hay un alto porcentaje de valorización de reconocimiento y validación”. (TS 3)

Aseveraciones que dan cuenta de la evaluación y consideración que ellos perciben que puedan tener de su acción, el resto de los integrantes de los equipos.

Otro de los elementos existentes en el desempeño de los trabajadores sociales dice relación con responder a su necesidad de informarse y capacitarse respecto de diferentes temas de salud:

¿Qué me paso a mi?, yo tuve que irme instruyendo en temas de salud porque yo no cachaba nada, así como en lo general de morbilidades y co morbilidades...”. (TS 3)

“De hecho una de las primeras cosas que yo llegué a esta comuna, fue empezar a ir a capacitaciones a aprender, modelos, guías clínicas, cuál es el abordaje y cosas que vienen como bastante detalladas; a lo mejor no con todos los problemas, pero si con algunos bastante detallado, de qué es lo que entiende el sistema de salud público respecto de los problemas de salud de las personas, con algunas innovaciones como el tema de salud familiar y algunas otras cosas que me parece súper interesantes como en el caso de lo que nosotros hacemos acá en la psiquiatría comunitaria”. (TS 4)

La instrucción en temas de salud, ya sea cuando recién se insertan a trabajar en el área es parte de las posibilidades del sistema, o en el transcurso del tiempo que permanezcan insertos dentro de él, la capacitación es una constante en los diferentes programas de la atención en salud. Por ejemplo todos los funcionarios de salud en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, han sido capacitados en los cursos de Salud Familiar I y II. Con ello se es parte constitutiva del desarrollo de la Salud Mental a nivel local que en su objetivo de investigación y capacitación, refiere: *“Contribuir a la formación de nuevo recurso humano en el ámbito de la salud mental y psiquiatría comunitaria”*. (Oliva et al, 2010: 55).

Existen además iniciativas locales relacionadas con las terapias complementarias, que se han desarrollado desde distintas disciplinas pero que en la actualidad se ha masificado, por lo menos en el área de la salud mental es parte de la oferta constante para los usuarios de los programas de los CESFAM o de COSAM,

“Y me pasa que cada vez, también, he ido tratando de incorporar más, miradas no hegemónicas del concepto de la salud. Es decir, cómo se entiende desde otras perspectivas las problemáticas de salud, cómo se entienden desde otra mirada los problemas de la salud. O sea una hipertensión mirada desde la medicina alopática es eso, que te subió la presión por a, b o c, pero mirada desde teorías que ven la enfermedad, desde la mirada emocional, hablan del manejo de la rabia y de cómo esa persona está manejando la rabia”. (TS 4)

La profesional señala posteriormente en su relato otros elementos que son considerados facilitadores de la acción, uno de ellos que se deja entrever al comienzo de esta parte de su relato se convierte luego, en el ejercicio del grupo focal, en un tema relevante:

“... y si, siento que falta el espacio de conversación necesario para poder ir viendo estas variantes porque yo siento que de alguna manera los Trabajadores Sociales siempre hemos... no se si será deformación profesional o qué. Pero siempre es como si estamos un poco hinchando desde abajo, hinchando con el tema biopsicosocial, ya se concretó eso,... tirando el carro un poco más allá. Hoy día tenemos el modelo de Salud Familiar, pero ya como que estamos ahí, hinchando igual un poco más allá, miremos otras cosas...”. (TS 4)

Y como ya señalábamos y a propósito de una experiencia ya vivida por las trabajadoras sociales a nivel comunal del área de salud, comentan:

“...lo que tendríamos que hacer tendríamos que volver a juntarnos comunalmente, ... volveríamos a fortalecer esos lazos y conversar efectivamente esto que estamos hablando, para poder llegar con una idea distinta más conversada, más colectiva, de qué es lo que nosotros entendemos, por qué creemos, que es necesario...”. (TS 4)

La inquietud de generar este espacio de encuentro y discusión, que de realizarse es potencialmente una gran posibilidad de instalar temas o de superar organizadamente algunos obstáculos, les permitiría reflexionar sobre diferentes aspectos del rol, de la intervención de los trabajadores sociales, señalan al respecto:

“Por qué no nos juntamos, aunque sea a las cinco de la tarde, porque yo creo que podemos disponer de un espacio que no sea laboral para poder juntarnos y poder hablar... y a lo mejor de ahí, volver a plantear una demanda en el espacio más laboral”. (TS 6)

“... yo creo que habría que juntarse una vez más”. (TS 3)

“... yo creo que podría ser interesante que nos juntáramos solamente a hablar del rol en tal cosa, un tema acotado y que de allí vayan fluyendo cosas y surgiendo cosas con todas las diferencias que tenemos además”. (TS 4)

Esta posibilidad de instalar demandas o de reunirse a hablar de algún tema específico y dejar que *fluya* lo que pueda venir después, y según el relato considerando sus diferencias, un desafío que les permitiría ir superando los obstaculizadores para ir generando actos de solidaridad entre sí, ante situaciones adversas.

Así es como a través del ejercicio de recolección de información se van identificando elementos que constituyen de alguna u otra manera facilitadores de la acción profesional. Por último, analizaremos los distintos obstaculizadores que identifican en su ejercicio profesional, los trabajadores sociales de salud en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

7.2 Obstaculizadores de la acción

La intervención de los trabajadores sociales que se desempeñan en el área de salud mental, ya sea en los CESFAM o en el COSAM, no está exenta de dificultades; como ya se ha dejado ver a lo largo de este proceso de análisis profundizaremos en la descripción de aquellos elementos que constituyen en diferentes niveles de la ejecución de su trabajo obstaculizadores de la acción profesional.

Respecto de la dinámica laboral

- a. La primera referencia tiene que ver con la interacción con los equipos y los diferentes estilos de liderazgo que se generan en la dinámica relacional de cada centro. Como en el primero capítulo de este análisis ya se hizo referencia a esta situación, se acentuarán en aquellos puntos de conflicto. Y como señala, explícitamente, una de las integrantes del grupo focal:

“...bueno, los estilos de liderazgo de los centros de salud, es un obstaculizador”. (TS 4)

“yo creo que nosotros vamos a terminar sufriendo este año, estamos en un proceso de cambio hacia acá, de este CESFAM, en vías de CESFAM y

de que a nivel de dirección se pretende manejar al equipo de asistentes sociales”. (TS 3)

Esta aseveración parece una interpretación compleja de autoritarismo en los diferentes profesionales que intervienen dentro del equipo de dirección del centro:

“... desde la dirección... todas las ideas, todo lo que entra, todo lo que salga, todos los planes, lo lindo y lo feo que quieran hacer tiene que pasar por ella”. (TS 3)

“... dependemos de los jefes de sector pero así todas las decisiones que se tomen como trabajadores sociales tienen que pasar por la dirección”. (TS 3)

Dentro además de este ámbito se encuentran dificultades asociadas a las relaciones entre los profesionales trabajadores sociales y que pueden corresponder a diferencia de intereses o perspectivas respecto de cómo cada uno se pueda ir posicionando y los medios para alcanzarlo, que en dinámicas más conflictuadas al interior de los centros, se complejiza y se manifiesta según los trabajadores sociales participantes de esta investigación, del siguiente modo:

“... miren, les voy a decir algo que ojalá ustedes lo analicen, en algún momento”... la directora del centro dice que yo voy “a llevar la información de todos ustedes, el consolidado y toda la cuestión, para que el y como maneja el tema de los REM va a seguir haciendo ese trabajo que significa eso... poder. De alguna u otra forma, poder”. (TS 3)

“Yo creo que eso fue una lucha de poder. Resistencia. Fue un gallito. Yo con la directora no me llevo mal, es cosa de que lo conversemos más tranquilamente...”. (TS 3)

TS 1 refiere: *“Como uno va a empoderar a la comunidad si no es capaz de empoderarse uno mismo”.*

Este último comentario devela una autocrítica frente a la incapacidad que manifiestan los trabajadores sociales para resolver sus conflictos de relación y de autoridad.

- b. En referencia a la comprensión de lo que debe ser o debe resultar del ejercicio de acción de los trabajadores sociales, que en parte se relaciona con el contexto intra laboral y la expectativa que tienen los otros profesionales del rol del trabajador social.

“... no me gusta cuando se limita nuestro rol, pensando que sólo tenemos que hacer el ingreso llenar bien la ficha y derivarla al psicólogo, nuestra acción es limitada... hacer bien el genograma, creo que es una visión súper limitada”. (TS 6)

Esta observación deja en evidencia cómo ellos son visualizados por los demás actores intervinientes en el sistema de salud y cómo comprenden de su accionar.

También aparecen dificultades en la gestión de las acciones con los usuarios,

“... miren yo les voy a contar mi experiencia, después de haber trabajado como jefe del programa de salud mental allá en el CESFAM y hasta el último día, la idea era que no se les diera a las personas hora,... al psicólogo y a la asistente social al mismo tiempo. Yo dejé de trabajar en Salud Mental y el 80% de las personas que me derivan a mi para ingreso a Salud Mental, ya vienen con la hora dada para psicólogo, entonces doble pega”. (TS 3)

“... yo creo que en las familias se dan estas mismas dificultades, las alianzas, las jerarquías, el imponer, límites difusos”. (TS 1)

- **Respecto del contexto externo de la acción profesional**

- a. Las referencias a los conflictos que encuentra la acción profesional respecto de factores externos de la intervención se señalan de la siguiente manera:

“...la red es muy pobre y eso limita el accionar del Trabajo Social”. (TS 2)

Fundamentando ampliamente al respecto, refiere:

“...en estas familias multiproblemáticas que planteó la Ester al principio..., mi gran obstaculizador es la poca oferta que tengo de la red, ahí es donde yo siento que la gente necesita resolver cosas concretas también, o sea un problema de salud, un fármaco caro, donde la muni no puede apoyar, ... no hay cupo en la sala cuna; en general, yo siento que me encuentro con muchos obstáculos al tratar de activar la red. Siento que la red es muy pobre. ... por otro lado, todo lo que hablábamos de las terapias complementarias y lograr como ofrecerle otra alternativa a la familia, a la persona con su enfermedad y todo, también es muy pobre esa oferta ... entonces yo siento que ese es un obstaculizador en la intervención. Obviamente uno puede hacer algunos avances, algunos aportes pero eso es como mi piedra en el zapato”. (TS 2)

“... lo que pasa es que es habitual encontrarte con una mujer con hijos pequeños donde ella quiere insertarse laboralmente, pero no hay una red de apoyo para que esos niños vayan a algún lugar, no hay una red de trabajo donde podamos adecuarle el sistema laboral a los horarios de colegio de los niños, ¿me entendí?”. (TS 2)

- b. En relación con la red pero también vinculado con la lógica de intervención del sistema y cómo ésta se adecua o va modificándose, se manifiesta así:

“... imagínate ahora, como que nos va quitando la red, antes estaba el programa de postrados ahora ya no está, además como que le generamos como otro problema, ...entonces ahí yo siento que por lo menos a mi, en mi quehacer profesional de verdad yo me siento obstaculizada, de repente, porque más hay, que más saco del ambiente?”. (TS 2)

- c. Otro obstaculizador es lo que podría ser denominado como una característica de la atención, que pierde de vista la integralidad del sujeto de atención:

“... es por un tema cómodo, por ejemplo a mi me pasa mucho que yo le cuestiono a los médicos, no se po’ mujer, 46 años, con trastorno del ánimo y no se qué bochorno y ni siquiera preguntan por climaterio ¿y que más tiene? sudoración en las noches, como que la regla me llega y no me llega y el médico ni siquiera le pregunto esto, nada; o sea yo no se si por hacerla cortita.” (TS 2)

“...es allí, donde, cuando tu dijiste facilitadores, obstaculizadores, yo creo que efectivamente, hay un tema, que nos envían hartos cachitos dentro del equipo; pero también hay un tema de que la asistente social va a saber qué hacer”. (TS 2)

Respecto de esta misma situación otra profesional cuestiona esa traducción de la aparente obligatoriedad de tener algo que ofrecer al otro, señalando:

“... pero ahí me hace ruido el tema de por qué yo tengo que ofrecerle (alternativas),... así como que yo tengo que tener un abanico de ofertas. ... uno no se bruma con que tiene para ofrecer, yo entiendo que a veces si, que uno se queda frustrado”. (TS 6)

Las dificultades observadas, respecto del contexto, corresponde tanto a la escasez de alternativas de derivación para favorecer la intervención ante situaciones complejas de las familias y la activación de la misma, como a la especificidad del quehacer de los otros miembros del equipo de salud lo que hace que “todo aquello” que escape de la especialidad llegue a manos del trabajador social.

