



Universidad de Concepción

REVISTA ELECTRÓNICA DE TRABAJO SOCIAL

Edición N° 16 – 2017 II Semestre

Departamento de Trabajo Social

Universidad de Concepción

REVISTA ELECTRÓNICA DE TRABAJO SOCIAL

www.revistatsudec.cl

ISSN: 0719-675X

latindex

Indizada/Resumida en **Latindex**-Directorio

Contacto: revistatsudec@gmail.com

Fotografía de portada: Archivo Universidad de Concepción.

ISSN en línea: 0719-675X

Volumen N° 16, año de la publicación Diciembre de 2017 (Semestre II)



Departamento de Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción
Barrio Universitario s/n
Fono (41)2204106 Fax
(041)2231084

www.revistatsudec.cl

www.trabajosocialudec.cl

REVISTA DE PUBLICACIÓN SEMESTRAL

Nota: Los artículos publicados en la presente edición son de responsabilidad de sus autores/as y no representan necesariamente el pensamiento de la Revista ni de la Universidad de Concepción. La reproducción total o parcial de los artículos se encuentra autorizada siempre y cuando se haga debida mención de la fuente.

DIRECCIÓN:

María Ximena Méndez Guzmán: Asistente Social, Master en Educación para el Trabajo Social, Magister en Mediación Familiar, Doctora en Ciencias de la Información. Profesora asociada del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción, Chile.

COMISIÓN EDITORIAL:

- **Bernardo Castro Ramírez,** Profesor de Filosofía, Universidad de Concepción Master en Sociología del Desarrollo, Universidad de Lovaina, Bélgica. Doctor en Ciencias de la Información, Universidad Pontificia de Salamanca, España. Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción (Chile)
- **Valentín González Calvo,** Trabajador Social, Sociólogo. Magister Orientación Familiar. Magister en Arteterapia, Magister en Tanatología. Prof. Titular EU Universidad Pablo de Olavide. Sevilla (España)
- **Viviana Beatriz Ibáñez,** Asistente Social, Licenciada en Trabajo Social, Master Universitario en Comunicación e Intervención con grupos Universidad de Sevilla, Doctora en Ciencias Sociales y Trabajo Social Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)
- **Víctor Yáñez Pereira,** Trabajador Social, Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales, Universidad de Concepción. Doctorado en Ciencias de la Educación, en la Universidad de Sevilla, España. Director de la Carrera de Trabajo Social en la Universidad Autónoma de Chile (Chile)
- **Carmen Gloria Jarpa Arriagada,** Trabajadora Social, Magister en Familia mención en Intervención Familiar, Docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Bío Bío (Chile)
- **Patricia Castañeda Meneses,** Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social en la Universidad de Valparaíso. Doctora en Ciencias de la Educación en la Universidad de Barcelona. Académica e Investigadora en Escuela de Trabajo Social en la Universidad de Valparaíso. (Chile)
- **Bibiana Travi,** Trabajadora Social, Dra. en Trabajo Social, Académica de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Magíster en Políticas Sociales, Académica de la Universidad de Buenos Aires. (Argentina)
- **Ronald Zurita Castillo,** Trabajador Social, Magíster (c) en Gerencia Social, Universidad de la Frontera. Diplomado en Promoción y Protección integral de la Infancia y la Adolescencia, Universidad de Concepción. Se desempeña profesionalmente en la Asociación Chilena Pro Naciones Unidas y es colaborador docente en la Universidad del Bío Bío (Chile)
- **Hugo Silva Espinoza,** Trabajador Social, Magíster (c) en Investigación Social y Desarrollo, Universidad de Concepción. Se desempeña profesionalmente en la Municipalidad de Talcahuano y es colaborador metodológico en la Universidad del Desarrollo (Chile)

Estimados lectores.

N°16, diciembre de 2017

La edición N° 16 de nuestra Revista Electrónica de Trabajo Social les ofrece 8 artículos que hemos clasificado en 3 categorías. Investigaciones, Artículos de Revisión y Sistematizaciones de Experiencias.

Entre las primeras, iniciamos esta entrega con un tema del que nuestro país debe hacerse cargo hoy, cuarenta años después y que sus autores han denominado “Intervención Social, Clima Emocional y Acontecimientos Traumáticos: El Caso del Golpe de Estado de 1973 en la Ciudad de Concepción”. Este trabajo ha sido realizado por Paula Tesche Roa, Psicóloga, Doctora en Ciencias Humanas, Mención Discurso y Cultura, Investigadora, Académica de la Escuela de Psicología, Universidad Andrés Bello, Sede Concepción y el profesor Guillermo Villagrán Caamaño, Trabajador Social, Doctor © en Ciencias Sociales, Investigador, Director Escuela de Trabajo Social de la Universidad Andrés Bello, Sede Concepción.

El artículo busca aportar a la discusión conceptual en el campo de las intervenciones sociales respecto al nexo entre clima emocional y acontecimientos traumáticos, en un momento histórico específico a saber, el golpe de Estado y su vivencia en la ciudad de Concepción, Región del Bío Bío, Chile. La hipótesis es que este hecho, entendido como un acontecimiento traumático o catástrofe social produjo un clima emocional, asociado en la actualidad, a la capacidad de recordar y realizar trabajos de memoria. El clima emocional se constituye así, en uno de los factores más relevantes vinculados a las memorias colectivas, que a su vez, explican las valoraciones que realizan actualmente los ciudadanos penquistas de esta circunstancia. Se ha explorado la temática desde bibliografía científica seleccionada tanto reciente como de la época. Para ello propone en primer lugar, algunas distinciones conceptuales respecto a la terminología involucrada, para en segundo lugar, explorar mediante relatos de entrevistas escogidos, el vínculo entre el clima emocional y el acontecimiento del golpe de Estado en Chile desde la ciudad Concepción. Finalmente se realizan algunas reflexiones en torno a la temática de la memoria y el recuerdo, esto en el marco de las intervenciones sociales complejas, las que interpelan especialmente a las disciplinas de las Ciencias Sociales a incorporar la noción de trayectoria emocional histórica en el proceso de construcción del sujeto de intervención.

Una investigación que tenemos mucho agrado en presentarles recoge el gran tema de la migración y del cual nuestro país debe hacerse cargo desde la construcción de políticas públicas hasta el aprendizaje de las relaciones cotidianas con los extranjeros que han decidido vivir en nuestro país. Este trabajo ha sido titulado “Personas Inmigrantes: Nuevos Actores, Nuevas Dinámicas Comunitarias” y fue realizada por el Trabajador Social Marcelo Torres

Fuentes, quien es Doctor en Análisis de Problemas Sociales, Magíster en Políticas Sociales y Gestión Local, docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Silva Henríquez y Universidad Tecnológica de Chile sede Rancagua. Encargado de Investigación y Estudios Sociales Corporación Municipal de Rancagua.

El contexto institucional de esta investigación se da en el Centro de Salud Familiar N°6 Ignacio Caroca de la Corporación Municipal de Rancagua, durante el año 2017. A partir de la investigación “Perfil Sociosanitario del Inmigrante Inscrito en el Cefam”, se extrae la variable cultura para presentar algunos resultados, desarrollando una investigación de carácter mixto donde se analizan un conjunto de dimensiones que hoy están afectando los procesos de integración de los inmigrantes en nuestro país. Es en los espacios locales y en la cotidianeidad de las relaciones que se establecen a nivel comunitario donde se manifiestan los principales conflictos, de ahí su relevancia para exponer como se están configurando estas nuevas dinámicas comunitarias y poder generar dispositivos de acción institucional que puedan colaborar con los procesos de inclusión social de las personas en situación de inmigración.

Un tercer y valioso estudio es el denominado “Percepción y Conductas de Autocuidado que Presentan Adultos Mayores del Sector Barrio Norte de Concepción” nos pone en contacto con una realidad nacional cual es el envejecimiento poblacional, el que se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan y que están asociadas al rol que le cabe al Estado, pero también y modo significativo a las propias personas en la etapa de la adultez tardía y sus otros significativos más cercanos. Este trabajo fue realizado por Francisco Valdés Moscoso y Leonardo Muñoz Opazo, ambos Trabajadores Sociales, Licenciados en Trabajo Social y la profesora María Cecilia Rodríguez Torres, académica del Departamento de Trabajo Social de nuestra Universidad, Magíster en Adolescencia, mención Psicoeducación.

Este trabajo da cuenta de la percepción que tienen los adultos mayores respecto al auto cuidado, indican que les genera sentimientos de bienestar, puesto que en gran parte lo asocian a evitar accidentes y riesgos, expresando que tratan de cuidarse todos los días ya que les permite un mejor desarrollo para la realización de actividades así como una mayor autonomía. En la categoría personas cercanas identifican los amigos y vecinos como una red de apoyo primordial además de los profesionales quienes les ofrecen apoyo y destacan a médicos, dentistas, trabajadores sociales, enfermeros y personal administrativo especialmente de los Centros de Salud.

La investigación titulada “Violencia Obstétrica: Miradas desde la Perspectiva de Género a los Procesos de Puerperio, Parto y Posparto en el Sistema de Salud Público del gran Concepción, realizada por Javiera Francisca Morales Ortiz, Trabajadora Social, encargada territorial del programa Prevención integral en

violencia contra las mujeres para el Centro de la Mujer, SernamEG de Arauco, aborda un tema de enorme interés, poco estudiado, no siempre asumido por profesionales y directivos de los servicios respectivos cual es la violencia obstétrica ejercida por los/las profesionales del área de la salud y que se expresa mayoritariamente como un trato deshumanizado hacia la mujer embarazada en sus etapas de parto, posparto o puerperio. Incluye también la patologización de sus procesos reproductivos, lo que representa una amenaza a la salud mental de las mujeres en contextos de atención de salud sexual y reproductiva. Javiera describe y aborda críticamente las vivencias de 10 entrevistadas que señalan haber sufrido éste tipo de violencia en el sistema de salud pública del gran Concepción durante el año 2014. Estos relatos le permitieron identificar un tipo de violencia específica ejercida por el personal de salud y que se relaciona no sólo con el ejercicio de la biomedicina, sino también con nociones y estructuras de género presentes en la sociedad.

En la categoría de Artículos de Revisión, les ofrecemos en primer lugar un tema considerado como un problema de salud pública en nuestro país, dada la recurrencia en el uso de ansiolíticos depresores del sistema nervioso central, las condiciones de automedicación y su dependencia especialmente en personas en etapa de adultez tardía que se ha denominado “Familia y Consumo de Benzodiazepinas: La Necesidad de Protocolos en Salud que Incorporen su Influencia en Dependencia y Deshabitación” y que ha sido presentado por Isaac Francisco Ruiz Muñoz, Trabajador Social, Magister © en Intervención Familiar, Universidad de Concepción, Docente Universidad del Biobío integrante del equipo de la Asociación Chilena Pro Naciones Unidas, ACHNU.