- **En relación con la intervención de los trabajadores sociales y el concepto de Salud Mental**

- a. Si bien es cierto ya se mencionaron aspectos relacionados con el concepto de Salud Mental y cómo éste se comprende en el contexto del sistema sanitario, se señalarán relatos que se consideran una llamada de atención constante respecto de la mirada psicopatologizante que hegemoniza los discursos:

“... hoy día todo el mundo tiene diagnóstico de depresión y que antes o hace algunos años atrás, se habría resuelto con apoyo familiar, o con otras redes o con el coro de la iglesia, o con la vecina o la señora del kiosquito, hoy día se le pone el nombre de depresión o de salud mental y se patologiza ¿por qué?”. (TS 4)

“En algún momento hacíamos en reunión con la comunidad y hasta el problema de (la vagancia) de los perros podía ser entendido como un tema de salud mental”. (TS 4)

“... entonces yo creo que igual hay que tener ojo con eso por que una mirada desde la salud mental que es importante pero no podemos caer en que todo es salud mental”. (TS 4)

Esta situación constituye un obstaculizador en tanto reduce e intensifica el número de problemas que puedan ser entendidos como problemas de salud pero que en realidad

son problemas sociales, de cómo se estructura la sociedad, la comunidad y los individuos en todo el proceso de construcción de lo social.

Otra crítica dentro de este mismo patrón de funcionamiento del sistema y esta referido a la focalización de los sujetos de atención:

“...en la red de la infancia, a propósito de un diagnóstico, una de las críticas... que en general se trabajaba con la población cautiva, con aquellos que efectivamente era posible encontrar, ya sea en los colegios o en los consultorios, pero en general siempre quedaban fuera aquellos que estaban fuera del sistema que eran invisibilizados y que se supone que son el foco para muchos programas pero que a la hora de mirarlos, tampoco uno los mira”. (TS 6)

Esto, que es parte del escenario de intervención de los trabajadores sociales, puede constituir un obstaculizador del mismo, puesto que no les permite asumir desafíos que enfrentar en función de mejorar el aporte que hacen en salud.

- b. Por último, se asoma tímidamente como autocrítica, una característica de la intervención de los trabajadores sociales, pero cada uno de ellos sabe lo fundamental de esta carencia en tanto genera paralelamente invisibilidad de su acción.

“... yo creo que no sistematizamos nada, es un gran tema para nosotros, ahora estoy sistematizando algo a raíz del curso que estoy yendo de trabajadores sociales en el servicio, una vez al mes...”. (TS 1)

TS 2 también señala: *“yo soy mala para sistematizar, soy mala para registrar”*.

La carencia se refleja en que no ejecutan acciones sistemáticas y metódicas de sistematización de la acción profesional, sin embargo, cada una de las profesionales que intervienen en este diálogo, en su trabajo cotidiano y asociado a sus responsabilidades y funciones desarrollan un eficiente trabajo de registro que queda guardado en las fichas clínicas de los pacientes.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

La realidad social posee múltiples escenarios y complejidades que se traducen en conflictos para las personas, y que dependiendo de los recursos que posean serán los alcances de ese conflicto en sus vidas; un evento puede generar una crisis y como en un efecto dominó, se afectan las personas cercanas de quien la protagoniza, o un mismo evento genera consecuencias con diversa intensidad en un mismo grupo de personas, que puede ser un individuo y su familia. Este es normalmente el campo de acción de la Salud Mental.

En este campo, el accionar de los trabajadores sociales está condicionado a algunas variables que no corresponden al alcance de control de estos profesionales. Es así que elementos como el momento histórico en que les corresponde actuar, el contexto político, en especial aquellas situaciones que impliquen las políticas sociales, las instituciones donde se desenvuelvan, las personas con las que realizan su intervención directa, el entorno de estas personas, con sus riquezas y carencias de diverso orden, son aspectos que condicionan dicha intervención. En este escenario complejo, que puede ser majestuoso o dantesco, dependiendo de dónde y cómo se le mire, es donde se desarrolla la acción social, cuyo objetivo es la transformación de las condiciones que afectan la calidad de vida de los sujetos.

En el sector público y su vasto aparato institucional se desarrollan las tareas que emanan de la política social, la cual se piensa y se elabora en función de aquellos sectores más carenciados de un país. Sin embargo es el mercado el que marca el ritmo de la economía y el resultado de su acción, y se va graficando en sutilezas del diario vivir incluidas las políticas sociales, así hoy por hoy en la lógica de que todo es concursable para la postulación de recursos desde el Estado, confirma que la dinámica es que gobierna la forma de competencia incluso para adquirir la oportunidad de desarrollar iniciativas sociales.

En relación con los objetivos propuestos en la investigación que sugieren, por una parte desde los discursos de los profesionales participantes, en su trabajo de intervención identificar cuáles son sus funciones, enunciar el rol, establecer las formas de la interacción con el equipo y por otra identificar facilitadores y obstaculizadores que inciden en dicha labor; es en este escenario que el Trabajo Social en su intervención en Salud Mental, tiene algunas funciones definidas tanto por el carácter de la institución de salud, como por las gestiones que ellos realizan para aportar a la solución de las situaciones que atienden. No obstante ello, la diversidad y complejidad de los problemas de las familias superan a veces éstas definiciones institucionales. De estas tensiones y complejidades dadas por el contexto social, se avanza en concluir algunos aspectos a deducir de los planteamientos de los trabajadores sociales participantes en la investigación.

Como se señalara en capítulos anteriores, la función central del trabajador social en Salud Mental, estaría enmarcada en el trabajo de intervención individual y familiar, brindando apoyo y atención a las familias y sujetos consultantes del servicio. Si la atención primaria de salud es la puerta de entrada a los servicios de salud, el trabajador social sería la puerta de entrada a la red de servicios de la misma, para las familias o sujetos que presenten problemáticas que van más allá de demanda específica de salud mental o física. Desde ahí, desde la problemática social o psicosocial, múltiple y diversa, las acciones como el diagnóstico, la contención y el acompañamiento surgen como tareas relevantes para los trabajadores sociales consultados quienes describen desde sus discursos el sentirse facilitadores de los procesos de cambio de los usuarios que se encuentran en medio de una situación de conflicto, siendo ésta la función más relevante que deberían cumplir en los servicios de salud.

Lo anterior delimita un terreno de acción, que da cuenta de la posibilidad de demanda de atención clínica de múltiples problemas que afectan a los usuarios y que en esta función de acogida y de facilitadores, exige que los trabajadores sociales tengan que manejar antecedentes de la red local, en tanto sirva para atender algunos de los problemas específicos y que deba ser derivado a alguna otra instancia (por Ej.: obtener matrícula en un Jardín infantil o Establecimiento Educacional) o informar respecto del procedimiento para

algún beneficio social (por Ej.: postular al subsidio único familiar). Esta tarea se facilita en cuanto los Trabajadores Sociales, en general, están capacitados por la experiencia de la cotidianeidad de la atención, no sólo respecto de determinadas formas o procedimientos que deban realizar sino que también por esta especie de entrenamiento que hace que desarrollen diferentes destrezas en la intervención.

En referencia a lo anterior, en la realidad específica de los CESFAM, la consulta de morbilidad actúa como primera petición de ayuda y desde ahí, en la mayoría de los casos, el médico o la enfermera deriva a las personas donde la trabajadora social con alguna finalidad específica o para que apoye alguna recomendación o cuando vislumbra un problema mayor que esté afectando a esa persona; por ejemplo, el ampliar la perspectiva al pensar en la intervención, debido a que puede ser recurrente que otros factores psicosociales están relacionados con los problemas de morbilidad de los usuarios.

Lo anterior se expresa claramente en lo referido por los trabajadores sociales consultados cuando señalan que su rol sería de **contenedor psicosocial** que implica la acogida del usuario y que en esta instancia se posea el tiempo y espacio necesarios para escuchar y favorecer el proceso de ordenamiento y priorización de las posibles variables presentes en la situación de conflicto e intervenir con los consultantes en la atención primaria.

Pero esta función de contención, ampliamente reconocida y validada por los equipos de Salud Mental, no es la única función asignada por los equipos a los trabajadores sociales, esté también la tarea de aportar a la **construcción de diagnósticos** de Salud Mental que en el ejercicio de tratar de incorporar todos los elementos que confluyen en una situación de salud amplía el zoom de la comprensión del problema consultado; por ejemplo una hipótesis diagnóstica de un trastorno ansioso o depresivo, en una mujer adulta casada y que el marido presente antecedentes de consumo, puede tener como origen la co dependencia, alcance de la intervención que también es relevada por los consultados.

Esta función nos permite retomar lo señalado anteriormente, en la exposición teórica, que da cuenta del bagaje teórico que sustenta el accionar profesional, así la utilización del

modelo psicosocial en la atención de salud, se conjuga con técnicas de otros modelos, dependiendo de la situación presentada, también la intervención en crisis por ejemplo, que implica el desarrollo de determinadas habilidades y destrezas que son aplicadas fundamentalmente en la contención de los consultantes.

Esta conjunción de elementos determina que de alguna manera existe la percepción de que los profesionales trabajadores sociales son más cercanos a la gente, son de fácil acceso comparativamente con otras profesiones como la psicología y la psiquiatría.

La articulación con las redes es otra de las funciones del Trabajo Social asociada a la lógica de otorgar una buena y eficiente atención a los usuarios, se genere una acción coordinada de los diferentes actores del territorio.

Por su parte en el COSAM, por ser una unidad de mayor especialidad de Salud Mental existente en el escenario comunal estudiado, actúa además como un articulador para los centros de Atención Primaria de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, está orientado o definido hacia intervenciones de mayor complejidad, pues los diagnósticos de ingreso debiesen sumar niveles de compromiso biopsicosocial de moderado a severo; en este centro, el quehacer del trabajador social, sus funciones y tareas se definen desde la complejidad de la atención y ejecución de los planes de intervención, algunas de ellas son derivadas de los CESFAM y tienen características que requieren de esta atención, así también, reciben usuarios derivados de otras instancias como el aparato judicial, con altos niveles de conflicto y que la intervención frente a las sugerencias del juez no son siempre posibles, principalmente por el contexto de obligatoriedad y porque en algunos casos el motivo de consulta propio requiere de un periodo de elaboración conjunta con los usuarios y sus familias.

El COSAM posee un equipo altamente experimentado en la intervención social con familias multiproblemáticas, capacidad proveniente, principalmente de la práctica de cada uno y de los espacios de formación, a las cuales optan en función del mejoramiento de la misma; desde el proceso de ingreso de cada usuario hasta la definición del plan de

tratamiento, como también en la realización de tareas que dan cuenta de la vinculación con los otros actores de la red, hasta las funciones administrativas y estratégicas propias de la dirección, realizadas en este caso por una trabajadora social.

Es de esta manera que podemos concluir, en función del objetivo que señala la posibilidad de enunciar su rol, es que los trabajadores sociales que trabajan en Salud Mental, inmersos en múltiples escenarios de complejidad, dados por las propias instituciones de salud, la situación de las propias familias y el contexto de la política social: implica favorecer procesos de cambio, mediante la concientización y la instalación en los usuarios de diferentes herramientas que les permitan enfrentar el conflicto actual y anteponerse o prevenir situaciones posteriores de crisis para ellos y sus grupos familiares.

Sus diferentes funciones, que se traducen principalmente en poder brindar, desde la institución de salud, un espacio acogedor y contenedor generando un espacio clínico-terapéutico apropiado exige la aplicación de una serie de habilidades y destrezas como trabajador social, a saber: disposición de escucha activa y demostrar una comprensión amplia de la situación de conflicto; ello requiere de la elaboración y desarrollo de competencias técnicas, que incorporen o contemplen según las circunstancias, a los problemas de salud física, las variables psicosociales presentes en las familias y en los sujetos consultantes. Ser cercano, resolutivo, facilitador o profundamente orientador y clarificador, sería la principal tarea general que los equipos de salud deberían asignar a los trabajadores sociales, esta función coincide con las expectativas que los mismos pretenden desarrollar en su práctica profesional y tienen experticia en estos ámbitos.

Son múltiples las acciones que emanan del rol del trabajador social en Salud Mental antes descrito y asignado a los trabajadores sociales, a través de diferentes instancias de acción que en su práctica transformadora deben llevar a cabo al intervenir con familias multiproblemáticas.

Como lo señaláramos con anterioridad, una de las principales funciones y tareas asignadas al trabajador social da cuenta de la acogida inicial a la familia o sujeto que asisten por

primera vez. Ellas normalmente presentan una multiplicidad de problemáticas que afectan su pleno desarrollo y que hace más necesaria esta función.

Esta acogida que si se desarrolla en el CESFAM tiene caracteres diferenciados respecto de lo que se realiza en el COSAM. En los primeros, la tarea de acogida pareciera estar más referida a la contención emocional con ribetes, a veces, dependiendo de la situación presentada por las familias, de intervención en crisis; mientras que en COSAM, las tareas en este momento de acogida también están orientadas a la evaluación y elaboración inicial de planes de tratamiento y acción.

En los ingresos a tratamiento que se realizan en COSAM, se abordan diferentes tareas relativas al diagnóstico como la contextualización de la situación de conflicto, facilitar la definición del motivo de consulta, realizar entrevistas motivacionales para que las personas se comprometan con sus procesos terapéuticos, esbozar pequeñas tareas con la finalidad de establecer algunos cambios, entre otras actividades.

En esta última función mencionada se plantean algunas tensiones entre lo que significan para la familia sus propias necesidades y las expectativas que para ellas representa la institución de salud. En relación con los usuarios, el trabajador social puede situarse en diversos niveles de trabajo: puede ser, como ya mencionábamos, un facilitador de procesos liberadores de conciencia, que consiste en que si en esa relación con el usuario se logra efectivamente, ellos puedan visualizar por ejemplo antecedentes y consecuencias de una determinada situación y podrán prevenir y/o enfrentar con mayores y mejores herramientas situaciones posteriores. Pero en esta área de carácter tan clínico, el accionar de los trabajadores sociales también pueden ser quienes en su función de contenedor emocional aplaquen sistemáticamente, situaciones de disconformidad que pueden tener un origen social. Son estos profesionales quienes sostienen una mirada crítica respecto de la lógica de patologizar diferentes problemáticas de carácter social; y que si bien son ciertas, estas situaciones pueden gatillar un problema de Salud Mental, por tanto el avance en las soluciones de ellas debe pasar por atender estas aristas del problema.

Ahora bien, pareciera que en este campo de acción, de la Salud Mental, el ejercicio profesional se torna crítico y en su análisis involucra elementos como el lugar donde se sitúe, cómo se conjugan los diferentes enfoques ideológicos y las formas que estos poseen en la significación de los problemas de las personas. Sin embargo, también pareciera que la forma de resolver este nudo de conflicto para los trabajadores sociales, es integrar, es decir incorporar nuevas miradas y nuevas formas explicativas para los problemas, comprendiendo el lugar de donde se genera la intervención, pero también reconociendo el lugar a donde se quiere llegar.

La discusión entre la patología mental y las condicionantes sociales y culturales en la cual se insertan las familias atendidas, que se vive en su escenario social, retoman la discusión histórica en la relación entre el medio y el ser humano,

Es de esta manera que podemos encontrar que en las tareas de los trabajadores sociales se presenta como trascendental el proceso de construcción o co-construcción de diagnósticos, instrumento que, a pesar de los intentos por incorporar las variables psicosociales y familiares, comprende todavía con frecuencia, una mirada patologizante de las vivencias de las personas. La preocupación para los trabajadores sociales es que, desde esta lógica comprensiva, el diagnóstico en Salud Mental puede constituir un nuevo factor de exclusión social para los usuarios que no sólo deben cargar con su propia historia, necesidades y multiplicidad de dificultades, sino que ahora también con un diagnóstico de patología mental que le puede significar ser más discriminado dentro del mismo sistema de salud.

Es en este punto que encontramos un nudo interesante de revisar, puesto que la institución de salud que podríamos definir como hegemónica y que comienza su intervención desde la patología es desafiada por la práctica de los trabajadores sociales, mediante la inclusión de todos los factores intervinientes en esa situación de conflicto, dando cuenta de que estos profesionales tienen su acento centrado en la familia o sujeto y sus necesidades. De esta manera, los trabajadores sociales se sitúan a si mismos, en un espacio de más libertad, argumentado desde la incorporación del modelo psicosocial, la posibilidad de tener otros modelos explicativos del problema de Salud Mental; referido esto, en parte, al proceso de la

incorporación de otras formas de abordaje en salud como son los Modelos de Salud Familiar y de Psiquiatría Comunitaria, y que pueden ser una alternativas aún vistas como de forma y no de fondo, la comprensión de las enfermedades de las personas.

A modo de resumen, podemos señalar que en las tareas propias de los trabajadores sociales insertos en Salud Mental y que abordan a las familias multiproblemáticas, las fases iniciales de contacto con las familias y usuarios, viene dada por las concepciones profesionales de los mismos y no tanto así es condicionada por la categorización de enfermedad o patología, donde se releva el carácter humanista de la relación de ayuda, dada la posición central que asume el ser humano en la intervención.

Un segundo grupo de tareas a realizar por los trabajadores sociales da cuenta de la intervención clínica, el tratamiento o también lo terapéutico desde el Trabajo Social. Bien se ha de entender la premisa que da cuenta de que toda intervención social tiene un componente terapéutico, en la medida en que los sujetos y las familias en el proceso de intervención desarrollan capacidades, reparan parte de sus historias y se van tornando sujetos cada vez más activos de su propia realidad social. En este sentido, parte de las tareas asignadas y realizadas por los trabajadores sociales dan cuenta de la forma de acompañar o guiar este proceso, donde se potencia en los propios sujetos de intervención su capacidad de ser sus agentes de cambio.

En los CESFAM, la intervención clínica de los trabajadores sociales se realiza a través de las entrevistas en profundidad, los seguimientos, las visitas domiciliarias; todas aquellas acciones que podrían ser parte del acompañamiento en el proceso de transformación que el usuario ha solicitado. No debemos olvidar que todas estas acciones tienen directa relación con las características de las familias atendidas, que en su mayoría, poseen características de estructura, y dinámica de relación en su interior que complejizan la intervención, como: formas de resolver los conflictos poco asertivas y poco eficientes, cruzadas por la violencia o con sistemas de comunicación dañados o definitivamente bloqueados en su interior que arroja grupos familiares desorganizados con problemas de límites y serios daños en sus capacidades de resolver situaciones problemáticas; que se suman al contexto social y

medioambiental, en cuanto al acceso a los servicios, etc., todos factores que son el elemento común en los sectores populares marcados por la deprivación económica y cultural.

Estos elementos además se ven mediatizados por factores limitantes propios del sistema de salud, donde procesos relacionados con por ejemplo los rendimientos y la concentración de las atenciones de los profesionales médicos principalmente, limitado por el factor tiempo son relevantes ante la posibilidad de entregar atención de calidad a los usuarios, especialmente en los CESFAM.

Como se señalaba, el COSAM es un centro que cuenta con un equipo especializado y que interviene en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación en Salud Mental, con enfoque comunitario, esto significa que existe una forma de trabajo previamente diseñada en cada una de estas áreas y que da cuenta de las tareas clínicas de los trabajadores sociales de Salud Mental. Allí la función del trabajador social es participar activamente en los procesos de diagnóstico y de intervención lo que constituye un buen escenario para desplegar sus fortalezas, pero esto no está exento de presentar algunas dificultades. Y como señalara Amaya Ituarte (1992) *“un trabajador social clínico está, por formación y experiencia, ...cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer de servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud”*; entonces, la atención en Salud Mental tiene un énfasis importante en este nivel de intervención, principalmente por el espacio (físico) clínico - terapéutico en que ésta se produce, es decir, en un box a puertas cerrada, o en la profundidad de espacios más íntimos de las personas, como es la visita domiciliaria.

Respecto de los modelos de intervención utilizados por los trabajadores sociales para el desarrollo de las tareas descritas, aparecen como relevantes el modelo psicosocial como el apoyo en el cual los trabajadores sociales pueden basarse para poner en práctica sus enfoques más amplios del proceso de salud-enfermedad. En el caso estudiado, no se aprecian adscripciones generales a uno u otro modelo de intervención, considerando esta acción como una rigidización de la acción, más propia de la psicología que de los

trabajadores sociales. Se hace referencia a que dependiendo de la situación se utilizan técnicas de los diversos modelos, como modelo de atención de atención en crisis o el modelo sistémico.

En este aspecto, en la implementación de los modelos de atención impulsados por el sistema público de salud como son el Modelo de Salud Familiar y específicamente en Salud Mental, el modelo de Psiquiatría Comunitaria; modelos que como mencionábamos en un párrafo anterior el primero de estos se encuentra en un proceso de implementación y el segundo tiene antecedentes históricos y algunas consideraciones en la dinámica de la intervención en este tiempo. A ambos modelos se les atribuye la posibilidad de ampliar la visión del problema y de centrarse en las necesidades de las familias y los usuarios, a pesar de que ambos le dedican gran parte de la estructuración de la intervención a la patología psiquiátrica, se asienta la posibilidad de abordar las otras dimensiones de la realidad.

En relación al Modelo de Salud Familiar, éste presenta algunas tareas a realizar en cada sector por los equipos, como por ejemplo los estudios de familia, que es el análisis de casos más complejos que son en general grupos de familias multiproblemáticas, esto quiere decir con varios conflictos en su interior y con dificultades persistentes en las intervenciones previas, así es como el estudio se transforma en una posibilidad para evaluar a la familia en su conjunto.

Considerando su historia clínica y relacional (tipos de vínculos, estilos de comunicación, cumplimiento de roles, entre otros) además del contexto (como: antecedentes de vivienda <calidad, tenencia, hacinamiento> , existencia y convivencia diaria con la familia extensa, precisar respecto de lo que para ellos significa vivir en un barrio vulnerable, cuáles son sus expectativas y oportunidades de educación, etc.). El equipo del sector es quien realiza este estudio de familia y la participación de los trabajadores sociales es determinante, por ser ellos en general quienes poseen la mayor cantidad de información relacional y contextual respecto de esas familias y por ser también quienes pueden proponer los casos; ello permite que se analice en conjunto, se resuelve en conjunto y se elaboren propuestas para el abordaje integral de esa familia.

Dentro de la dimensión de la intervención de los trabajadores sociales en Salud Mental de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, hemos revisado aquellas que tiene que ver con el trabajo directo con las familias multiproblemáticas, con las tareas clínicas o terapéuticas a desarrollar para potenciar su proceso de sanación. Que como se señalara en el marco teórico de Escartin (1998) *“la intervención como una acción específica para producir cambios guiados por el conocimiento valores y habilidades de los mismos”*, para alcanzar las metas propuestas en esta acción.

Sin perjuicio de esto, aparecen aspectos relacionados con otros componentes de la intervención que son importantes de revisar, como la relación del Trabajo Social con los equipos y contenida dentro de ésta, la relación también con los estilos de liderazgo de las direcciones de los centros, que evidentemente influyen y condicionan la convivencia de todos y el desarrollo del quehacer de cada uno de ellos en el espacio laboral.