Se expone la problemática que implica la administración del psicofármaco benzodiazepina, debido a su alto poder para generar dependencia y las dificultades que esto genera en los procesos de deshabitación, pese a que se reconocen sus positivas propiedades cuando su uso y administración es responsable. Indica como éste tipo de tratamientos puede tener sus orígenes en las demandas que el medio social genera, así como aquellas que surgen dentro de los procesos internos de las familias. Finalmente, se ofrece una reflexión para considerar los efectos que tiene el sistema familiar, como precursor de la aparición del consumo/tratamiento, así como un facilitador de los procesos de deshabitación, proponiéndose en consecuencia la necesidad de protocolos de evaluación que consideren el rol del sistema familiar al momento de decidir administrar el psicofármaco por parte de los equipos de salud.

En el trabajo denominado “Tensiones en los hombres: Distribución de Roles y Tareas en la Familia Contemporánea en Chile” elaborado por Osvaldo Enzo Alarcón Henríquez, Trabajador Social, Magister en Psicología Social y Magister en Trabajo Social y Familia, Docente Universidad Aconcagua, se ofrece una revisión de la evolución que ha experimentado la perspectiva de género en nuestra

sociedad, la que en los últimos 30 años, se ha impulsado cambios políticos, culturales y sociales, que vienen a desconstruir el concepto de género, arraigado y construido socialmente, con lo cual comienza a visualizarse tensiones en las familias chilenas. Esta tensión se traduce en un enfrentamiento entre las mujeres y los hombres en la distribución de los roles en los hogares, donde la valencia diferencial de género de la autora Heritier (2007) juega un papel significativo que impide a los hombres asumir mayores tareas domésticas, he aquí la necesidad de realizar un proceso reflexivo en torno a dichas tensiones, para lograr establecer un nuevo rol en los trabajadores sociales que favorezca esta transformación en las familias en Chile.

Finalmente en esta categoría les ofrecemos el trabajo de Mariana Laura Alzugarat Pacifici, que ella ha nominado como “Un Puzle de Territorios en América Latina”. La autora es Licenciada en Trabajo Social, Diplomada en Intervención Familiar. Coordinadora de un Equipo Territorial de Atención Familiar en el Programa Cercanías MIDES-INAU. Integrante del equipo docente del curso: “Género y Acoso Sexual Laboral”, convenio Cooperativa “Mujer Ahora”, INEFOP de Uruguay.

Este artículo es una invitación para ir descifrando y descubriendo las simbologías presente en el territorio. A partir del análisis de segregación urbana se observa una nueva brecha que separa a los pobres incluidos de los pobres marginados y sospechosos, los viejos pobres y los nuevos pobres. Se marca un fenómeno donde nuevas divisiones se hacen presentes, ahora también entre una misma clase. El análisis de estas interacciones y de las relaciones entre las personas las denomina como relaciones entre personas más establecidas y menos establecidas o entre más excluidos y menos excluidos, produciéndose una misma clase social sin fuerza ni unión. Finalmente expone como se expresa esta problemática particularmente en la ciudad de Montevideo, la capital de Uruguay. El problema de segregación urbana aparece respaldado y fundamentado por los medios de comunicación. Plantea también el miedo que estos generan en la población frente a ciertos barrios. La situación es agravada a partir de políticas de seguridad que se desarrollaron en los últimos años, y que han generado mayor exclusión y discriminación.

En la categoría Sistematizaciones de Experiencias, les ofrecemos el trabajo denominado “El Lugar de la Práctica Clínica Sistémica en el Trabajo Social: Un Ensayo Crítico sobre la Experiencia Profesional de dos Trabajadores Sociales en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual”, elaborado por Diego Reyes Barriá Trabajador Social, Licenciado en Trabajo Social, Diplomado en Psicoterapia Sistémica y Familiar. Magíster en Psicología Clínica de Adultos, con especialización en Psicoterapia Sistémica Relacional. Se desempeña como trabajador social en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual en la Región de La Araucanía en Chile y Docente del Magíster en Intervención Socio-Jurídica en Familia de la Universidad Andrés Bello en

Santiago y Mauricio Díaz Valdés, Trabajador Social y Licenciado en Trabajo Social. Diplomado en Habilidades Sociales e Inserción Laboral, Postítulo en Mediación Familiar y Comunitaria, Diplomado en Psicoterapia Sistémica y Familiar. Se desempeña como trabajador social en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual en la Región de La Araucanía en Chile, se proporciona una serie de aproximaciones reflexivas de carácter clínico sistémico desde una perspectiva narrativa y micropolítica acerca de la praxis terapéutica del Trabajo Social, de acuerdo a la experiencia profesional acumulada de los autores en relación a su contexto laboral. La idea es reflexionar acerca de la legitimidad del Trabajo Social Clínico como especialidad vinculada a dicho dispositivo de intervención, la cual ha proporcionado una plataforma de pensar y hacer una praxis clínica con personas y familias. De acuerdo a esto, se enfatiza la pertinencia epistemológica sistémica para la intervención terapéutica que realizan los trabajadores sociales en dicho dispositivo, buscando iniciar una socialización sobre la identidad del trabajador social como terapeuta en su ejercicio profesional. Finalmente se realiza una reflexión situada sobre el Trabajo Social Clínico de acuerdo a las posibilidades formativas en nuestro país, vinculando el desarrollo de la práctica clínica sistémica a nuestra profesión.



María Ximena Méndez Guzmán

Directora – Editora

ÍNDICE:

INVESTIGACIONES ORIGINALES

- Intervención Social, Clima Emocional y Acontecimientos Traumáticos: **9 pág.**
El Caso del Golpe de Estado de 1973 en la Ciudad de Concepción
Paula Tesche Roa ; Guillermo Villagrán Caamaño
- Personas Inmigrantes: Nuevos Actores, Nuevas Dinámicas Comunitarias **17 pág.**
Marcelo Torres Fuentes
- Percepción y Conductas de Autocuidado que Presentan Adultos Mayores del Sector Barrio Norte de Concepción. **25 pág.**
Francisco Valdés Moscoso; Leonardo Muñoz Opazo; Ma. Cecilia Rodríguez Torres
- Violencia Obstétrica: Miradas desde la Perspectiva de Género a los Procesos de Puerperio, Parto y Posparto en el Sistema de Salud Público del gran Concepción **32 pág.**
Javiera Francisca Morales Ortiz

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- Familia y Consumo de Benzodiazepinas: La Necesidad de Protocolos en Salud que Incorporen su Influencia en Dependencia y Deshabitación **41 pág.**
Iaac Francisco Ruiz Muñoz
- Tensiones en los hombres: Distribución de Roles y Tareas en la Familia Contemporánea en Chile **49 pág.**
Oswaldo Enzo Alarcón Henríquez
- Un Puzzle de Territorios en América Latina **55 pág.**
Mariana Laura Alzugarat Pacifici

SISTEMATIZACIONES DE EXPERIENCIAS

- El Lugar de la Práctica Clínica Sistémica en el Trabajo Social: Un Ensayo Crítico sobre la Experiencia Profesional de dos Trabajadores Sociales en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual **63 pág.**
Diego Reyes Barría; Mauricio Díaz Valdés

INTERVENCION SOCIAL, CLIMA EMOCIONAL Y ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: EL CASO DEL GOLPE DE ESTADO DE 1973 EN LA CIUDAD DE CONCEPCIÓN

Social intervention, emotional climate and traumatic events: the case of the 1973 concert in Concepción city

Paula Tesche Roa¹; Guillermo Villagrán Caamaño²

Resumen

Este artículo busca aportar a la discusión conceptual en el campo de las intervenciones sociales respecto al nexo entre clima emocional y acontecimientos traumáticos, en un momento histórico específico, a saber, el golpe de Estado y su vivencia en la ciudad de Concepción, Región del Bio Bio, Chile. La hipótesis es que este hecho, entendido como un acontecimiento traumático o catástrofe social produjo un clima emocional, asociado en la actualidad, a la capacidad de recordar y realizar trabajos de memoria. El clima emocional se constituye así, en uno de los factores más relevantes vinculados a las memorias colectivas, que a su vez, explican las valoraciones que realizan actualmente los ciudadanos penquistas de esta circunstancia. Explorando la temática desde bibliografía científica seleccionada tanto reciente como de la época. Para ello, propone en primer lugar, algunas distinciones conceptuales respecto a la terminología involucrada, para en segundo lugar, explorar mediante relatos de entrevistas escogidos, el vínculo entre el clima emocional y el acontecimiento del golpe de Estado en Chile desde la ciudad Concepción. Finalmente se realizan algunas reflexiones en torno a la temática de la memoria y el recuerdo, esto en el marco de las intervenciones sociales complejas, las que interpelan especialmente a las disciplinas de las Ciencias Sociales a incorporar la noción de trayectoria emocional histórica en el proceso de construcción del sujeto de intervención.

Palabras clave: clima emocional, acontecimientos traumáticos, golpe de Estado de 1973 en Concepción, trabajos de memoria, intervención social.

Abstract

This article seeks to contribute to the conceptual discussion in social interventions field of regarding the nexus between emotional climate and traumatic events, at a specific historical moment, namely, the case of the 1973 concert in Concepcion city. The hypothesis is that this fact, understood as a traumatic event or social catastrophe produced an emotional climate, which is currently associated, with the remember ability and perform memory work. The emotional climate is thus one of the most relevant factors linked to collective memories, which in turn, explain the assessments currently performed by the citizens of this region. The article explores this subject from scientific bibliography selected both recent and of the time. To this end, proposes, firstly, some conceptual distinctions with regard to the terminology involved, and secondly, to explore, through narratives from selected interviews, the link between the emotional climate and the case of the concert in Concepcion. Finally are made some contributions about the theme of

¹ Doctora en Ciencias Humanas, mención discurso y cultura, Investigadora responsable proyecto en curso Jorge Millas: "Memoria histórica reciente y derechos humanos en Concepción: una cartografía temática desde los lugares a los imaginarios locales vividos" Universidad Andrés Bello, Sede Concepción, Docente Escuela de Psicología

² Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales. CoInvestigador proyecto en curso Jorge Millas: "Memoria histórica reciente y derechos humanos en Concepción: una cartografía temática desde los lugares a los imaginarios locales vividos" Universidad Andrés Bello, Sede Concepción, Director Escuela de Trabajo Social

memory and remembrance, at the complex social interventions, which incorporate the trajectory notion at the construction process about the intervention subject.

Key words: emotional climate, traumatic events, 1973 concert in Concepción city, memory works, social intervention.

I Introducción

A partir de los años noventa se da inicio en las Ciencias Sociales y especialmente en el Trabajo Social chileno, a un proceso de reflexión en las Ciencias Sociales y especialmente en el Trabajo Social chileno respecto de la necesidad de renovar las intervenciones sociales, en cuanto a sus formas y sentidos. Las nuevas complejidades sociales daban cuenta de la insuficiencia e inoperancia de los modelos tradicionales de intervención social (reimpuestos en dictadura), que la situaban en un “hacer” homogenizante y en el marco de un orden dado por la institucionalidad encargada de abordar los problemas sociales.