En el discurso de los trabajadores sociales entrevistados para este estudio, en el análisis de la interacción con los otros miembros de los equipos, su acción está marcada por la valoración y comprensión colectiva de lo que hace un trabajador social en el ámbito de salud mental; dando cuenta también, de las expectativas que los mismos trabajadores sociales tienen de su inserción en el sistema y de las posibilidades que presta la institución para este desarrollo. Interrelación que no está carente de dificultades y tensiones y relevan el carácter político de la acción, donde asoma el concepto de posicionamiento de los profesionales al interior de los centros en los cuales se desempeñan.

Un elemento interesante que aparece como emergente en los descubrimientos de la presente investigación es el concepto de posicionamiento, el cual es señalado en diversas oportunidades por los trabajadores sociales. Desde el discurso de los trabajadores sociales, se entiende que el posicionamiento da cuenta de una relación política con el lugar que ocupan al interior de la institución de salud. El posicionamiento comprende un componente que va más allá del rol y más allá de la función, es decir que comprende interrelaciones no dichas o no descritas desde la formalidad, por lo tanto subjetivas que pasan por la

percepción de los entrevistados sobre cómo se sitúan en el equipo de trabajo y las posibilidades de liderar procesos de trabajo con los usuarios.

Es así que este posicionamiento difiere en los diversos CESFAM, mientras en algunos se sienten reconocidos y validados, capaces de generar transformaciones en los equipos en los que se desempeñan, como por ejemplo: unificar criterios de atención de buen trato y tolerancia con usuarios policonsultantes o, incentivar la capacidad constante de ampliar la mirada al acoger a un usuario; otros sienten que esta capacidad transformadora de la institución se ve disminuida.

Sin embargo, todos concuerdan que existe una importante validación de la tarea, que se ha formado durante años y que se manifiesta como el ser un agente que es capaz de entregar otras formas interpretativas de las posibilidades de ayuda que brinda la institución de salud. Este concepto da cuenta también de lo que podríamos denominar como una concepción política de la acción, en tanto la postura crítica y de cuestionamiento constante del funcionamiento institucional en relación con las intervenciones hacia los usuarios; se trata de una praxis social, en la medida en que los trabajadores sociales son capaces de leer los códigos de relaciones de poder de la institucionalidad y desde ahí posicionarse, es decir, de asumir un lugar que no aparenta neutralidad, sino que es activo y en esa acción conoce la posibilidad de encontrarse en un lugar de poder o en contra de él.

De esta manera se va configurando la interrelación con los otros miembros del equipo, donde ellos perciben que existe una importante validación, en su rol clínico, como en su rol de gestión, pero también logran visualizar las dificultades de la interacción, como por ejemplo, cuando los otros profesionales reducen el rol del trabajador social a la derivación o entrega de ayuda, o cuando desde su propia labor, disgregan el problema del sujeto de atención y sólo ven una dimensión de su problema, que puede ser la médica, nutricional, psicológica entre otras.

Otro aspecto del posicionamiento, da cuenta de cómo los estilos de liderazgo influyen en el ejercicio del rol. Es así que esta referencia aparece como un factor que puede potenciar el desarrollo de la intervención como también un factor que puede limitar este accionar.

En la realidad de los CESFAM, pareciera estar más presente la variable diferenciada de cómo se manifiestan estilos de liderazgo más bien de carácter autoritario donde la confrontación se refleja a veces en desacuerdos frontales y otras como diferencias importantes ante las cuales algunos trabajadores sociales tendrían la posibilidad de posicionarse más desde la autonomía, en cambio otros deberían relacionarse desde la dependencia a los agentes directivos, las diferencias dependerán de las condiciones y realidad de cómo se manifiesten esas diferencias y de la capacidad de los profesionales de defender una postura distinta frente a un determinado conflicto.

En lo que respecta al COSAM, se señala una importante diferencia en cuando a las posibilidades que presentan los diversos estilos de liderazgo, como se señala en el análisis durante un par de años en el ejercicio de liderazgo de otro trabajador social que centraba la labor del centro desde un paradigma donde la variable psicológica individual era la más importante de abordar desde este nivel de atención y donde claramente se vio limitado el accionar de los trabajadores sociales en este centro, mediante por ejemplo restringir desde la dirección la participación de estos trabajadores en instancias de poder como un denominado grupo de gestión. Por lado, en un proceso de reposicionamiento de la anterior directora (también trabajadora social) con un estilo que se denominaba al interior del equipo como más democrática y que potencia el desarrollo de acciones innovadoras de los trabajadores sociales y posibilita la comprensión desde la integralidad del problema de Salud Mental.

En virtud de lo anteriormente expuesto es que podríamos concluir que efectivamente y como se hipotetizó en los inicios de la presente investigación, que la integralidad de la comprensión del problema de Salud Mental, es una de las principales fortalezas, desde donde surge el posicionamiento del rol de los trabajadores sociales, donde ellos sienten que tienen su principal aporte, desde la capacidad de incorporar otros paradigmas

explicativos y comprensivos del problema de salud mental y que en el proceso de esta acción logran impregnar a los equipos de salud de estas perspectivas, que pueden avalar y argumentar desde la implementación en la atención primaria de los Modelos de Salud Familiar y de Psiquiatría Comunitaria.

Las características de la intervención social de los trabajadores sociales en el área de salud mental en la comuna de Pedro Aguirre Cerda que ya se han señalado es lo que ellos descifran como facilitadores de la acción, es decir ellos están definidos por sus condiciones personales y de entrenamiento que poseen y han ido adquiriendo en el proceso de práctica del ejercicio profesional.

A nivel individual y en el compromiso de su acción interventora está el de irse capacitando, como una motivación personal y necesaria, en temas que desconocen y que son necesarios sobre todo en aspectos clínicos de definición diagnóstica y posibilidades de abordaje para con los usuarios así como también en la incorporación paulatina de otras estrategias referidas principalmente a las terapias complementarias en salud.

Es también reconocido como un facilitador la posición que ocupan al interior de los equipos que les ha ido permitiendo la implementación de espacios de atención necesarios como las consejerías y la libertad y autonomía para conjugar prestaciones tradicionales con otras que ellas sientan que son requeridas en su labor de intervención.

Asoma con fuerza en sus discursos en el análisis de su práctica de una temática considerada como emergente y que da cuenta de su necesidad como gremio de reunirse a nivel comunal, donde compartir posturas u obstaculizadores, debatir y proponer acciones coordinadas desde el accionar del Trabajo Social que sin duda cuando se realizaron, como ellos mencionaban, se había visto limitada pero que significó un espacio importante de trabajo. La posibilidad de organizarse y la capacidad real de lograr este espacio es un elemento importante de considerar pues también amplía la visión de la acción, de la institucionalidad, de cómo atender los posibles vacíos existentes en la implementación de mejoras en los resultados de sus acciones individuales.

Por su parte, los obstaculizadores que ellos señalan inciden en su labor de intervención, se dan en relación con los estilos de liderazgo, contenidos en la interacción con los equipos que si bien es cierto pueden limitar el accionar de los trabajadores sociales, constituye a su vez un desafío en la acción de poner enfoques y cuestionamientos con el objetivo de brindar una buena atención a los usuarios. Esta situación puede verse diezmada por los conflictos al interior de los equipos de trabajo, ya que a pesar de lo bien posicionados que puedan estar, sienten aun una limitación hacia la parcelación del ejercicio a tareas específicas, situación que se explica sólo en la lógica de cómo, a pesar de los cambios implementados en el imaginario de la institución, aun se rija por la actuación hegemónica del personal médico como la figura más relevante; esta situación es evidente en la relación que el personal técnico y/o administrativo establece con ellos; resultado de lo anterior es que el accionar de la trabajadora social muchas veces se invisibiliza.

Vista como una dificultad y que es otra de las acciones tradicionalmente asociadas a los trabajadores sociales da cuenta de la posibilidad de integrarse con otros actores de la red, a fin de poder dar respuesta a las múltiples necesidades de las familias, como ellos mencionaban en el ejercicio grupal, por ejemplo: la oferta de trabajo donde la alternativa es la derivación en ese instante a la oficina municipal de intermediación laboral que las inscribe y oferta según sus propias capacidades de dar respuesta a esta necesidad en el conjunto de pobladores que pueden demandar información sobre un empleo. La integración con estos otros actores pasa, hoy por hoy, sólo por el esfuerzo de estar mínimamente informados de lo que hace cada cual, procedimientos y requisitos para que las personas postulen a tal o cual beneficio en las instancias municipales, como el subsidio único familiar o el subsidio del agua potable o la postulación al subsidio solidario de la vivienda.

Cabe señalar que la forma en que las políticas sociales han tratado de dar respuesta a las familias ha sido a través de la parcelación de la oferta, es decir, ha generado instancias diferentes para la gestión de los problemas de las personas, es así que si existe un problema de vivienda la respuesta social, la institucionalidad y los procedimientos dependerán de la

oferta que el sistema público haya definido para ese problema, de igual manera para las necesidades de salud, educación, empleo, vulnerabilidad social, etc. Sin embargo, principalmente en las familias multiproblemáticas, esta diferenciación no es plausible, sus necesidades conforman un grupo indiferenciado de requerimientos que, se convertirán en quejas o solicitudes que se harán llegar a diversas instancias del sistema.

Es así que el manejo de la red local de servicios para el abordaje de la multiplicidad de necesidades de las familias, se configura como una necesidad para realizar las intervenciones. Sin embargo, en la comuna de Pedro Aguirre Cerda como realidad estudiada, pareciera que la red local es pobre y carente de alternativas de resolución de las necesidades de las familias y como ya mencionábamos, la lógica por ejemplo de la postulación a subsidios donde la cobertura asignada a la comuna puede no ser suficiente, además porque funciona por demanda, significa que las personas que requieran un determinado beneficio muchas veces no lo hagan (demandar) por diferentes razones como son por ejemplo no saber que existe ese recurso o no saber como postular, o malas experiencias en intentos previos de solicitar algún beneficio (¿o derecho?), entonces, a la hora de derivar, puede existir una concepción de que sin querer acumular frustraciones sean los profesionales quienes se informen para luego realizar este enlace del usuario con la instancia correspondiente (en esta caso oficina social del municipio) de ahí que tengan certeza de que no existen alternativas eficaces de derivación por las características ya mencionadas de la comuna.

Pero por otro lado, pareciera ser que desde los equipos de salud, se espera que los trabajadores sociales posean conocimiento de todos los beneficios sociales y previsionales, que puedan acceder en la atención pública de cualquier entidad local o central, situación que es cuestionada por los trabajadores sociales consultados, dando cuenta de que esta función no debiese ser una tarea exclusiva ni excluyente, además, porque ante cada caso se puede efectivamente ir informando y dando respuesta pero no es excluyente de los otros aspectos de su intervención social.

Otra dificultad, ya señalada como una característica del sistema de salud y las lógicas de atención en la Salud Mental es la patologización de problemas que pueden ser de origen social por una parte o de formas de resolución de conflictos al interior de las familias que no necesariamente deben concluir en un diagnóstico psiquiátrico; en ese caso se encuentran temas relacionados con consumo en menores de 20 años, conductas agresivas en el aula o con compañeros en el sistema escolar, víctimas de violencia, responsabilidad en delitos menores pueden ser comprendidos desde ópticas ampliadas, donde los aportes de la sociología o la antropología ayudan a los trabajadores sociales a entender estos procesos.

Si, fuera del ámbito de la salud, los trabajadores sociales parecen en una contienda eterna con los sociólogos respecto de su campo de acción o el desarrollo de sus competencias o los límites de cada quien, en salud, esta situación parece darse con límites difusos en relación con los profesionales psicólogos (aunque no necesariamente se conflictúa) y con los médicos respecto de los niveles de complementariedad de la intervención. Sin embargo, a partir de la aceptación del concepto biopsicosocial de la salud, el campo se abre legítimamente para nuestra profesión y el desafío es visibilizar el quehacer profesional de los trabajadores sociales.

HALLAZGO DE LA INVESTIGACION

La investigación es una invitación a comprender de una manera ordenada y metódica una determinada realidad, en este caso los alcances de la intervención de los trabajadores sociales que se desenvuelven en salud en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, y sus acciones específicamente en el área de la Salud Mental; con las diferencias existentes, principalmente, de orden organizativo respecto de la atención primaria y la atención en un centro de especialidad. Comparten orientaciones generales emanadas del organismo de salud correspondiente y la población atendida con una realidad histórico – social – cultural similar.

El ejercicio, de este estudio, en su totalidad por el tiempo dedicado a él y la constante búsqueda de elementos que contribuyesen a su mejor comprensión aparecen distintas ideas que pueden constituir hallazgos de la misma; la descripción de estos van a corresponder al desarrollo de dos ideas que aparecieron con más consistencia, una de ellas es constitutiva del escenario de actuación de los trabajadores sociales entrevistados, la salud y más específicamente la salud mental y la otra referida a las condiciones individuales de los profesionales y como estas pueden constituirse en facilitadores u obstaculizadores del posicionamiento de estos profesionales al interior de los equipos de trabajo.

Se podría asegurar que todo terreno de intervención para los trabajadores sociales es fértil desde la perspectiva de las posibilidades que ofrece para su inserción, desarrollo y potenciación, todo dependerá entonces de la capacidad de estos profesionales de posicionarse y ser un aporte real y constructivo al buen desempeño de las instituciones de ese campo en su atención a las personas.

El Trabajo Social está vinculado desde su aparición al campo de la salud, aunque dentro de él y en la lógica de asistir a los enfermos se podría haber ido caracterizando. Pero la salud ha cambiado o por lo menos se hacen intentos de ello; la medicina ha sido dentro de las ciencias la más afamada y los avances tecnológicos de los últimos años que han cambiado

el ritmo de la vida de todos nosotros, han sido un aporte para su mejoramiento en el objetivo de sanar.

En este escenario los trabajadores sociales definen su identidad desde como construyen esa perspectiva de la realidad, la comprensión de los sujetos de intervención y de sus roles al interior del medio sanitario, en esta medida también se construye a sí mismos; hacer mención de la intervención de los trabajadores sociales en la salud será siempre, referirse a las limitaciones o al reconocimiento que posean dentro de las funciones que deban cumplir en este medio.

La institución de salud parece flexible desde la perspectiva del quehacer y genera amplios espacios de creación o recreación de iniciativas que apunten a mejorar diversos ámbitos de la intervención. Además la misión de sanar generalizada en la misma, sólo puede correr riesgos si en su aparato organizativo se burocratiza en extremo.

Salud es o sigue siendo un excelente medio de desenvolvimiento del quehacer profesional, y si el objeto del Trabajo Social tuviese solo que ver con la acción transformadora, las personas cuando acuden a atenderse en el sistema de salud, están, a pesar de las dificultades, en un momento propicio para comenzar a pensar en un cambio de algunos aspectos de su estructura que mejore esa situación de disconformidad o problema.

Un problema de Salud Mental es, generalmente, un escenario de crisis pero constitutivamente es también una oportunidad, por lo tanto la intervención de los trabajadores sociales en esta situación ocupa una posición privilegiada. La posibilidad de instalar cambios de conducta o cambios en la comprensión de las circunstancias que vivan los sujetos además de también entender como lo que ellos decidan, frente a cada evento, define sus consecuencias o comprender como todo se relaciona y discriminar cuales son los aspectos que ellos pueden variar para cambiar los resultados, es sin duda una oportunidad magnífica.

Otro de los aspectos a relevar es relacionado con el anterior las condiciones, el perfil o las características individuales de los trabajadores sociales. La especificidad en cada área le va dando a los mismos, un nivel de destreza considerable en el desarrollo de sus tareas; además el conocimiento pertinente de las alternativas posibles, en realidad es un conocimiento adquirido en la práctica con las experiencias de asertividad frente a las acciones emprendidas, que siempre deberán variar pues cada individuo representa una situación única en tanto cada individuo y el momento que le toca vivir lo es.

Una práctica que se retroalimenta en la intervención, y debiese ir rescatando siempre ese conocimiento que constantemente va modificándose por decirlo de alguna manera pues su construcción debe ser flexible frente a los cambios, armonioso con respecto a la totalidad de esa realidad, pertinente en su accionar, disciplinar en tanto los fundamentos teóricos de dicho accionar, etc.

Acción además que debiese cultivar y mantener una postura reflexiva, siendo capaz de mirarse y evaluar. La posibilidad que poseen las personas de darse cuenta y a partir de este hecho mejorar lo que suceda de ahí en adelante, es una buena posibilidad. Otra capacidad inherente al hombre debe ser la de crear, en este caso de crear respuestas, de proponer cambios pequeños o significativos y de descubrir cuales son los medios para alcanzarlos.

Toda acción de intervención profesional debe ser planificada y realizada a plena conciencia, organizada en función de ese otro de acuerdo a lo que ese contexto de la relación nos permita; por su parte toda relación humana está cruzada por las capacidades que poseamos, por una parte y respecto de sí mismo, de percibir, aprender y aprehender, corregir, entre otras y todas positivas; y por otra, respecto de ese otro la posibilidad de ser empático, propositivo, respetuoso, además porque solo en la relación con otro se puede ejercitar la solidaridad.

PROPUESTA AL TRABAJO SOCIAL

Las propuestas al Trabajo Social se elaboran desde el principio de poder contribuir al mejoramiento de la práctica de los trabajadores sociales que se desenvuelven en salud en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, considerando que es un conjunto de personas comprometidas con la acción profesional que realizan a diario. Se suma a ello el hecho que se encuentran en un medio, en donde los usuarios en su mayoría son de alta vulnerabilidad social, y que demandan por atención en el sistema de salud pública, por lo tanto, es un deber ético no extremar su situación de dolor o sufrimiento. Con estas consideraciones a priori, las propuestas son las siguientes:

La primera de éstas tiene que ver con el fortalecimiento de la idea de reunirse sistemáticamente a conversar, discutir, compartir sobre su quehacer; donde coordinarse no es una acción que tenga que ver con el trabajo en si mismo sino frente a las perspectivas que se tengan sobre tal o cual asunto; o alinearse dice relación con compartir sustentadamente posiciones frente a situaciones de conflicto por ejemplo o poner a la palestra temáticas o formas de entender y atender las mismas, en el área de la salud.

Los participantes del grupo focal, habiendo tenido una experiencia como ésta, lo plantean como necesario a pesar de que han dejado de lado esta práctica, excepto cuando las ocasiones los reúne parcialmente en función de compartir sobre temáticas específicas de trabajo. De ese modo, el reunirse para aportar sus experiencias al presente estudio no sólo fue necesario para el desarrollo del mismo, sino que además daba cuenta de una necesidad especificada por el equipo.

Si esta práctica se extendiera al conjunto del Trabajo Social en general y dado que los sistemas son sinérgicos, la profesión se fortalecería en términos de identidad y de su acción social. La posibilidad de reunirse no tiene que ver con homogenizar determinadas prácticas dentro de la profesión, sino de sustentar y construir de manera colectiva la acción y la memoria del Trabajo Social.

Pensar en construir una memoria colectiva del quehacer profesional desde su práctica es una propuesta positiva respecto de la visibilidad u validación del ejercicio profesional; sin embargo, ello exige el reconocimiento de que existen elementos centrales como la flexibilidad metodológica para poder adaptarse a cada realidad (a intervenir o a vivenciar al interior de los equipos), para impulsar acciones creativas que puedan desplegar; en el caso específico del Trabajo Social en Salud Mental, implica por ejemplo, reconocer la importancia desde la profesión del vínculo terapéutico con el usuario, de que si ante una buena y eficiente propuesta de intervención, definir si ésta es replicable o no y determinar cuáles serían las condiciones de esa replicabilidad.

Lo anterior, es posible vincularlo con la esquivada acción de sistematizar el trabajo realizado. Sin embargo, hay que reconocer que como acción individual pueden haber muchas más limitaciones pues en la cotidianeidad laboral, se complejiza su realización. Su ausencia no tiene que ver con las competencias individuales de las profesionales sino con las posibilidades de llevarlo a efecto.

A partir de los hallazgos de esta investigación es posible diferenciar entre ellos los perfiles o personalidades de cada uno, entonces sí es esmero de cada uno el poder hacer confluir sus conocimientos adquiridos en la práctica en trabajos de sistematización. En Salud Mental uno de los métodos más eficaces podría ser el relato de casos clínicos que conocen su trayectoria y evolución o las causas de su imposibilidad de salir del estado crítico en el que se encuentren, además el relato es atractivo desde el punto de vista de su estructura y dinámica. También podría ser en el registro sistemático y posterior publicación (aunque sea en páginas locales) de prácticas innovadoras de trabajo grupal que se generan frente a diferentes problemáticas de Salud Mental.

La posibilidad de compartir los aprendizajes adquiridos es una invitación y luego la capacidad de poder reflexionar en conjunto sobre qué de aquellas prácticas fueron más eficientes y de qué dependía de que esto fuese así. Siempre y como casi todo requiere de

tiempo y voluntades pero lo claro es que la práctica transformadora, por principio no debiese quedar atrapado en la cotidianeidad sino que se debe intencionar.

Y por último, a propósito de lo ya señalado la propuesta de buscar y generar espacios de sistematización y, posiblemente, la formación necesaria para ello, considerando además que hoy existen medios que nos permiten captar la riqueza que espontáneamente surge en los espacios terapéuticos; por ejemplo, mediante la grabación de algunas sesiones individuales o de grupo, o todas las sesiones del proceso de una persona que permitiría construir una historia; o llevar mejores registros en las fichas clínicas que permitan construir evidencia en el cruce problema/ posibilidades y estrategias de intervención. Todo esto, con la finalidad de visualizar y socializar los conocimientos adquiridos en la práctica.

Bibliografía

- Alarcón, Renato (1990): *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. Siglo XXI de España Editores. Madrid.
- Almonte, C. y Musalem, R. (2006): “Terapia familiar en adolescentes”. En Valdivia, M. y Condeza, M.: *Psiquiatría del adolescente*. Editorial Mediterráneo. Santiago. Chile.
- Aquin, N. (2003): *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Carvajal, J. (2007): “Salud y Familia”. En: *La Familia en Chile a comienzos del siglo XXI*. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana. Chile.
- Plan de Salud (2011): Documento de trabajo. Departamento de Salud. Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda
- Evaluación y Planificación: Documento de Trabajo. Equipo COSAM.
(2010-2011) Departamento de Salud. Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda
- De Robertis, Cristina (2003): *Fundamentos del trabajo social: ética y metodología*. Universitat de Valencia. España.
- Du Ranquet, M. (2007): *Los Modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Editorial Siglo XXI. Madrid.

- Eroles, C., (coord.) (1998): *Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Escartín, M. (1998): *Manual de Trabajo Social. Modelos de práctica profesional*. Editorial Aguaclara. España.
- Florenzano, R.; Sotomayor, P
Otava, M. (2001): “Estudio comparativo del rol de la socialización y familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles”, *Revista chilena de pediatría*, Vol. 72, Nº 3, Santiago. Chile.
- Florenzano, R. (2005): “Conductas de riesgo adolescentes y factores protectores”. En Ramón Florenzano y Macarena Valdés (ed.) *El Adolescente y sus Conductas de Riesgo*, Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago.
- Giannini, H. (1987): *La “reflexión” cotidiana. Hacia una arqueología de la experiencia*. Editorial Universitaria. Chile.
- Gyarmati, G. (1991): “Salud y Enfermedad: hacia un paradigma bio-psico-social”. *Revista Vida Médica*. s/l. s/e.
- González, L. (2006): “Hacia una ciencia social de la salud mental adolescente”. En Valdivia, M. y Condeza, M.: *Psiquiatría del adolescente*. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile.

- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998): *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Colombia.
- Ituarte, A. (1992): *Procedimientos y procesos en Trabajo Social clínico*, Consejo General de DTS y AASS. Editorial Siglo XXI. Madrid.
- Diccionario Enciclopédico, (1997): Novena Edición. Editorial Larousse. México. Ciudadano: 177
- Minoletti, A. López, C. (1999): *Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias*. Ministerio de Salud. Chile.
- Minoletti, A. (2002): *La reorientación de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría en Chile*. Foro de Promoción de la Salud en las Américas. Santiago de Chile.
- Chile. Ministerio de Salud, (2008): *Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria*. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Minsal. Chile.
- Chile. Ministerio de Salud, (2000-2005): *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Minsal. Santiago.
- Mondragón, J., Trigueros, I. (2005): *Trabajador Social: Temario para la preparación de oposiciones*, Editorial MAD S. L. Sevilla. España.