Desde esa fecha, las aportaciones para el desarrollo de intervenciones sociales contemporáneas han abierto distintas vías de exploración que incorporan crecientes grados de complejidad en la captura de la realidad social. Una de estas vías plantea el rescate de la subjetividad como forma de avanzar en la tarea de contribuir a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas, integrando a los conocimientos de las condiciones materiales todos aquellos conocimientos sobre la identidad cultural e histórica de los usuarios.

Reflexionar respecto de la relación del clima emocional y los acontecimientos traumáticos generados por el golpe de Estado de 1973, específicamente en la ciudad de Concepción, develan uno de los elementos de trayectoria que debe ser puesto en consideración dentro de las evaluaciones a priori para el desarrollo de intervenciones sociales situadas y fundadas teórica, ética y políticamente.

II. Algunas distinciones conceptuales

Sin duda, la mayoría de los científicos sociales consideran que las emociones, los afectos o los sentimientos son centrales en el diario vivir personal, social y profesional. No obstante, tal como afirma Depraz (2012), estas

nociones siguen siendo desde las teorías sociales de difícil delimitación. Esta misma autora, identifica algunas características propias de la amplia gama que contiene “lo emocional” desde una aproximación etimológica, a la que se alude en lo que sigue para diferenciar y precisar nociones fundamentales a este respecto.

Para Depraz (2012) el afecto concierne a lo fáctico, a aquello que se impone “haciéndome” experimentar concretamente algo en el plano ideacional o perceptual. Por otra parte, el sentimiento que remite al sentir desde lo percibido, en su acepción etimológica se vincula con el tender hacia o ir hacia una dirección. Finalmente, la noción de *pathos* convoca los significados de lo pasional, pero también el de padecer o estar sometido a. No obstante, siguiendo con los aportes de esta autora, la emoción se vincula en su acepción etimológica con el movimiento: “En efecto, *e-mouvoir* [e-mouvoir] significa, literalmente, “poner en movimiento”, y viene directamente del latín “*exmovere*”: mover, propulsar, poner o llevar fuera de sí” (p. 40). Desde estas aclaraciones, las emociones surgen como una forma de desplazamiento desde un cierto estado hacia otro y a la vez, propulsan la individualidad hacia algo. Ahora bien, es claro que esta moción o movimiento concierne a lo individual, o al individuo respecto de los grupos sociales que forma parte, siendo el constructo colectivo, la noción de clima emocional (De Rivera, 1992; Páez, Asún y González, 1995).

Otra distinción relevante es entre clima emocional y atmósfera social. Al respecto, la noción de atmósfera social, propuesta por Kurt Lewin, se entiende la percepción de un tono afectivo particular que impregna las relaciones dominantes en un grupo social que pertenecen a una cultura y sociedad determinada. Para Lewin, la atmósfera social podía ser de tipo democrática, autoritaria o *laissez-faire* (Delahanty, 1996). Algunas diferencias con el clima emocional atienden a que la atmósfera es

más variable, al asociarse a la duración de un determinado evento social y en que no siempre representa un consenso colectivo³. (Páez, Ruiz, Gailly, Kornblit, Wiesenfeld y Vidal, 1996).

Continuando con la noción de clima, es De Rivera (1992) quien propone que las funciones sociales de las emociones individuales, como la promoción de la cohesión social, los valores y la diferenciación o integración intergrupala, pueden ser generalizadas a un colectivo. Considerando los aportes de este autor Páez, Ruiz, Gailly, Kornblit, Wiesenfeld y Vidal (1996) sostienen que:

“Definiremos al clima emocional como un estado de ánimo colectivo, que se caracteriza por: a) el predominio de ciertas emociones (alegría, y enojo por ejemplo, versus, tristeza y miedo) en la vivencia de los miembros de un grupo o colectivo, b) que se reflejan en la percepción del ambiente social, c) por el predominio de una representación social o conjunto de creencias compartidas en un grupo o colectivo, sobre el mundo social, tanto referente a las instituciones (confianza versus desconfianza), al mundo social (visión positiva solidaria versus negativa, insolidaria) y el futuro (optimista, esperanza versus pesimista, desesperanza) y d) por el predominio de ciertas tendencias de acción asociadas a las funciones sociales de las emociones predominantes que impregnan las interacciones sociales”.

(81)

Los autores aclaran además, que el clima emocional es a la vez, subjetivo, al depender de la percepción dominante de los miembros de un grupo sobre las emociones y objetivo, pues

³ Un ejemplo de atmósfera social se presenta en el siguiente relato de Ninette Lewis a propósito del martes 11 de Septiembre de 1973 en Concepción: “me acuerdo que íbamos cantando, los (estudiantes) más grandes íbamos conversando, los más chicos jugando (...) Aunque ya se *olfateaba* que esto de los militares ya iba a venir, pero no se sabía cuándo”. (Citado en Valdés, 2012, 173). Las cursivas son nuestras

surge desde vivencias emocionales individuales. En este artículo, la hipótesis atiende a que el clima emocional, entendido en un sentido etimológico amplio, como aquel que moviliza a la sociedad y en un sentido específico, como estado de ánimo colectivo, está directamente asociado a la codificación y el posterior recuerdo de acontecimientos calificados como catástrofes sociales o traumáticas.

Respecto al nexo entre emociones y codificación de un acontecimiento, podemos sostener que las emociones surgen como un asunto fundamental en tanto “adoptan formas de imágenes y sensaciones que luego buscan ser plasmadas en palabras que den cuenta de ellas” (Montenegro et al., 2015, p. 1730). Esto sugiere que las emociones son las precursoras que anteceden a las ideas, valoraciones, etc. y por lo tanto, preceden a cualquier codificación cognitiva de la información. En este sentido, cabe pensar que el clima emocional es a nivel social, determinante en la capacidad de recordar y realizar trabajos de memoria sobre lo acontecido.

En relación con las características de los acontecimientos Páez (2003) ha demostrado que los eventos tienen mayor repercusión, afectando el clima emocional, cuando por su carácter impactante modifican el orden de la vida social en términos de las relaciones que los individuos tienen con las instituciones, creencias y valores. En segundo lugar, cuando el acontecimiento afecta directamente a la identidad de los sujetos, más aún si son personas jóvenes que se encuentran en etapas de formación de identidad. Finalmente, el acontecimiento tiene mayor repercusión a nivel de clima emocional, cuando no puede ser compartido por canales formales o informales. Por ejemplo, Bellelli, Leone y Curci (1999) señalan que los acontecimientos mejor codificados y más recordados, son visuales, como las imágenes de medios de comunicación masivos. Estos mismos autores agregan que estos procesos son aún más efectivos, cuando el evento además de tener un formato visual, se asocia a una temática o problema en general.

Ahora bien, más allá de qué características tiene un acontecimiento traumático, cabe interrogarse qué determina que

un hecho tenga esta calificación. Es decir, respecto a la naturaleza de los acontecimientos, podemos considerar las catástrofes sociales como traumas sociales en el siguiente sentido:

Estas zonas de catástrofe constituyen excepciones sorprendentes, desconcertantes o extrañas que forman parte del mundo (...) lo propio de la catástrofe es que para el/los sujeto/s estos acontecimientos tienen un carácter inhumano que excede la posibilidad de comprensión e incluso de percepción. Sin embargo, lo cotidiano tiene una capacidad infinita de contener lo catastrófico aunque no lo pueda codificar. El trauma en la subjetividad se relaciona con la dimensión social, pues la catástrofe surge a propósito de verdades que son rechazadas o silenciadas en/desde la cultura. En este sentido, la noción de trauma bordea lo social e individual, lo cotidiano y lo excepcional (Tesche, 2017, p. 128)

De esta manera, si bien diversos acontecimientos pueden tener una significación que impacta en el clima emocional, los eventos que interrumpen la continuidad y el orden de la historia social, como el golpe de Estado, son altamente reveladores del clima emocional de una población ante eventos traumáticos y que deben ser puestos en consideración como parte de la construcción de las trayectorias.

III. Clima emocional y golpe de Estado en la ciudad de Concepción

En el caso de Chile, tal como señala Garretón (2003), las dimensiones del recuerdo y la memoria del país, se encuentran severamente fragmentados desde el golpe de Estado de 1973:

En Chile, la memoria nacional es aún una memoria fragmentada: o es escindida, o es antagonística, o es parcial o sectorial. No podrá haber proyecto de país si no hay una memoria colectiva que supere las escisiones y fragmentaciones actuales en el ámbito ético (verdad y justicia en DDHH), socio-económico (igualdades) y

político (un orden constitucional consensuado) (p. 215).

Esto evidencia la relevancia del acontecimiento en su dimensión traumática pues se trata de una catástrofe social que interrumpió el orden histórico democrático, pero que aún sigue teniendo efectos en la configuración del proyecto país.

Respecto a la relevancia actual del golpe de Estado en Concepción, Guichard y Henríquez (2011) han realizado un estudio sobre memoria desde una perspectiva intergeneracional que relaciona la memoria con los hitos sociohistóricos propuestos por diferentes cohortes generacionales. El hito identificado como más relevante, con un 51% de menciones en la muestra, es el golpe de Estado de 1973. Otro estudio que revisa memoria histórica vivida y transmitida respecto a los terremotos de 1939-1960 en Concepción (Concha y Henríquez, 2011), también releva el golpe de Estado como el acontecimiento nacional más significativo ocurrido durante la vida de los entrevistados. En el caso de la población más joven estudiada (35 – 39 años), es la vuelta a la democracia el proceso sociohistórico más mencionado. Estos antecedentes revelan que el golpe de Estado fue y sigue siendo un acontecimiento que es determinante para la sociedad penquista en términos de configuración de relato histórico. Por ello, se atiende a un estudio realizado por Valdés (2012), que pone en valor el golpe de Estado desde las voces de testigos presenciales del hecho y permite retratar los efectos de este acontecimiento en el clima emocional de la sociedad de Concepción de la época. En este artículo, se rescatan algunos fragmentos de estos relatos seleccionados, atendiendo a los criterios señalados por Páez et al. (1996) respecto al clima emocional.

Como se ha señalado, una de las características del clima emocional es la presencia de emociones en la experiencia cotidiana del grupo colectivo. En los relatos seleccionados correspondientes a entrevistas citadas por Valdés (2012) se observan las emociones de miedo, temor, pena, pánico susto, terror, alegría y pesar a la vez, espanto, amargura, etc. Un ejemplo, de estas emociones

surge en el relato de José M. Montero, empleado de la estatal Empresa de Comercio Agrícola: “Hubo personas que celebraban el Golpe poniendo banderas de Chile en las ventanas, yo destapé una botella de champagne, otras (personas) cantaban el himno nacional, otras no entendían nada y otras, por supuesto, estaban espantadas” (Citado en Valdés, 2012, p. 179). Este relato además de retratar el clima emocional de un segmento de la población en Concepción, muestra una segunda característica del clima emocional, a saber, la percepción del ambiente social, que se encontraba en la época, muy polarizado. Una tercera característica del clima emocional, entendido como estado de ánimo colectivo se presenta a propósito de las creencias compartidas por los grupos sociales respecto a instituciones, mundo social y el futuro. Respecto a las instituciones se observa, en el caso de Carabineros y la Universidad de Concepción, el predominio de la desconfianza, tal como se advierte en el relato de Dagoberto Ulloa, auxiliar de la Biblioteca Central de Universidad: “la universidad fue allanada por militares (...) ellos llevaban listas de extremistas que buscaban, pusieron a todos los alumnos y profesores boca abajo en la cancha de fútbol (...) uno de los buscados fui yo, me detuvieron y fui expulsado de la universidad, estuve detenido en la Prefectura de Carabineros de calle Salas; estuve detenido también en la comisaría de calle Paicaví y en el Estadio Regional...” (Citado en Valdés, 2012, p. 176). Acerca del mundo social se considera que el clima emocional de la época transmite una visión negativa de las interacciones caracterizada por la falta de solidaridad y la desesperanza ante el futuro. Esto se expresa principalmente en la imposibilidad de realizar acciones de resistencia contra las intervenciones militares del Estado. Se presenta este último relato como ejemplo del clima emocional, perteneciente a Andrés Cores Fierro, integrante del MIR y estudiante de Ingeniería Civil en la Universidad de Concepción quien señala: “Entonces había todo un plan militar, de resistencia. Pero a la hora de los quiubos (a la hora de decidirse) (...) se echaron para atrás los comunistas y los socialistas en la zona y nos dejaron a nosotros solos y nosotros sí que no teníamos fuerza en la zona para resistir” (Citado en Valdés, 2012, p. 178). Este relato, también muestra como la imposibilidad de actuar y

resistir se asocia a la emoción de temor por parte del partido socialista y comunista y con la inseguridad de que las acciones fueran realmente efectivas.

Estas breves narraciones confirman que el clima emocional en Chile, y Concepción no es la excepción, se ve severamente interferido por eventos traumáticos o catástrofes sociales y valida lo señalado por Páez (2003):

La represión instauró un clima emocional de miedo en el que predominaban la ansiedad e inseguridad, las conductas de evitación, el aislamiento social, la descohesión grupal y la inhibición de conductas de afrontamiento. El clima de miedo se asoció al aislamiento, estigmatización y refuerzo de los problemas de las víctimas directas de la represión. El silencio fue una respuesta dominante durante los años más represivos de la dictadura. En los años posteriores a la transición, hablar sobre hechos traumáticos del pasado se asociaba a una evaluación negativa actual de la sociedad en Chile. (...). Las demandas de memoria colectiva de conocer lo ocurrido y enjuiciar a los responsables son mayoritarias en la opinión pública chilena, satisfacerlas probablemente mejoraría el clima social de tristeza, miedo y duelo latente. Satisfacer las demandas (...) mejoraría el clima emocional de injusticia y enojo. (221)

IV. Trabajos de la memoria: interrogantes y desafíos

Siguiendo con los aportes de Páez (2003), el clima emocional en vinculación con las catástrofes sociales, como el golpe de Estado de 1973, tiene efectos a nivel de la salud física y mental, durante a lo menos las tres generaciones descendientes de las personas que directamente experimentan el trauma social. En este sentido, se vuelve central la noción propuesta por Jelin (2001) de trabajos de memoria, que representan acciones concretas para visibilizar y reparar el daño a nivel del clima emocional. Así, la autora sostiene que: “La actividad agrega valor. Referirse entonces a que la memoria implica “trabajo” es incorporarla al quehacer que genera

y transforma el mundo social” (2001, 14). Estas actividades comprenden conmemoraciones, creación de lugares dedicados a la reflexión sobre lo acontecido, museos, etc. Estos trabajos de memoria contribuyen a mejorar las relaciones entre los diversos grupos sociales, reparan el auto-concepto moral de quienes padecieron directamente y fomentan una actitud inclusiva como parte de un proyecto país. Son quehaceres especialmente relevantes en el caso del clima emocional, pues como se ha señalado, la emoción consiste en movilizarse, desplazarse de un espacio de recuerdo a otro y desde este cambio promover transformaciones sociales.

Lo anterior, tiene especial sentido en lo local pues, la política de los gobiernos democráticos en términos de memoria y derechos humanos ha sido bastante pasiva en la ciudad de Concepción. Un ejemplo es que, recién el año 2015 se crea la oficina de Derechos Humanos dependiente del Instituto Nacional de Derechos Humanos. Desde los antecedentes relevados en Concepción, por el Museo de la Memoria y los Derechos Humanos de Santiago, diversos organismos jugaron un rol activo durante la dictadura para el restablecimiento de la democracia, entre otros, la Iglesia. En particular en Concepción, el Departamento de Servicio Social dependiente del Arzobispado. No obstante los diversos esfuerzos realizados por la después denominada Vicaría de la Solidaridad, solo el año 2015 ha sido posible financiar la digitalización del material documental para su preservación, por lo que este material es en su mayor parte desconocido por la sociedad civil.

Por otra parte, en el contexto actual local, producir trabajos de la memoria tiene una enorme significación. La memoria histórica en regiones se ha constituido en una prioridad del Estado, el que ha proyectado para el año 2018 la construcción de un Museo Regional de la Memoria y los DDHH, el segundo en el país y cuya misión es “Ser el principal espacio del centro sur de Chile para la reparación moral de víctimas de violaciones a los Derechos Humanos y para la educación de nuevas generaciones en el respeto irrestricto a la vida y dignidad de las personas” (Gobierno de Chile, 2015).

Así, el principal desafío consiste en repensar y situar una memoria histórica en constante cambio y cuya obligación ética es responder a los problemas políticos y sociales actuales. En este sentido, a nivel país, existe un consenso general de las severas dificultades del país para recordar o una grave tendencia al olvido en términos de reconocer, difundir y tener una valoración activa y crítica de la historia local sobre la memoria y los derechos humanos, en el ámbito ético, socio-económico y político.

V. Conclusiones

El reconocimiento del golpe de Estado de 1973 en la ciudad de Concepción, como un hecho traumático, ha producido la persistente latencia de un clima emocional, el cual no solo se focaliza en víctimas y victimarios, ni se restringe solo a la generación afectada, sino que traspasa la singularidad y temporalidad a modo de memoria colectiva. A su vez, esto adiciona un nuevo aporte para el desarrollo de una interpretación compleja de la realidad en el marco de la intervención social, que como señala Matus (1999) formarán parte de la requerida función mediadora, comprendiendo esta función como “la posibilidad de nombrar un escenario posible de reconstrucciones” (1999, 67).

Las intervenciones sociales contemporáneas, se comprenden como un operar que se cristaliza desde la discursividad, siendo esta misma discursividad la medida determinante de lo posible realizar. Esta intelección ha demandado una ampliación creciente respecto de las formas hacer visible, nominable e interpretable la realidad en la cual se materializa la intervención. Como plantea Matus (1999) el discurso sería el margen movable desde el cual surge o restringe la noción de lo real. Incorporar la persistencia del clima emocional derivado del golpe de Estado en la ciudad de Concepción, es ampliar los márgenes comprensivos de la realidad en la cual los profesionales ligados las intervenciones sociales desarrollan su quehacer.

Lo señalado tensiona aquellas intervenciones sociales ligadas a supuestos epistemológicos de relación causa efecto, en los cuales la reducción de complejidad es su

carácter operativo. Como señala Carballeda (2010) este tipo de intervenciones se han vuelto problemáticas e insuficientes frente a las problemáticas sociales complejas con las cuales se trabaja, siendo necesario nuevos supuestos que den cuenta de las subjetividades presentes en un modo contextual. Comprendiendo que “La intervención no puede desprenderse de la sociedad a la que pertenece, de allí que en la misma se entrecrucen diferentes miradas y discursos que, en este contexto de complejidad, es conveniente analizar” (2010).

En la necesidad de que sean considerados aquellos elementos presentes en la realidad de modo singular y subjetivo en el marco de la intervención social, Carballeda (2010) propone la incorporación de la noción de “trayectoria”. Comprendiendo en ella el esfuerzo que integra al sujeto de intervención puesto en la institución con el sujeto histórico puesto en el mundo. Al respecto señala “una vía de acceso posible es el uso de la noción de “trayectoria” como forma de ubicar diferentes accidentes topológicos en la historia de ese sujeto, entendido éste como sujeto histórico social. En este aspecto, la memoria, como instrumento de intervención, confiere un carácter singular a ese otro en el diálogo con el propio relato colectivo que lo rodea” (Carballeda, 2010)

La consideración del clima emocional derivado del golpe de Estado en la ciudad de Concepción, como un elemento de la realidad presente integrada al operar discursivo de la intervención social, agrega nuevas perspectivas y preguntas en relación a las instituciones, valores y creencias de los usuarios en los marcos de las intervenciones sociales. En muchos casos interpela a las intervenciones sociales para el desarrollo de trabajos de memoria, en cuanto acciones necesarias para mejorar la calidad de vida en los marcos de la justicia social y los derechos humanos, pues no se debe dejar de atender que

“La intervención muchas veces hace visible aquello que no se visualiza, que se encuentra naturalizados, y de este modo se sale de lo establecido. En síntesis, la intervención es un “hacer ver”, no agrega nada a ese

“otro” sobre el cual llevamos adelante nuestra práctica cotidiana” (Carballeda, 2010).

Bibliografía

Bellelli, G., Leone, G. y Curci, A. (1999). Emoción y memoria colectiva. El recuerdo de acontecimientos públicos. *Psicología Política*, 18, 101-124.

Carballeda, A. J. M. (2010). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *Revista CS*, (1), 261. Recuperado de: <https://doi.org/10.18046/recs.il.409>

Concha, V. y Henríquez G. (2011). Memoria histórica vivida y transmitida en torno a los terremotos de 1939-1960 de los habitantes del Gran Concepción, Chile. *HAOL* 24: 187-199.

De Rivera, J. (1992): Emotional climate: social structure and emotional dynamics. *International Review of Studies on Emotion*. no 2, 197-218.

Delahanty, G. (1996). Atmosfera social y cambio. *Contribuciones de Kurt Lewin a la psicología social*. TRAMAS, n. 10, 51-78

Depraz, N. (2012). Delimitación de la emoción. Acercamiento a una fenomenología del corazón. *Investigaciones Fenomenológicas*, n. 9, 39-68.

Garretón, Manuel. (2003). Memoria y proyecto de país. *Revista de Ciencia Política* XXIII, no 2, 215 – 230.

Gobierno de Chile. (2015). Ministerio de Obras Públicas. Dirección de Arquitectura Región del Biobío. “Plan preliminar de gestión etapa diseño”. “Construcción Museo Regional de la Memoria y los DDHHI. Comuna de Concepción, Provincia de Concepción, Región del Biobío

Guichard, E. y Henríquez G. (2011). Memoria histórica en Chile: una perspectiva intergeneracional desde Concepción. *Reis* 135: 3-26.

Jelin, E. (2001). *Los trabajos de la memoria*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Matus Sepúlveda, T. (1999). *Propuestas contemporáneas en trabajo social: hacia una*

intervención polifónica (1. ed). Buenos Aires: Espacio Ed.

Montenegro, M., Piper, I., Fernández, R. y Sepúlveda, M. (2015). Experiencia y materialidad en lugares de memoria colectiva en Chile. *Universitas Psychologica*, 14, (5), 1723 – 1733.