- Navarro, J.; Fuertes, A. y Ugidos, T. (1999): *Prevención e intervención en Salud Mental*. Amaru Ediciones. Salamanca.
- Novel, G.; Lluch, M. y Miguel, M. (2005): *Enfermería psicosocial y salud mental*. Elsevier España. Madrid.
- Oliva, C. e Hidalgo, C. (2004): “Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la atención primaria”. *Psyke*, Vol. 13, Nº 2.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002): *La salud en las Américas*, Oficina Sanitaria Panamericana. Washington.
- Payne, M. (1995): *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Editorial Paidós. Barcelona. España.
- Pérez, G. (2003): *Investigación cualitativa. Métodos y Técnicas*. Editorial Docencias. Buenos Aires. Argentina.
- Oliva, M. y Caniglia C. (2010): *Plan de Salud Mental de la red del SSMS avances en el camino propuesto*. Jornada de Salud Mental. Pedro Aguirre Cerda. Equipo de SM. del SSMS.

- Quintero, M. y Genisans, N.(1985): *El Diagnóstico Social*. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires. Argentina.
- Pastor, G. (1988): *Sociología de la Familia: Enfoque Institucional y grupal*. Editorial Sígueme S.A. Salamanca. España.
- Ribeiro, M. (2000): *Familia y Política Social*. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.
- Richmond, M. (1977) *Caso Social Individual*. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires.
- Torres, J. (1987): *Historia del Trabajo Social*. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires
- Tello, N. (2000): “Modelos de Trabajo Social: notas para su discusión”. En: *Anales de Trabajo Social*, Escuela Universitaria de TS Universidad de Murcia España y Escuela Nacional de TS UNAM. México.
- Valdés, X., Valdés T. (2005): *Familia y Vida Privada ¿Transformaciones, tensiones, resistencias o nuevos sentidos?*. FLACSO. Santiago de Chile.
- Valles, M. (2003): *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis. Madrid
- Viscarret, J. (2007): *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Editorial Alianza. Madrid.

Recursos electrónicos

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud (2011): *Listado de establecimientos*, (consultado el 11 de marzo de 2011) <http://intradeis.minsal.cl/sies/ViewEstable.aspx>.
- Comuna de Pedro Aguirre Cerda (2008): *Diagnóstico Comunal de Seguridad Ciudadana*. (Consultado el 19 de noviembre de 2010) www.pedroaguirrecerda.cl/2008/imagenes/stories/comunasegura/diagnostico_pac_2005.pdf
- Escartín, María José, (2010): página electrónica BITS N° 14, Enero, Boletín Informativo de Trabajo Social - ISSN 1578-9578. Universidad de Castilla. (Consultado el 19 de Noviembre de 2010). <http://www.uclm.es/bits/sumario>
- Ituarte, Amaya (2009): *Sentido del Trabajo Social en Salud*. Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. Zaragoza. (Consultado 25 de octubre de 2010) http://www.cgtrabajosocial.es/alicante/documentos/congreso/09_Amaya_Ituarte_Tellaeche.pdf
- Méndez, Ximena (1998): *El Modelo Clínico de Intervención Psicosocial*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. © Revista de Servicio Social, Vol. 1, N° 1, (Mayo - Noviembre). Chile. (Consultado el 10 de septiembre de 2010)

<http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero1/articulos/a4/articulo4.htm>

Ministerio de Salud (2000):

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental. Minsal. (Consultado noviembre 2009)

<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/visit.php?cid=27&lid=120>

Ministerio de Salud (2010):

Servicios de Salud, (Consultado el 15 de abril de 2011)

http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/servicios%20-%20funciones.html.

Miranda Aranda, Miguel. (2003):

Los Modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias. Universidad de Zaragoza. Valencia. (Consultado en septiembre 2009)

<http://tsocial.academia.cl/originales/tsocial/index.htm>

Poblete, F., Sapag, J., Bossert, T. (2008):

“Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud”. *Revista Médica de Chile.* Versión impresa ISSN 0034- 9887. (Consultada el 10 de septiembre de 2010)

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872008000200014&script=sci_arttext

- Rodríguez, M. (1999) “La familia multiproblemática y el modelo sistémico”, *Perspectivas Sistémicas*. N° 55. Asociación Andaluza de Terapia Familiar. (4-5) (Consultada en diciembre de 2009).
<http://www.redsistemica.com.ar/multi.htm>
- (2003) “La familia multiproblemática y en modelo sistémico”. PDF. *Portularia* 3, 2003, (89-115), ISSN 1578- 0236.Universidad de Huelva. (Consultada en noviembre de 2010).
<http://www.redsistemica.com.ar/multi.htm>
- Segalen, M. (2008): *Antropología histórica de la familia*. (Consultado en diciembre de 2009)
<http://www.monografias.com/trabajos/antrofamilia/antr ofamilia.shtml?monosearch>
- Torres, R. (2001): *Experiencias de psiquiatría Comunitaria en Chile*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago. (Consultado el 11 de febrero de 2011)
www.psiquiatriasur.cl
- Conceptos de Terapia Sistémica, (consultado el 06 de mayo de 2011)
www.psicoterapiaintegra.com.ar/terapia_famili ar.php

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensiones	Sub- dimensión	Indicador
La intervención social de los trabajadores sociales en Salud Mental.	Desde sus discursos corresponde a describir la intervención que realizan estos profesionales en el área de Salud Mental en los equipos de Salud Mental con familias multiproblemáticas, que puede variar según el escenario de acción y que parece no estar visibilizado.	Funciones que desarrollan los Trabajadores Sociales en Salud Mental. Rol de los trabajadores sociales que se desempeñan en Salud Mental.	Primera Acogida – Proceso de ingreso Intervención clínica	<i>¿Cuál es la labor de los Trabajadores Sociales en el área de la Salud Mental, con familias multiproblemáticas, en la comuna de Pedro Aguirre Cerda?</i> ¿Cuáles son las estrategias (técnicas y de que modelos) que utilizan de manera más frecuentes? ¿Cuáles las formas que va tomando la acción con el tiempo (experiencia) y como de eso va resultando un conocimiento compartido? ¿Cómo se proyecta su accionar?

		Interacción de los Trabajadores Sociales al interior de los equipos de trabajo de Salud Mental.	¿Cómo se pueden generar instancias de discusión y análisis del quehacer profesional? <i>¿De qué manera perciben los trabajadores sociales, su relación con los equipos de trabajo en Salud Mental, en la intervención con familias multiproblemáticas, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda?</i> ¿Cómo se posiciona el Trabajo Social en el complejo mundo de la atención en salud? ¿Cuáles son sus experiencias y buenas prácticas del Trabajo Social en la comuna de Pedro Aguirre Cerda?
--	--	---	--

Variable	Definición	Dimensiones	Sub- dimensión	Indicador
Factores que inciden en la intervención social en el área de Salud Mental	Desde el discurso de los Trabajadores Sociales, corresponde a los diversos elementos que pueden ser externos o internos y ellos evalúan intervienen en su quehacer	Facilitadores del proceso Obstaculizadores a los que se enfrentan	Dinámica laboral Contexto externo Intervención y conceptos de SM	<i>¿Cuáles son los elementos presentes en el quehacer del Trabajo Social, que inciden en la intervención con familias multiproblemáticas, en el área de Salud Mental, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda?</i> Cuáles son sus Fortalezas Y cuales sus Debilidades (en la acción) Cuáles han sido los Facilitadores Y cuales los Obstáculos (más relevantes)

INSTRUMENTO

PREGUNTAS DESARROLLADAS EN EL GRUPO FOCAL

EN GENERAL, DESDE SU DESEMPEÑO

¿Cuáles son las estrategias (técnicas y de que modelos) que utilizan de manera más frecuentes durante su intervención profesional?

¿Cómo se posiciona el Trabajo Social en el complejo mundo de la atención en salud?

¿Cuáles las formas que va tomando la acción con el tiempo (experiencia)? y ¿Cómo de eso va resultando un conocimiento compartido?

¿Cómo se proyecta su accionar?

¿Cómo se pueden generar instancias de discusión y análisis del quehacer profesional?

¿Cuáles son sus experiencias y buenas prácticas del Trabajo Social en la comuna de Pedro Aguirre Cerda?

DESDE EL CONTEXTO

¿Cuáles han sido los Facilitadores?

¿Y cuáles son los Obstáculos (más relevantes) en su accionar profesional?

¿Cuáles son sus Fortalezas?

¿Y cuáles son sus Debilidades (en la acción)?

Unidad de análisis: Funciones del Trabajo Social

	Proceso de Ingreso y acogida de la familia	Aspectos relacionados con la Intervención clínica
TS 3	<i>“... yo lo primero que hago es preguntar para no terminar de sorprenderme, de que la gente nunca sabe por qué va”.</i> <i>“...en el fondo es, como uno genera un diagnóstico que logre identificar como aparece esta famosa hipertensión y eso tiene que ver con estresores familiares, dinámicas familiares conflictivas con estilos de vida pocos saludables”.</i>	<i>“...el manejo de técnicas, por ejemplo, para cambiar, ir controlando, darle tareas a la gente, volver a citarlos. Tener la posibilidad de hacer un seguimiento mas acucioso de los casos, de manejar técnicas para intervenir en generar cambios...”.</i> <i>“Generar otras estrategias mas pedagógicas, que tiene que ver con mas simplicidad para poder incorporar cambios, cambios en el estilo de vida...”.</i> <i>“... la intervención tiene que cruzar por los ámbitos promocionales, preventivos y de tratamiento. Yo si lo incorporo: váyase a hacer educación física acá, algún pequeño análisis de lo que tienen que ir modificando en el hogar”.</i> <i>“lo cognitivo- conductual, psicoanalista...”.</i> <i>“... en general, el año pasado, los psicólogos que llegaron hartos: soy clínico”.</i>
TS 2	<i>“... siento que en general el Trabajador Social, desde el punto de vista de la intervención que hacemos en salud, con este tipo de familias, en general, hacemos como la acogida de esta familia, ha nosotros mayoritariamente nos derivan los otros profesionales de todo”.</i> <i>“... o sea, yo creo que si no es el 100% es el 99% de las familias, que atendemos que tiene una dificultad económica dentro del diagnóstico del problema que</i>	<i>“... si lo que me da lata, es que a esa persona que le dieron fluoxetina, que le dieron diazepam para la noche y se vaya para la casa solo con el tratamiento farmacológico.¿ Cómo aportamos a generar un cambio en esa familia?, como potenciamos al resto de la familia...”.</i>