Páez, D., Asun, D. y González, J.L. (1995). Emotional Climate, Mood and Collective Behavior. En H. Riquelme (Comp.). *Era of Twilighth*. Bilbao/Hamburgo: Horizonte/Dpt. of Social Psychiatry, Univ. of Hamburg. LC ISBN 84-88537-00-X

Páez, D., Ruiz, J.I., Gailly, O., Kornblit, A.I., Wiesenfeld, E. y Vidal, C.M. (1996). Clima Emocional: Su Concepto y Medición mediante una investigación transcultural. *Revista de Psicología Social*. 12, 79-98.

Páez, D. (2003). Represión Política y Memoria Colectiva: el caso chileno. En H. Riquelme (Ed.). *Asedios a la memoria*. (pp.221-250). Santiago: Chile-América/Cesoc.

Tesche, P. (2017). Versiones del trauma histórico político en la poesía de Rodrigo Lira. *Literatura y Lingüística* no 35, 115 – 132.

Valdés, M. (2012). El golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973 en Concepción (Chile). *Las voces de los testigos*. Cuadernos de historia no 37, 159 – 191.



PERSONAS INMIGRANTES: NUEVOS ACTORES, NUEVAS DINAMICAS COMUNITARIAS

Marcelo Torres Fuentes¹

PALABRAS CLAVES: INMIGRANTES- COMUNIDAD- CULTURA- DERECHOS HUMANOS

RESUMEN:

El contexto institucional de esta investigación se da en el Centro de Salud Familiar N°6 Ignacio Caroca Caroca de la Corporación Municipal de Rancagua, durante el año 2017. A partir de la investigación PERFIL SOCIOSANITARIO DEL INMIGRANTE INSCRITO EN EL CESFAM, se extrae la variable cultura para presentar algunos resultados. En ese contexto se agradece el apoyo del equipo de Inclusión Social y de todos aquellos que hicieron posible éste estudio. Es relevante señalar que esta investigación fue de carácter mixto donde se analizan un conjunto de dimensiones que hoy están afectando los procesos de integración de los inmigrantes en nuestro país;es en los espacios locales y en la cotidianeidad de las relaciones que se establecen a nivel comunitario donde se manifiestan los principales conflictos, de ahí su relevancia de dar cuenta como se están configurando estas nuevas dinámicas comunitarias para poder generar dispositivos de acción institucional que puedan colaborar con los procesos de inclusión social de las personas en situación de inmigración.

ABSTRACT:

The institutional context of this research is given in the Family Health Center No. 6 Ignacio Caroca Caroca of the Municipal Corporation of Rancagua, during the year 2017, based on the research SOCIOSANITARY PROFILE OF THE IMMIGRANT ENROLLED IN THE CESFAM, the variable Culture to present some results. In that context, the support of the Social Inclusion team and all those who made this study possible are gratefully acknowledged. It is important to point out this research was of a mixed nature, analyzing a set of dimensions that are currently affecting the integration processes of immigrants in our country, it is in the local spaces and in the daily life of the relationships established at the level Community where the main conflicts are manifested, hence its relevance to explain how these new community dynamics are being configured to generate institutional action devices that can collaborate with the processes of social inclusion of people in a situation of immigration.

¹Trabajador Social. Doctor en Análisis de Problemas Sociales, Magíster en Políticas Sociales y Gestión Local, docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Silva Henríquez y Universidad Tecnológica de Chile sede Rancagua. Encargado de Investigación y Estudios Sociales Corporación Municipal de Rancagua área salud E-correo: mtorresf@saludcomun.cl

INTRODUCCION: LA INMIGRACIÓN EN CHILE

En el año 1850, se dicta en Chile la primera ley migratoria llamada Ley de Colonizadores que permite la llegada de colonos alemanes al país, posteriormente se crea el Consejo de Inmigración y la Comisión Coordinadora de Inmigración, creada mediante Decreto Supremo N° 385 del año 1945. En la década del 50, es promulgado el Decreto con Fuerza de Ley N° 69 y el Decreto N° 521, creándose el Departamento de Inmigración dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores. En el año 1975, mediante Decreto Ley N° 1094, se crea la denominada Ley de Extranjería, caracterizada por una orientación policial cuyo principal objetivo era evitar la entrada de elementos peligrosos o terroristas que amenazaran la estabilidad nacional. Con el advenimiento de la democracia el presidente Aylwin actualizó la legislación migratoria, introduciendo algunas modificaciones, entre ellas se generó un marco regulatorio, dada la alta movilidad que se fue formando en las fronteras del país y el creciente interés de los extranjeros de conocer Chile.

Durante el gobierno del Frei Ruiz Tagle se creó un desafío llamado “Nueva Inmigración” y se hizo el único proceso extraordinario que benefició a más de 44.000 ciudadanos extranjeros con permiso de residencia temporal, de los cuales 18.000 pudieron consolidar la permanencia definitiva en nuestro país. En el gobierno de Ricardo Lagos se conformó la comisión de políticas inmigratorias, acordándose : Incorporar a las mujeres embarazadas a los sistemas de salud, la residencia de todos los niños que se encuentren matriculados en establecimientos educacionales, Proteger los Derechos laborales de los inmigrantes y Coordinar el SENAME y el Ministerio del Interior para abordar el tráfico y trata de niños. (Álvarez, 2012, 42)

La presidenta Michelle Bachelet en su primer gobierno incorporó, referencias explícitas del tema de inmigración, donde se establecieron cuatro componentes importantes: el reconocimiento de apoyo de los chilenos, el

impulso a la nueva legislación extranjera, revelar las variables migratorias en los procesos de integración regional y la necesidad de incorporar la inmigración en el currículum de la educación. En la actualidad esta en el parlamento la nueva ley de migración, que crea un registro nacional de extranjeros de carácter reservado y define derechos y deberes en salud, educación y trabajo, entre otros aspectos relevantes. Estas últimas iniciativas se debe a que ha existido un aumento importante de extranjeros en territorio nacional, según las diferencias detectadas entre las encuesta CASEN de los años 2009 y 2013. En la primera, se registraron legalmente a lo largo de país, un total de 208.722 extranjeros de los diversos países; en tanto en la segunda, esa cifra se incrementó aproximadamente en un 50%, ya que los registrados fueron de 354.581 personas. Al situar esta investigación en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins, es importante mencionar que según datos de la CASEN del 2013, la cifra de inmigrantes aumentó a más de la mitad, ya que en el año 2009 se contabilizaron 2.025 personas en esa situación, los cuales representaban el 0,2% de la población regional y un 1,0% de la población inmigrante en el país. En el año 2013, esa cifra ascendió a 4.743 personas, equivalente al 0,5% de la población regional y al 1,3% de la población inmigrante en territorio nacional. En este sentido el fenómeno de la inmigración indica que irá en aumento en nuestro país, motivo por el cual es necesario generar instancias públicas y privadas para asumir el desafío de la inclusión social desde sus diversas dimensiones.

DESARROLLO ARGUMENTATIVO DEL ESTUDIO:

CULTURA, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

En el contexto de esta investigación, el concepto cultura, es entendido “como una especie de tejido social que abarca las distintas formas y expresiones de una sociedad determinada, por lo tanto, las costumbres, las prácticas, las maneras

de ser, los rituales, los tipos de vestimenta y las normas de comportamiento son aspectos relevantes que van configurando la cultura en cada territorio. En este sentido la dimensión social de la cultura la componen las formas en que las personas actúan, en el como se relacionan con los otros y cómo se espera que los demás actúen y se relacionen. Esto incluye instituciones como el matrimonio o la amistad, roles como el de madre o profesor, estatus o clase, y otros patrones de comportamiento humano. Por lo tanto de acuerdo a lo anterior, cada país tiene su propia cultura, que está influenciada por diversos factores, entre ellos, la música, la danza, la forma de vestir, la tradición, el arte, la religión, etc. La cultura puede ir más allá de las fronteras, pudiendo existir una misma cultura en diferentes países y diferentes culturas en un mismo país. De esta forma, cultura, en un sentido general, se refiere a “todo lo adquirido en contraposición a lo innato.....incluye los conocimientos, las ideas, el arte, los modos de vida, la religión, las costumbres, en fin, todo aquello que el ser humano adquiere como ser social”(Chordá F. y otros 1995, 90).

Desde esta aproximación conceptual, la interculturalidad se puede comprender desde la “interacción entre culturas, como un proceso de comunicación entre diversos grupos humanos con diferentes costumbres y tradiciones, siendo su principal característica la horizontalidad, es decir, que ningún grupo cultural está por encima del otro, promoviendo la igualdad, integración y convivencia armónica entre ellas”. (Keessing, R 1993,128).

El término “interculturalidad”, se refiere a la dinámica de las relaciones que se establecen en el contexto de la diversidad cultural dentro de las sociedades; lo intercultural tiene que ver con prácticas culturales y modos de vida concretos de las personas que se ponen en interacción, en el entendido que el campo de lo intercultural no está fuera de nosotros, sino que estamos involucrados en él y es el espacio que se va creando mediante el diálogo y la comunicación entre culturas. Por lo tanto la interculturalidad se da en cualquier territorio o en cualquier circunstancia, siendo

relevante el respeto y la valoración hacia lo nuevo y desconocido, reconociendo al “otro” como un legítimo “otro”, entendiendo que la relación enriquece a todo el conglomerado social, creando un espacio no sólo de contacto, sino de generación de una nueva realidad común.²

Desde este enfoque, una sociedad intercultural es aquella en donde se manifiesta un “proceso dinámico, sostenido y permanente de relación, comunicación y aprendizaje mutuo. Allí se da un esfuerzo colectivo y consciente por desarrollar las potencialidades de personas y grupos que tienen diferencias culturales” (FENOCIN,2017), sobre una base de respeto y creatividad, más allá de actitudes individuales y colectivas que mantienen el desprecio, el etnocentrismo, la explotación económica y la desigualdad social, ya que la finalidad última de la interculturalidad, es la relación y apoyo mutuo en todo ámbito de la vida.

Para que la interculturalidad se presente se deben cumplir ciertos requisitos, entre los cuales se destacan: ***tener una visión dinámica de las culturas,es decir, tener una idea general respecto a una cultura particular y así facilitar el intercambio de información de la cultura en cuestión,*una comunicación efectiva que permita mantener y fortalecer las relaciones cotidianas de las personas, *por último una igualdad de derechos con la finalidad que ambas partes se vean beneficiadas de la mutua interacción.**

Bajo esta lógica para que una persona extranjera tenga plena tranquilidad que el Estado le garantice las prestaciones mínimas necesarias para que éste pueda desarrollarse en la vida social y laboral de la mejor manera posible dentro de su nueva residencia, se deben generar políticas sociales con un enfoque intercultural y no solamente tienen que estar enfocadas en la no vulneración de derechos de los inmigrantes, sino también implementar acciones promotoras de bienestar y de calidad de vida de las personas y combatir

² <http://www.servindi.org/>

todos los factores de riesgo, entre ellos, la pobreza o la falta de oportunidades.

Por lo tanto, muchos inmigrantes poseen condiciones que les acarrea ciertas desventajas y no dependen de su voluntad, como por ejemplo: el color de la piel, los rasgos físicos, el origen nacional y la cultura, la situación jurídica, el conjunto de estereotipos negativos que rodean a su cultura y a su origen, el lenguaje, las costumbres, las tradiciones, etc., originando así que en cierta manera, la desventaja no pueda ser “corregida”. Estas condiciones no son en sí, “maléficas”, pero debido al contexto donde se asientan, dificultan el proceso de inclusión.

ARGUMENTOS METODOLOGICOS

Esta investigación consideró relevante abordar dicho fenómeno social, desde lo que se denomina metodología mixta, es decir, no tan sólo desde un aspecto cualitativo, sino también, cuantitativo. Ambos métodos permiten integrar datos e información relevante para una comprensión global de la situación social de los inmigrantes vinculados al CESFAM 6, tanto desde la objetividad de los datos, como la subjetividad de la observación del fenómeno investigado. En el contexto de estudios mixtos, **el método** utilizado fue el denominado diseño de Triangulación, cuyo propósito es combinar las fortalezas de ambas metodologías para obtener datos complementarios acerca de un mismo problema de investigación. Específicamente el diseño de Triangulación fue transformativo concurrente, pues se recolectaron datos, tanto cualitativos como cuantitativos en un mismo momento. En relación al **tipo de estudio** éste fue exploratorio con un alcance descriptivo, fue exploratorio dado que no se conoce información respecto de la situación actual de los inmigrantes vinculados al CESFAM 6 y su alcance descriptivo dado que buscó describir tanto la percepción de éstos respecto a su proceso de integración a la realidad local, como también describir el perfil socio sanitario de la población inmigrante vinculada a dicho centro de salud. Las **técnicas de recolección de información** para el enfoque cualitativo se utilizó la entrevista grupal y para el enfoque cuantitativo se utilizó un

cuestionario. En relación a la muestra fue de 156 personas, y ésta fue construida con un 5% de error y una confiabilidad del 95.5%. Los criterios de selección fueron personas inmigrantes mayores de 18 años, con una residencia de a lo menos de 1 año en Chile, y además que vivan en la comuna de Rancagua e inscritos en el CESFAM 6. En relación a los **criterios de validez** fue la “saturación de la información y la “triangulación de técnicas”, lo cual se logró a partir de las entrevistas grupales y la recolección de los datos cuantitativos, otro criterio considerado fue el ético vinculado al consentimiento informado, el cual procuró la voluntariedad de la participación y el resguardo de la confidencialidad de la información obtenida, y por último la aprobación de ésta investigación por el comité de ética de la división salud de la Corporación Municipal de Rancagua.

Por último el **análisis de los resultados** de esta investigación se trabajó según las características de los estudios con metodología mixta. Desde la dimensión cualitativa se desarrolló el análisis de contenido del esquema dado por Taylor y Bogdan (1992). Desde la dimensión cuantitativa se procesaron los datos a través de la estadística inferencial descriptiva, cuyo objetivo fue recoger, clasificar y analizar las características de un conjunto de elementos, deduciendo conclusiones sobre su estructura y composición, es decir, este tipo de análisis tuvo como objetivo realizar estimaciones a partir de los resultados obtenidos, permitiendo obtener visiones de las personas en situación de inmigración vinculadas al centro de salud

PRINCIPALES HALLAZGOS

La cultura como determinante de la salud, es relevante dado que nos permite entender según la OMS (2012, pág.19) la forma cómo vive un pueblo, es decir, la manera como ven y entienden el mundo...las comunidad nacional presenta una gran diversidad cultural y de pueblos indígenas a lo largo del país. En los ámbitos locales es posible reconocer una diversidad cultural que se manifiesta en diferentes costumbres, normas, tradiciones y valores que determinan la forma de

entender la salud y la enfermedad. En el caso de los inmigrantes, esta situación se manifiesta con bastante claridad, pues éstos traen sus propias costumbres, formas de vida y de conceptos de salud o enfermedad. Esto los hace altamente vulnerables por situarse en sectores de pobreza, precariedad en los trabajos y la falta de redes de apoyo.

De acuerdo a lo planteado en el marco teórico, la Cultura “hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, las creencias, los valores, las costumbres y los estilos de vida y todos los otros productos de trabajo humano y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones. Estos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura y es un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica global. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en la salud y en la enfermedad” (Cabieses y otros 2017, 21).

Desde esta perspectiva nos permite realizar los primeros análisis de la variable, donde es importante destacar, según gráfico n°1, que el 61% no se ha sentido discriminado por su comunidad. El 39% restante se ha sentido discriminado, desde ahí, un 36% ha sido por su color de piel, un 26% por ser extranjero, un 15% discriminados en el ámbito laboral y un 23% han recibidos insultos, miradas descalificadoras y maltrato al momento de solicitar empleo (gráfico n°2).

En este sentido la convivencia no ha sido fácil para las personas inmigrantes, quienes han vivido ciertas conductas que dificultan su integración a la realidad local. Se refleja también en los relatos cualitativos:

Yo averigüé porque no había quedado y me dijeron que es por el tema de la nacionalidad...(FG 1)

“hay que lavar ese apartamento no puede quedar así porque huele a negro” .(FG 1)

.... nosotros no estamos tomando a personas extranjeras....(FG 1)

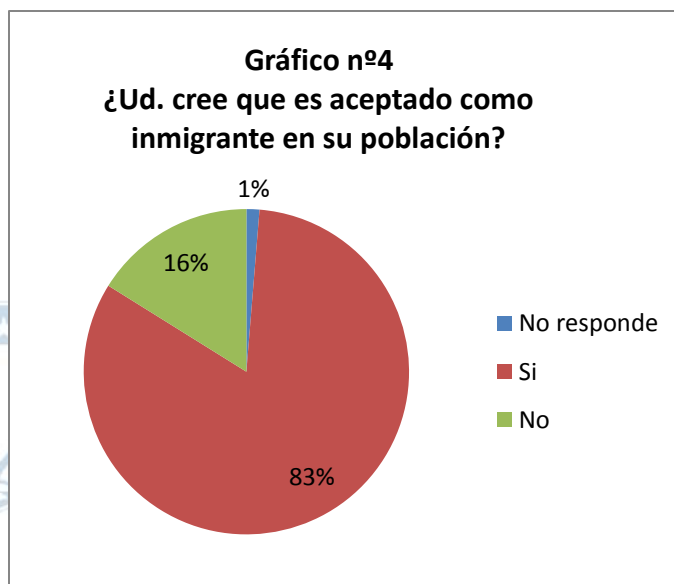
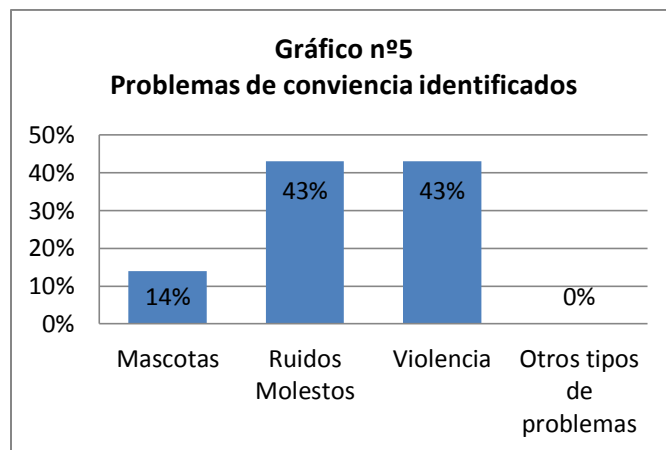
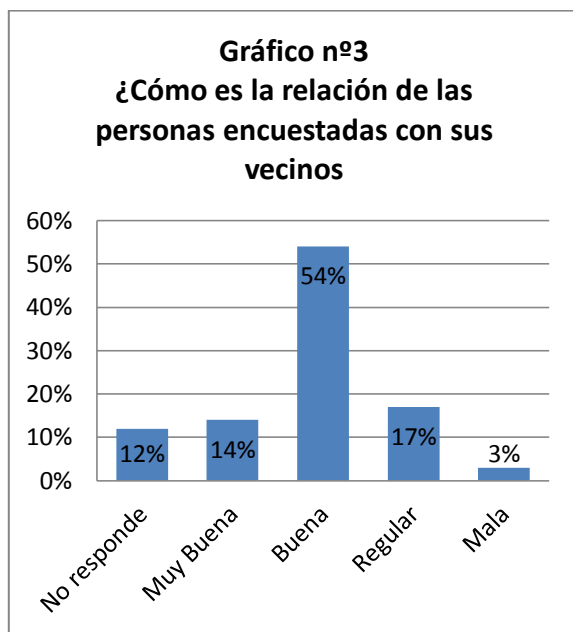
.... Pues lo discriminan mucho a uno por el acento y por el color de piel, es cuestión de eso... (FG 2)

La multiculturalidad es un fenómeno social que en el país cada vez se ancla con más fuerza, lo que ha ido generando en los entornos cotidianos la presencia de otras nacionalidades. Esto implica que el país debe reconocer que en su entorno existen otras culturas que conviven en el día a día. Por ende, al ser un fenómeno que se ha ido instalando, es necesario generar y promover espacios de convivencia, principalmente educando al chileno respecto de la importancia de los procesos migratorios, sus orígenes, sus influencias en la propia cultura y los desafíos que implica aprender a convivir con personas de otras nacionalidades, en este sentido Bravo propone el concepto de cultura popular, entendiéndola como “espacio dinámico de confrontación y negociación entre sectores sociales que pugnan por imponer su visión” (Bravo N ,2005, 483).

Por último, destacar que todas las culturas son originadas por procesos de intercambio, muchas veces desigual, entre grupos sociales, por lo cual no es posible hablar de una cultura pura. Es por ello que también en los sectores populares, es posible encontrar imposición de prácticas que son significadas desde su propia cosmovisión. Desde la variable cultural es importante para una comprensión de los resultados obtenidos, situar el concepto comunitario, entendiéndolo como aquella agrupación de personas que mantiene relaciones recíprocas, donde se construyen relaciones sociales y que comparten objetivos comunes, entendiendo que en éstas se manifiestan y se integran conductas, costumbres, tradiciones, creencias y valores que pone en práctica constantemente el grupo social. Bajo éste acercamiento conceptual no se trata de encontrar comunidades circunscritas o delimitadas a territorios o espacios geográficos , sino de reconocer los distintos subgrupos culturales que interactúan en una zona dada. Es a partir de los grupos sub-culturales, en tanto ellos se conviertan en núcleos de acción, que la comunidad va a

encontrar sus límites. Según lo propuesto por Mariane Krause (2001) el concepto de comunidad esta caracterizado por la inclusión de tres elementos: *pertenencia*, entendida desde la subjetividad como “sentirse parte de”, e “identificado con”; *interrelación*, es decir, comunicación, interdependencia e influencia mutua de sus miembros; y *cultura común*, vale decir, la existencia de significados compartidos.