	<i>se ve, definitivamente hay un tema económico de por medio”.</i>	
TS 1	<i>“nunca saben porque van, pero eso ya dice algo”.</i> <i>“... hemos podido instalarnos de otra manera, de hecho... de repente nos mandan cualquiera que llora. Estamos validadas, además, como el gran contenedor psicosocial de la atención primaria”.</i> <i>“... sabes, que desde lo que yo hago, es un poco distinto, parece que a la entrada que hace TS 3, porque de verdad a mi me da lo mismo por lo que llegan a mi oficina, si es la hipertensión, el trastorno hiper cinético, sea lo que sea, porque mi mirada no va por ahí...”.</i> <i>“... mi mirada va en como yo veo esa familia estructuralmente, no se si con este modelo de salud familiar, tendré mas agudizado el ojo, pero yo lo primero que me fijo en termino de relaciones, de roles, interacciones, alianzas, coaliciones, me fijo en ese tipo de pautas de conducta de las familias”.</i> <i>“...voy viendo en que etapa podrán estar si están en la etapa de precontemplación o contemplación, para saber donde me voy a ir a meter,... de verdad el síntoma por el que llegan a la oficina,... me da lo mismo”.</i>	<i>“Cuando tu preguntas cuál de esos tres modelos yo me siento súper ecléctica, yo saco de los tres modelos lo que mejor me acomoda, va dependiendo de la situación, la familia, dependiendo de los que yo voy mirando, así que no me caso con ninguno, para mi los tres son buenos en determinadas etapas...”.</i> <i>“... voy a mirar la otra parte de cómo se están comportando como familia y desde ahí concensuado con la familia hago un plan de acción”.</i> <i>“... y por eso últimamente yo lo que más hago, son consejerías familiares, me acomoda mucho la metodología, porque ahí también aplico otras cuestiones, por ejemplo, empezar a problematizar con la familia para donde se dirigen ellos, que es lo que quieren, que es lo que los hace más felices y trabajar desde ese ámbito y como el sistema es sinérgico lo mas probable y de seguro que eso les va afectando su tema con sus mismas enfermedades”.</i>
TS 6	<i>"Claro las que llegan acá, son familias multiproblemáticas...”.</i> <i>“... cómo construyo con ella mas allá, de lo que yo</i>	<i>“...no me imagino con uno, como que lo encuentro limitado, como los psicólogos que tienen como...”.</i> <i>“yo creo que es algo característico además de ellos”.</i>

	vea que necesite..., desde mi, que puede ser, que yo lo vea así... cómo construimos con esta persona lo que efectivamente a ella..., le interesa...”.	“Pasa que de repente la gente que llega, con la expectativa de que la vea un psicólogo.... Pero cuando yo me enfrento, no necesariamente tiene que ir a psicoterapia o la tengo que derivar a otra cosa. A lo mejor hay cosas que yo como trabajadora social puedo hacer, en el entendido que mis intervenciones pueden ser tan efectivas como las de un psicólogo o la de otro profesional...”.
TS 5	“es muy alto el rango por lo que te pueden derivar”. “es como capaz de resolver todo”.	
TS 4	“Ahora, viniéndome a trabajar a un lugar especializado de Salud Mental,... me vuelvo a encontrar con la expectativa y que es lo que le pasa al otro con la derivación hacia mi.... tengo que empezar a cachar, ya ¿cuál es mi rol, entonces, en este espacio?, ¿desde donde yo apporto? ¿Cuál es la mirada que yo puedo tener?”. “...nosotros no nos podemos olvidar que estamos en un contexto y ese contexto es salud y de un sistema de salud que está organizado, normado y que tiene una ideología dominante, igual sobre lo que nosotros tenemos que entender de los problemas de las personas”. “...siento que tanto problema social, lo patologizan en salud mental. ... hay que ir acotando para que no patologizemos todo, la tendencia por lo menos del pensamiento hegemónico es a la patologización...”.	“...de cómo algunos elementos se van introduciendo, que en alguna manera van permitiendo una mirada mas integral del problema de las personas; sin embargo yo siento que igual nos encontramos con las expectativas de los usuarios, que las expectativas no siempre tiene que ver con lo que nosotros estamos pensando en este diálogo que tiene la institucionalidad con los usuarios”.

Unidad de análisis: Rol del Trabajo Social

TS 2	<i>“... estaba pensando en una señora que hoy día me derivaron para ingreso en Salud Mental por depresión ¿hace cuanto tiempo se está sintiendo así?... No en realidad hace tiempo, pero desde que el doctor me dijo que tenía depresión me he sentido peor. Es como que asumen el diagnóstico”.</i> <i>“... de verdad no se si mata pero marca, entonces cuando yo empiezo a trabajar con esta familia, mas que con el diagnóstico propiamente tal, con el que llegan, yo creo que la primera gran intervención o la primera gran apuesta, es sacarle ese peso que traen, con el diagnóstico. Hay es donde yo también apelo a la intervención biopsicosocial, yo también soy una activista de todo lo complementario una mirada totalmente distinta al resto del equipo, en el modelo médico mucho más estancado de los avances que se cree”.</i> <i>“Igual van por eso (Diagnóstico), pero yo creo que hay que mirar otras cosas”. ... que tenemos la capacidad de mirar mas allá de lo que miran los otros, de ampliar la intervención”.</i> <i>“... cuando hablamos de las familias multiproblemáticas y como las intervenciones que logramos hacer...”. Siempre que me llega alguien por... por descompensación de hipertensión pa’ seguir con el ejemplo de la AB, termino trabajando con otro tema absolutamente distinto por el que llego esta persona”.</i> <i>“pero también tiene que ver en un porcentaje con los perfiles”.</i>
TS 4	<i>“Por lo menos a mi me ha pasado también, cuando yo estaba en el Neghme, si bien el modelo (de Salud Familiar) estaba bastante poco implementado, me imagino que hoy día esta mas implementado, pero me pasaba que era como una norma derivar a todos los recién nacidos a la consulta de asistente social.”</i> <i>“... cuando yo llegué a trabajar y me llegó el primer recién nacido a la consulta decía, cuál es la lógica que hay detrás de por qué me lo derivan a mi, para poder entender entonces cuál era mi rol, cuál es el aporte que yo podía realizar en ese espacio, entonces ahí empiezas a mirar y a decir claro, efectivamente, uno de aquí puede hacer un aporte, porque tiene que ver con potenciar ciertas cosas pero también seguir algunos lineamientos... y algunas cosas que uno se va aprendiendo”.</i> <i>“...y vuelve a tomar fuerza el tema de lo psicoeducativo y también de alguna manera, me pasó, que le estoy</i>

	<i>agarrando cada vez menos interés al tema del diagnóstico, esto como que cada vez me importa menos, el motivo por el cual llegan o el diagnóstico o esta definición, o este cartelito con el cual llega la gente, depresiva o de trastorno de personalidad, o lo que fuera, y menos me importaba si es que la persona no conocía su diagnóstico, si es que no tenía claridad de que es lo que estaban pensando que ella tenía. Yo siento que nosotros podemos hacer diagnósticos súper acabados, pero si hacemos diagnósticos para nosotros, como profesionales, da lo mismo..., lo importante es que le sirva a la persona que esta parada delante de nosotros, podemos tener toda una teoría de lo que le pasa a esta familia pero... ”.</i> <i>“...entonces cuando me vengo para acá (COSAM), me pasa que también tengo que empezar a cachar, ya ¿cuál es mi rol, entonces, en este espacio?, ¿desde dónde yo apporto? ¿Cuál es la mirada que yo puedo tener?, porque claramente venirme para acá no significaba venirme para hacer ingresos o visitas domiciliarias, que es un poco la mirada mas tradicional que pueden tener los otros profesionales del rol que tu ejercis. Acá por suerte estaba TS 6 de directora entonces había una validación de lo que era el Trabajo Social, pero a mí, en lo particular, me significó ponerme a pensar, bueno desde dónde apporto, ¿cómo apporto yo en esta problemática específica que trae el otro?</i> <i>“... será un tema de personalidad, será de un tema del rol, será un tema de cómo aprendimos a ejercer el trabajo y que de verdad de repente nos creemos en alguna medida agentes de cambios... ”.</i> <i>“...porque en el centro de salud igual hay una construcción colectiva de qué es lo que tiene que hacer el Trabajador Social, ahí en ese espacio, porque te lo derivan. No explicita muchas veces. Hay cosas que uno tiene que ir cachando. Hay centros en que tiene mayor validación y otros en que tiene menor validación”.</i> <i>“...uno no puede desconocer los contextos, y yo creo que hay contextos menos propicios para el desarrollo de algunas pegas y que te van a querer mantener ligado a cierto rol”.</i> <i>“Se acuerdan hace unos años atrás, cuando inventamos las reuniones de social de toda la comuna y generó una complicación, no se quién reclamó... parece que las enfermeras, las nutricionistas reclamaron, que por qué no tenían reunión ellas también, que nos suspendieron las reuniones que nosotros estábamos armando y que tenía que ver con poder organizar... y de pensar en nuestro quehacer y poder potenciar ciertas cosas, entonces yo creo que siempre de alguna manera a lo mejor porque las características de la profesión o características de personalidad de los que estamos ahí, pero siempre hemos sido mirados como que podemos</i>
--	---

	<i>revolverla mucho”.</i> <i>“Yo siento que en eso claramente hay algunos espacios que son más limitados y por ejemplo el estilo de liderazgo de la (Directora de uno de los CESFAM) siempre ha sido un estilo de liderazgo dictatorial... o sea a ella se le ocurre una cuestión y la define”.</i>
TS 1	<i>“hay alguien que dice que el diagnóstico mata...”.</i> <i>“yo creo que de verdad tiene que ver cómo uno se apropia del rol”.</i> <i>“.... eso depende de los centros, insisto, yo estoy feliz en el mío por lo menos hasta el año pasado, diciembre del 2009, porque hemos sido súper libres... eso que decía la Alejandra del quehacer del servicio social, nosotros fuimos a haciendo otros filtros; no citábamos a todos los recién nacidos, las asistentes sociales conformaba otros grupos de riesgo, nosotros definimos nuestra agenda, nosotros inventamos nuestras prestaciones, nosotros incorporamos la consejería familiar, y la consejería individual y los talleres de aquí y de cuanto..., nosotras, equipo de servicio social del consultorio, nadie nos ha definido nada, es muy distinto si bien es cierto que TS 2 este centrada en lo mas paternalista de que le ofrecemos o no, o sea eso es lo mínimo que hacemos...”.</i>
TS 3	<i>“... en días buenos puedes atender hasta diez personas en la mañana. Tu tienes que intervenir desde lo positivo como empiezas a generar instrucciones y la persona, también, va cambiando su estilo de vida bueno, en este caso las enfermedades mas crónicas como la HTA y la DBT se van manteniendo compensadas, porque nosotros no le vamos a curar la DBT ni la HTA”</i>

Unidad de análisis: Interacción del Trabajo Social

TS 2	<i>“... igual es astuta, ha habido conflictos en los que ella ha empatizado o ha estado de parte mía, en este caso, que fui yo la que tuve el atado, entonces yo creo que también no es tonta y sabe que somos líderes en nuestros sectores”.</i> <i>“a pero espérate, es una cosa a lo mejor de bono, porque la TS 1 si ha sido jefa de sector y yo la sub. jefa de sector, si no esta el Carlos estoy yo,... le ayudo en un 60 o más en el trabajo en el CESFAM”.</i> <i>“no, no y yo por eso te digo, tiene que ver, no sé, con lo posicionados, también obviamente con los perfiles de nosotros y todo...”.</i> <i>“...en esta mismo caso de los cuidadores,... cuando tu cambias el foco de atención de abastecer o brindar una mejor calidad de vida para este postrado y lo agregas a ese cuidador y de repente uno misma genera crisis. ¿Y usted cómo está? y no fue más que eso...”</i>
TS 4	<i>“ yo quiero decir que, aparte de los estilos de liderazgo, tiene que ver igual, con una sensación creo yo que a lo mejor no es tan colectiva, a lo mejor es mas individual, a lo mejor voy a generalizar, como desde lo profesional, pero que de alguna manera nosotros tenemos un poder distinto que algunos otros. Por ejemplo cuando llegó el M., acá (ex director de COSAM) ustedes cachan que las cosas no fueron de las mas fluidas”.</i> <i>“que además era trabajador social, pero ¿cuál fue la estrategia que él utilizó?, a todas las trabajadores sociales nos quitó cualquier responsabilidad que tuviéramos y asumieron puras responsabilidades, las psicólogas, de hecho ni siquiera participábamos en algunas reuniones, ni siquiera había una trabajadora social que pudiera estar en el equipo de gestión, salvo la B. pero que era de Promoción o sea ni siquiera podemos hablar no de las tareas específicas del COSAM. Entonces también yo siento, porque ahí fue casi una segregación profesional una psicogilización del trabajo”.</i> <i>“a mi me pasa que yo definiendo eso y también lo he percibido pero no veo jefas de sector trabajadoras sociales”.</i>