Desde la dimensión comunitaria se señala según el gráfico n°3, el 54% percibe una relación comunitaria buena, el 14% indica que es muy buena, pero el 17% indica que es regular, un 3% señala que es mala y 12% no responde. Se puede inducir que un 32% (la sumatoria de regular, mala y no responde) manifiesta una debilidad en los lazos comunitarios que establecen los inmigrantes en su entorno más inmediato. En este mismo sentido los encuestados señalan según gráfico n°4, que se encuentran aceptados en su población (83%) y señalan que no tienen problemas de convivencia. Aún así persiste un 16% que vive lo opuesto, es decir, perciben que no son aceptados en su comunidad, específicamente se señala que los principales problemas en la convivencia comunitaria como lo señala el gráfico n°5, están vinculados en un 43%, a problemas de violencia y ruidos molestos respectivamente y el 14% por tenencia de mascotas en el domicilio.

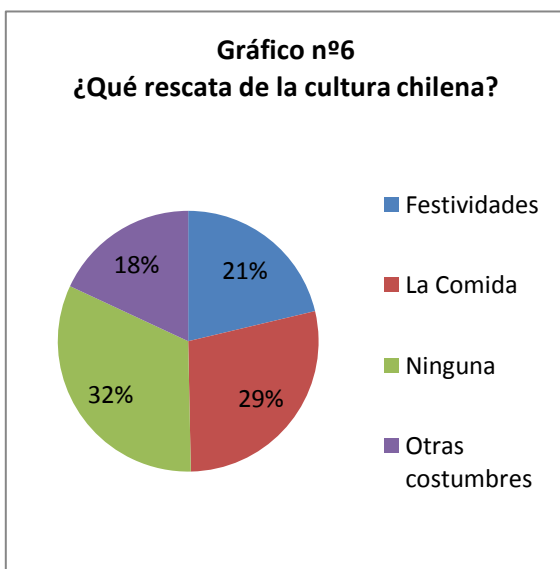


Lo anterior se ve reforzado por los siguientes relatos de los inmigrantes donde perciben rechazo y no se sienten acogidos por los vecinos del sector, situación que afecta la integración de éstos a las dinámicas comunitarias, debilitando lazos y redes de soporte en su diario vivir:

Yo vivo en una zona muy específica que sería la Costa del Sol y no me he relacionado mucho con mi entorno, es una zona que yo la considero hostil, peligrosa entonces ehh...yo no voy a meterme en la casa de nadie ni voy a meter un desconocido a mi casa.. (FG 1)

En este momento al frente no se quien vive, no sé cuántos viven, tampoco con... el único vecino es el debajo y es por donde uno sale y lo saluda y ya. (FG 1)

En términos más generales (gráfico nº6), los inmigrantes que llegan a nuestro país, rescatan de la cultura chilena: las festividades (21%), la comida (29%), amabilidad, respeto y cercanía(18%) y un 32% no visualiza algo rescatable. En este sentido, señala Krausse M., (2001), la cultura refiere a compartir un sistema de significados o símbolos, los cuales otorgan una visión de mundo o interpretación de la vida cotidiana similar en los miembros de una comunidad. Ésta construye constantemente su cultura a través del su interrelación (comunicación), u otros mecanismos de su expresión como festividades, ritos, conductas particulares y objetos, a los que le otorgan un significado o interpretación cultural propia.



En este aspecto se encuentra una valoración respecto de los inmigrantes de nuestras propias costumbres. Desde el análisis cualitativo se pueden encontrar relatos donde se valida dicha apreciación la cultura local:

Me siento muy acogida (FG 1)

Hay mucho respeto, no me quejo. .(FG 1)

Todo depende de nosotros para que nos acepten como somosde hecho hace poco hicimos comidas tradicionales para guaraní.(FG 1)

Lo señalado en ésta variable, puede configurar necesidades, valores, percepciones, problemáticas y metas comunes, en base a su relación habitual

en prácticas o actividades cotidianas en espacios compartidos; lo que contribuye a desarrollar un sentido de comunidad y de conciencia de pertenecer a una estructura mayor. (Montero M., 2004). Estos resultados permiten entender que la convivencia entre culturas y subculturas requieren el reconocimiento mutuo entre espacios de vulnerabilidad, pues la integración desde lo comunitario se ve afectada por altos niveles de prejuicios, estigmas y discriminación hacia las personas inmigrantes, por ende, es importante desde la perspectiva analítica de esta variable, que el encuentro de culturas debe de generarse desde el reconocimiento mutuo hacia una convivencia y/o interrelación horizontal que potencie la cultura local de los barrios, pues las personas inmigrantes perciben rechazo y no se sienten acogidos por los vecinos del sector, situación que afecta la integración de éstos a las dinámicas comunitarias, debilitando lazos y redes de soporte en su diario vivir.

En el ámbito del sector nor-oriente de la comuna de Rancagua la realidad de la población inmigrante revela una buena relación con su comunidad y se sienten aceptados como inmigrantes, no por ello comparten un sentido de pertenencia, ya que reconocen ser discriminados y sentirse desiguales en beneficios y oportunidades en comparación con los nacionales. Siendo la comunidad el lugar donde se construye bienestar, es muy importante abordar problemas cotidianos producidos entre ciudadanos chilenos e inmigrantes, pues esto conlleva efectos sociales, económicos y culturales que influyen en la valoración de los aportes que la población inmigrante puede ofrecer a la sociedad nativa. Se requiere entender que la diversidad cultural, ya sea multi o intercultural, influirá en la identidad local, desde la misma reacción de los nativos ante la presencia de inmigrantes. Es indudable que las redes sociales conformadas por nacionales o connacionales son un tejido social esencial en el proceso de integración e inclusión a la sociedad chilena. En el grupo de inmigrantes estudiados, escasea la participación en organizaciones, aún habiendo

gran interés por parte de los encuestados. Desconocen también organizaciones que trabajen el tema de inmigración, lo que dificulta más aún la capacidad de asociatividad para generar proyectos comunes.

BIBLIOGRAFIA

Bravo, N. Costumbre y tradición: la cultura popular entre la rebeldía y el conservadurismo. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, N° 105, Chile, 1995.

Berdichewsky B. Antropología Social: Introducción, editorial Lom Chile, 2002.

Cabieses B. y otros Migración internacional como determinante social de la salud en Chile. Universidad del Desarrollo, Chile, 2107.

Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas Indígenas y Negras, Ecuador 2015

Del freso M, Netnografía, análisis e intervención social online editorial UO, España 2011

Grimson ,A. Diversidad y cultura: reificación y situacionalidad”, Tabula Rasa 8:45-67, Chile, 2008

Chordà F. y otros, Diccionario de términos históricos y afines. Ediciones Istmo, España 1995

Keesing, R. Teorías de la Cultura, lecturas de antropología social y cultura, UNED- España 1993

Krause M. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. X, N° 2, Chile 2001

Montero M., (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina

Taylor, S y Bogdan, R. Introducción a los Métodos Cualitativos de la Investigación, editorial Paidós, Reimpresión, España. 1992.

Definición extraída de la web <http://www.abc.com.py/articulos/los-derechos-humanos-de-segunda-generacion-1105722.html>

<http://www.servindi.org/>



“PERCEPCIÓN Y CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO QUE PRESENTAN ADULTOS MAYORES DEL SECTOR BARRIO NORTE DE CONCEPCION”

Francisco Valdés Moscoso¹ Leonardo Muñoz Opazo²
Ma. Cecilia Rodríguez Torres³

Palabras clave: Auto cuidado-Adultos Mayores-fenomenografía-Redes de apoyo

Resumen

Este trabajo da a conocer los principales resultados obtenidos en un estudio cualitativo sobre la percepción y conductas de autocuidado que presentan adultos mayores del sector Barrio Norte de Concepción. Un hallazgo de interés es la percepción que tienen los adultos mayores respecto al auto cuidado, les genera sentimientos de bienestar, ya que en gran parte lo asocian a evitar accidentes y riesgos, expresando que tratan de cuidarse todos los días ya que les permite un mejor desarrollo para la realización de actividades así como una mayor autonomía.

Abstract

This paper presents the main results obtained in a qualitative study about the perception and self-care behaviors of older adults in the Barrio Norte neighborhood of Concepción. A finding of interest is the perception older adults have regarding self-care, it generates feelings of well-being, since they are largely associated with avoiding accidents and risks, expressing that they try to take care of themselves every day as it allows them a better development for the realization of activities as well as greater autonomy.

¹ Trabajador Social, Licenciado en Trabajo Social, Titulado de la Universidad de Concepción, Chile. E-mail: fravaldes@udec.cl

² Trabajador Social, Licenciado en Trabajo Social, Titulado de la Universidad de Concepción, Chile. E-mail: leonardoamunoz@udec.cl

³ Trabajadora Social y Magíster en Adolescencia, mención Psicoeducación. Académica del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, Chile. E-Mail: mrodriguez@udec.cl

1. Presentación

Entendiendo el envejecimiento como el “Proceso de cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo” (Senama, s/f) podemos apreciar un notorio cambio en la pirámide demográfica de nuestro país, durante las últimas décadas, lo que se traduce en un progresivo envejecimiento de la población, particularmente de las personas mayores de 65 años. De hecho, en la actualidad existen 2.482.768 chilenos mayores de 60 años (INE, 2013).

Según la Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH, 2017) actualmente la tasa de recambio por mujer fértil es de 2.1 hijos y estamos frente a una tasa del 1.91 en el promedio nacional. Eso se suma a que el promedio de personas sobre los 60 años en el país es de un 15.8%. En el año 2002 el promedio de personas sobre los 60 años era de un 10.8%, pero para el año 2020, se espera un promedio del 17.3%, lo cual nos indica de un crecimiento de 6.5 puntos en tan solo 18 años para este grupo de la población.

De acuerdo a lo anterior, los chilenos envejecen cada vez más en forma acelerada, por lo tanto, es necesario generar cambios en los conceptos como en la percepción del envejecimiento, aumentando la comprensión sobre esta etapa del ciclo vital, respetando, valorizando y educando acerca de la vejez a toda la población, y principalmente a los propios adultos mayores, en lo que corresponde al auto cuidado.-

Considerando el Auto cuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar"(Orem, 1971) es que se origina el interés y la inquietud de conocer cómo los adultos mayores sobrellevan su diario vivir, de qué manera se cuidan y qué hacen para mantenerse activos tanto física como psicológicamente, lo que motiva la presente investigación, la cual está dirigida a adultos mayores, tanto hombres como mujeres del Sector Barrio Norte, en la comuna de Concepción que asisten y se encuentren participando activamente

en la Casa del Adulto Mayor de Concepción durante el año 2016.

Por lo tanto, el objetivo general de esta investigación es conocer la percepción y conductas de autocuidado que presentan los adultos mayores del sector Barrio Norte en la comuna de Concepción.

2. Auto cuidado

Este modelo teórico fue propuesto en el año 1971 por Dorothea Orem, enfermera estadounidense, quien define al auto cuidado como “el conjunto de acciones intencionadas que realizan las personas para controlar factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (Prado, González, Paz, & Romero, 2014, p.4).