	<i>“pero por ejemplo, (en dos de los centros de la comuna), ¿habría posibilidad de que algún trabajador social fuera efectivamente jefe de sector?”.</i> <i>“y no es la misma mirada que en otras profesiones, no es la misma mirada hacia las enfermeras, o hacia las nutricionistas.”</i>
TS 1	<i>“las reuniones de sector giran en torno a lo que nosotros gestionamos, a si nosotros resolvimos un problema”.</i> <i>“nosotros estamos negadas a tener ese poder formal, pero hasta el año pasado teníamos jefaturas en todo”.</i> <i>“nosotras le rayamos la cancha a esta nueva directora desde el primer momento en que llego.... Nos ha pelado, pero nunca ha sido capaz de enfrentarnos y decirnos cualquier otra cosa, se enoja en algún minuto, pero les queda claro que con las asistentes sociales no se va a meter, le rayamos la cancha sin querer”.</i>
TS 5	<i>“que era nuestro colega por cierto”.</i> <i>“es como ganar espacio igual”.</i> <i>“Pero eso tiene que ver con el ejercicio profesional de todos los funcionarios que trabajan con esa persona, no solo tú. ... la red también es dentro del centro de salud, con tus pares, dentro de sus propios equipos”.</i>
TS 3	<i>“... si estamos hablando del tema del rol, a mí como que todos me preguntan, hasta cuestiones sencillas y simples, al final terminó yo hablando más en la reunión, (de sector)”.</i> <i>“... yo creo que lo que tiene sentido es fortalecer el vinculo, lo que hay de vinculo fortalecerlo primero”. TS 1 señala: “El tema igual pasa por tus compañeros de trabajo”.</i>

Unidad de Análisis: facilitadores

TS 3	<i>“... el manejo de técnicas, por ejemplo... ir controlando... darle tareas, ...citarlos, hacer un seguimiento, ...intervenir en generar cambios; desde lo psicoeducativo, desde lo cognitivo y evaluar también las dificultades que ellos tienen...”.</i> <i>“... yo creo que si a nivel individual, de cada asistente social que trabajamos en el Neghme, si hay un alto porcentaje de valorización de reconocimiento y validación”.</i> <i>¿Qué me paso a mi?, yo tuve que irme instruyendo en temas de salud porque yo no cachaba nada, así como en lo general de morbilidades y co morbilidades...”.</i> <i>“... yo creo que habría que juntarse una vez más”.</i>
TS 4	<i>“De hecho una de las primeras cosas que yo llegue a esta comuna, fue empezar a ir a capacitaciones a aprender, modelos, guías clínicas, cual es el abordaje y cosas que vienen como bastante detalladas; a lo mejor no, con todos los problemas pero si con algunos bastante detallado, de que es lo que entiende el sistema de salud publico respecto de los problemas de salud de las personas, con algunas innovaciones como el tema de salud familiar y algunas otras cosas que me parece súper interesantes como en el caso de lo que nosotros hacemos acá en la psiquiatría comunitaria”.</i> <i>“Y me pasa que cada vez, también, he ido tratando de incorporar mas, miradas no hegemónicas del concepto de la salud. Es decir cómo se entiende desde otras perspectivas las problemáticas de salud, como se entienden desde otra mirada los problemas de la salud. O sea una hipertensión mirada desde la medicina alopática es eso, que te subió la presión por a, b o c, pero mirada desde teorías que ven la enfermedad, desde la mirada emocional, hablan del manejo de la rabia y de cómo esa persona está manejando la rabia”.</i> <i>“... y si siento que falta el espacio de conversación necesario para poder ir viendo estas variantes porque yo siento que de alguna manera los Trabajadores Sociales siempre hemos... no se si será deformación profesional o que. Pero siempre es como si estamos un poco hinchando desde abajo, hinchando con el tema biopsicosocial, ya se concreto eso,... tirando el carro un poco más allá. Hoy día tenemos el modelo de Salud</i>

	<i>Familiar, pero ya como que estamos ahí hinchando igual un poco más allá, miremos otras cosas... ”.</i> <i>“...lo que tendríamos que hacer tendríamos que volver a juntarnos comunalmente, ... volveríamos a fortalecer esos lazos y conversar efectivamente esto que estamos hablando, para poder llegar con una idea distinta mas conversada, mas colectiva, de que es lo que nosotros entendemos, porque creemos, que es necesario... ”.</i> <i>“... yo creo que podría ser interesante que nos juntáramos solamente a hablar del rol en tal cosa, un tema acotado y que de allí vayan fluyendo cosas y surgiendo cosas con todas las diferencias que tenemos además”.</i>
TS 6	<i>“Porque no nos juntamos, aunque sea a las cinco de la tarde, porque yo creo que podemos disponer de un espacio que no sea laboral para poder juntarnos y poder hablar... y a lo mejor de ahí , volver a plantear una demanda en el espacio mas laboral”.</i>
TS 2	<i>“Ahora dentro de la lógica de la consejería y como los aportes que uno puede hacer... trato de potenciar al máximo los factores protectores o las oportunidades que pueda tener esta familia...”</i> <i>“... que tenemos la capacidad de mirar mas allá de lo que miran los otros, de ampliar la intervención”.</i> <i>“... ahora yo creo que una de las fortalezas definitivamente tiene que ver con el reconocimiento y la validación del trabajo social en el equipo”.</i> <i>“... hemos estado en esta comuna primero como mayoría, no se si de todas las carreras pero si que somos hartos. Estamos hablando de tres a tres y media asistentes sociales por centro parece...”.</i> <i>“...la asistente social sabe que hacer, va a saber si mandarla a psicólogo, afinar mas el diagnóstico”.</i>
TS 1	<i>“... es otra la mirada que tenemos nosotros, si el resto del equipo está o no sensibilizado yo creo que todavía..., se han ido sumando bastantes mas en el quehacer nuestro, tiene que ver con tanta capacitación”.</i>

Unidad de análisis: obstaculizadores

TS 1	<i>“... yo creo que en las familias se dan estas mismas dificultades, las alianzas, las jerarquías, el imponer, límites difusos”.</i> <i>“... yo creo que no sistematizamos nada, es un gran tema para nosotros, ahora estoy sistematizando algo a raíz del curso que estoy yendo de trabajadores sociales en el servicio, una vez al mes...”.</i> TS 2 también señala: <i>“yo soy mala para sistematizar, soy mala para registrar”.</i> TS 6 confirma: <i>“pero somos malas...”.</i> Y TS 4 dice: <i>“a mi me va mal con todo lo administrativo”.</i>
TS 4	<i>“...bueno, los estilos de liderazgo de los centros de salud, es un obstaculizador”.</i> <i>“...hoy día todo el mundo tiene diagnóstico de depresión y que antes o hace algunos años atrás, se habría resuelto con apoyo familiar, o con otras redes o con el coro de la iglesia, o con la vecina o la señora del kiosquito, hoy día se le pone el nombre de depresión o de salud mental y se patologiza ¿por qué?”.</i> <i>“En algún momento hacíamos en reunión con la comunidad y hasta el problema de (la vagancia) de los perros podía ser entendido como un tema de salud mental”.</i> <i>“... entonces yo creo que igual hay que tener ojo con eso por que una mirada desde la salud mental que es importante pero no podemos caer en que todo es salud mental”.</i>
TS 6	<i>“... no me gusta cuando se limita nuestro rol, pensando que solo tenemos que hacer el ingreso llenar bien la ficha y derivarla al psicólogo, nuestra acción es limitada... hacer bien el genograma, creo que es una visión súper limitada”.</i> <i>“... pero ahí me hace ruido el tema de porque yo tengo que ofrecerle (alternativas),...así como que yo tengo que tener un abanico de ofertas. ... uno no se bruma con que tiene para ofrecer, yo entiendo que a veces si, que uno se queda frustrado”.</i> <i>“...en la red de la infancia, a propósito de un diagnóstico, una de las críticas... que en general se trabajaba con la población cautiva, con aquellos que efectivamente era posible encontrar, ya sea en los colegios o en los consultorios, pero en general siempre quedaban fuera aquellos que estaban fuera del sistema que eran invisibilizados y que se supone que son el foco para muchos programas pero que a la hora mirarlos tampoco uno los mira”.</i>
TS 3	<i>“yo creo que nosotros vamos a terminar sufriendo este año, estamos en un proceso de el cambio hacia acá, de este CESFAM en vías de CESFAM y de que a nivel de dirección se pretende manejar al equipo de asistentes</i>

	sociales”. “... desde la dirección... todas las ideas, todo lo que entra, todo lo que salga, todos los planes, lo lindo y lo feo que quieran hacer tiene que pasar por ella”. TS 2 acentúa: “pero que se convierte en una amenaza” Y pregunta otra: “¿ya no dependerían de los jefes de sector?” (TS 4) “... dependemos de los jefes de sector pero así todas las decisiones que se tomen como trabajadores sociales tienen que pasar por la dirección”. “... miren les voy a decir algo que ojala ustedes lo analicen, en algún momento”... la directora del centro dice que yo voy “a llevar la información de todos ustedes, el consolidado y toda la cuestión, para que el y como maneja el tema de los REM va a seguir haciendo ese trabajo que significa eso... poder. De alguna u otra forma poder”. “... por otra parte a M. le dice tu vas a canalizar toda la información que yo traiga, a los otros asistentes sociales. ¿Qué significa eso? Poder. “Yo creo que eso fue una lucha de poder. Resistencia. Fue un gallito. Yo con la directora no me llevo mal, es cosa de que lo conversemos más tranquilamente...”. TS 1 refiere: “Como uno empoderar a la comunidad si no es capaz de empoderarse uno mismo”. “... miren yo les voy a contar mi experiencia, después de haber trabajado como jefe del programa de salud mental allá en el CESFAM y hasta el último día, la idea era que no se les diera a las personas hora,... al psicólogo y a la asistente social al mismo tiempo. Yo deje de trabajar en Salud Mental y el 80% de las personas que me derivan a mi para ingreso a Salud Mental, ya vienen con la hora dada para psicólogo, entonces doble pega”.
TS 2	“...la red es muy pobre y eso limita el accionar del Trabajo Social”. “...en estas familias multiproblemáticas que planteo la Ester al principio..., mi gran obstaculizador es la poca oferta que tengo de la red, hay es donde yo siento que la gente necesita resolver cosas concretas también, o sea un problema de salud, un fármaco caro, donde la muni no puede apoyar, ... no hay cupo en la sala cuna; en general yo siento que me encuentro con muchos obstáculos al tratar de activar la red. Siento que la red es muy pobre. ... por otro lado todo lo que hablábamos de las terapias complementarias y lograr como ofrecerle otra alternativa a la familia, a la persona con su enfermedad y todo, también es muy pobre esa oferta ...

	<i>entonces yo siento que ese es un obstaculizador en la intervención. Obviamente uno puede hacer algunos avances, algunos aportes pero eso es como mi piedra en el zapato”</i> <i>“... lo que pasa es que es habitual encontrarte con una mujer con hijos pequeños donde ella quiere insertarse laboralmente pero no hay una red de apoyo para que esos niños vayan a algún lugar, no hay una red de trabajo donde podamos adecuarle el sistema laboral a los horarios de colegio de los niños, ¿me entendí?”.</i> <i>“... imagínate ahora, como que nos va quitando la red, antes estaba el programa de postrados ahora ya no esta, además como que le generamos como otro problema, ...entonces ahí yo siento que por lo menos a mi en mi quehacer profesional de verdad yo me siento obstaculizada, de repente, por que más hay, que más saco del ambiente?”.</i> <i>“... es por un tema cómodo, por ejemplo a mi me pasa mucho que yo le cuestiono a los médicos, no se po’ mujer, 46 años, con trastorno del animo y no se que bochorno y ni siquiera preguntan por climaterio ¿y que más tiene? sudoración en las noches, como que la regla me llega y no me llega y el médico ni siquiera le pregunto esto, nada; o sea yo no se si por hacerla cortita.”</i> <i>“...es allí, donde, cuando tu dijiste facilitadores, obstaculizadores, yo creo que efectivamente, hay un tema, que nos envían hartos cachitos dentro del equipo; pero también hay un tema de que la asistente social va a saber que hacer”.</i>
--	---