Según Prado (2014) es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (p.4)

De lo anterior, se puede desprender que todos tenemos la capacidad de cuidarnos y el auto cuidado lo aprendemos a lo largo de nuestras vidas, principalmente mediante las relaciones interpersonales. Ejemplo de esto, es que de pequeños aprendemos a lavarnos las manos, cepillarnos los dientes o cruzar las calles con precaución y así sucesivamente a medida que crecemos, por lo que estas prácticas se transforman en hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar.

Orem plantea que las actividades de auto cuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para

realizar las actividades de auto cuidado. (Marcos y Tizon, 2014 citado en Prado et Als,2014, p.6)

La Autora señala que para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar y salud es necesario cumplir con requisitos básicos y comunes a todos los seres humanos, los cuales clasifica en:

Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. (Navarro y Castro, 2010, p.3)

Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez. (Navarro y Castro, 2010, p.4)

Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

3. Metodología

El diseño de estudio es cualitativo, de carácter exploratorio, descriptivo y con enfoque Fenomenográfico. El propósito de este enfoque consiste en obtener una panorámica ilustrada de las distintas formas de entender los diversos fenómenos sociales. Su foco de interés son precisamente las diversas experiencias que tienen los individuos sobre la misma experiencia (Ortega, 2007).

Los objetivos específicos son en primer lugar conocer la percepción e importancia que los Adultos Mayores del sector Barrio Norte le atribuyen a su Autocuidado, continúa con identificar conductas y/o estrategias de Autocuidado que presentan los Adultos Mayores, para finalizar con conocer las redes de apoyo que presentan los adultos mayores del sector Barrio Norte en Concepción.

Los participantes de este estudio fueron 12 adultos mayores entre 60 a 80 años, con capacidad de leer y escribir, salud mental compatible y que lleven como mínimo un año de antigüedad en el grupo “Lo Galindo” de la “Casa del Adulto Mayor” de Barrio Norte en Concepción.

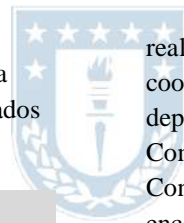
Este grupo etario es de interés para el equipo investigador ya que cada día representa un mayor número de población, sus necesidades y problemáticas se acrecientan, por lo que conocer formas de autocuidado, permitirá promoverlas.

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semi estructurada. Este tipo de entrevista facilita a los investigadores indagar en las experiencias, sentimientos y emociones de los entrevistados así como el significado que atribuyen los adultos mayores al Auto cuidado.-

Las entrevistas a los Adultos mayores se realizó durante el año 2016, primeramente se coordina con la Casa del Adulto Mayor, dependiente de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Ilustre Municipalidad de Concepción a través de su directora, quien se encarga de proponer el club de adultos mayores con el cual se desarrollará la investigación. Para esto, el organismo seleccionó al Club de Adulto Mayor “Lo Galindo”, del sector Barrio Norte.

Una vez iniciado este trabajo, los investigadores se reunieron con los participantes seleccionados para explicar más acuciosamente el objetivo y después, hacerles entrega de un consentimiento informado, clarificando que toda información proporcionada será de carácter confidencial, y manejados únicamente con fines investigativos, manteniendo una copia de ésta en su poder. Importante destacar que se utilizó un dispositivo electrónico para grabar las entrevistas para su posterior transcripción y análisis.

A partir del discurso se procedió a la reducción de datos y se llevó a examen todos los segmentos de cada categoría con el fin de establecer y elaborar nuevas categorías. Es importante señalar que se utilizó la comparación constante de los datos lo



que permitió determinar nuevas categorías y sub categorías para el análisis.

Como una forma de disminuir sesgos, se utilizó el criterio de rigor de Transferibilidad, que busca proporcionar el conocimiento sobre el contexto que permitirán transferir las conclusiones a contextos similares. (Cornejo & Salas, 2011). Además de la Credibilidad, Triangulación Teórica y Triangulación del Investigador. Este último implica que dos o más investigadores comparten una misma observación o estudio de un fenómeno, permitiendo un incremento de la confianza, empleando múltiples observaciones opuestas entre sí. Se presenta cuando se evidencia un claro sesgo disciplinar de investigación, siendo comparados o neutralizados a través del estudio. (Arias, 2000)

Los aspectos éticos considerados, según lo planteado por (González, 2002) son Valor social, lo que significa que debe plantear una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o bienestar en la población, o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de solución a problemas, independiente si no sean inmediatos estos resultados. En el caso del presente tema a investigar, uno de los resultados esperados es que la población valore – a través del análisis de resultados – la importancia del Auto cuidado y también sobre los hábitos de salud tanto físico y mental que les permita un patrón de vida saludable y adecuada según su ciclo vital.

Respeto a los sujetos inscritos: Este aspecto implica varias cosas, como por ejemplo: Permitir que el sujeto participante cambie de opinión.

Decidir que la investigación no conculda con sus intereses o conveniencia y que se pueda retirar de ésta sin sanción alguna.

Reserva en el manejo de la información (garantizar la confidencialidad a los sujetos participantes).

Existencia de mecanismo para informar sobre los resultados de la investigación y también sobre lo aprendido durante su desarrollo.

Velar por el bienestar del sujeto a lo largo de su participación.

4. Hallazgos y Conclusiones

En este ítem se analizarán los principales resultados obtenidos con el grupo de Adultos Mayores pertenecientes al Club “Lo Galindo”, en el sector de Barrio Norte, Concepción. Mediante los discursos articulados por los entrevistados, se extrajeron los significados otorgados por su experiencia relacionada al Auto cuidado, estrategias y redes de apoyo.-

Finalizada la investigación y de acuerdo a los objetivos de estudio planteados se puede concluir lo siguiente:

Objetivo Específico n°1: “Conocer la percepción e importancia que los adultos mayores del sector Barrio Norte le atribuyen a su Auto cuidado”

La percepción que tienen los adultos mayores respecto al auto cuidado les genera sentimientos de bienestar, ya que en gran parte lo asocian a evitar accidentes y riesgos, expresando que tratan de cuidarse todos los días ya que les permite un mejor desarrollo para la realización de actividades así como una mayor autonomía.

Si bien, todos los adultos mayores entrevistados manifiestan “cuidarse” diariamente, gran parte de ellos expresa haber adoptado conductas de auto cuidado en la vejez o luego de haber sido diagnosticados con alguna enfermedad, por lo que sienten que su estado de salud actual podría ser mucho mejor.

En los análisis se destaca la categoría *evitar riesgos*, esta hace referencia a la capacidad que tienen los adultos mayores para prevenir accidentes o cualquier eventualidad que ponga en riesgo su integridad física, sea ésta producida al momento de ejecutar tareas domésticas u otras actividades externas al hogar. La mayoría de los entrevistados emiten sus opiniones en base a experiencias, que han marcado en algunos un punto “de quiebre”, esto significa que en base a algún accidente vivido anteriormente, han debido adoptar técnicas de autocuidado para su bienestar.

También, varios de los entrevistados opinan que – para ellos- este concepto se refiere a la precaución de ingerir medicamentos debidamente. Mientras que otros miembros del club opinan que la continuidad de un régimen alimenticio saludable es también una conducta de autocuidado que han practicado desde hace años.

Un número importante de las personas entrevistadas corresponde a mujeres cuyo oficio es ser dueñas de casa. Muchas de ellas viven solas en su hogar, y no cuentan con ayuda de un miembro de su familia para realizar actividades domésticas o acompañarlas en la realización de trámites personales. Sobre este punto, varias reconocieron haber sufrido en más de una ocasión accidentes, por ejemplo al momento de hacer el aseo del hogar o cuando se desplazan por la calle y tropiezan en las aceras, cayendo violentamente lo que les ha provocado hematomas, heridas y en casos más graves, fracturas. A continuación se destaca una unidad de sentido:

“...siempre evito cualquier conducta de riesgo, sobre todo aquellos accidentes domésticos, que muchas veces son comunes en nosotros...”
(Adulto Mayor 5)

Otra Categoría es el *cuidado personal*, que se relaciona con la preocupación que los entrevistados tienen hacia sí mismos, a su bienestar físico y mental. La realización de *ejercicios físicos* adquiere amplios significados para los adultos mayores entrevistados, ya que algunos lo entienden no sólo en términos deportivos o recreativos, si no que asociados también a la realización de cualquier tipo de actividad que implique movimiento corporal, es así como algunas mujeres destacan la realización de tareas domésticas, salir de compras al almacén más cercano, entre otras. Además otros integrantes reconocen las actividades de ejercicios aeróbicos que monitores del Centro de Salud Familiar Tucapel ofrecen en ocasiones en la sede del Club de Adulto Mayor. A continuación se destaca una unidad de sentido:

“...Venir aquí al grupo ya que hacemos gimnasio, bailamos, lo pasamos bien con mis compañeros.

No hayo la hora de que llegue el día Martes para venir al grupo...” (Adulto Mayor 9)

Objetivo Específico N°2: “Identificar conductas y/o estrategias de Auto cuidado que presentan los Adultos Mayores del sector Barrio Norte”

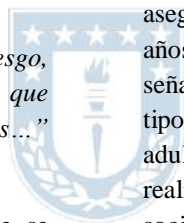
De acuerdo a los antecedentes obtenidos, la mayoría de los adultos mayores del club de adulto mayor “Lo Galindo” asocian el significado del concepto “Auto cuidado” a la percepción de bienestar con su propia persona, logrando identificar y señalar conductas que ellos practican en su cotidianidad.

En la categoría *Consumo de medicamentos* la mayoría de los entrevistados aseguran usar medicamentos, principalmente fármacos para enfermedades crónicas que permiten mantener un control de la Hipertensión y Diabetes. Desde que fueron diagnosticadas estas patologías, informan que cumplen cabalmente su tratamiento, ya que aseguran que es así como pueden prolongar los años de vida, así también algunos más optimistas señalan que continuando un tratamiento de este tipo, les posibilitaría disfrutar esta etapa de la adultez mayor, disponer de mayor tiempo para la realización de actividades recreativas, conocer y sociabilizar a nuevos grupos de pares, entre otras actividades.

Gran parte de los entrevistados señalan que la medicina natural es efectiva ante dolencias y enfermedades, además de ser menos dañinas al organismo. Sin embargo, un número reducido de ellos reconoce consumir este tipo de medicina, afirmando no contar con los medios económicos para continuar este tratamiento en contraste con los medicamentos convencionales que varias ocasiones, no tienen costo (gratis). A continuación se destaca una unidad de sentido:

“... La verdad, no. Yo apenas me tomo los remedios, y voy a tomar hierbas. No me gustan las hierbas...” (Adulto Mayor 7)

Con respecto a la *Alimentación*, la mayoría de ellos señalan seguir un régimen alimenticio sano, el cual se basa principalmente en el consumo de frutas y verduras, además de fibras



y alimentos bajo en sodio y calorías. Importante destacar en este ítem, que la mayoría de ellos consumen las tres comidas diarias que todo sujeto debe ingerir (desayuno, almuerzo y merienda “once”) y en tiempos adecuados (comer cada 3 ó 4 horas según comida). Aquellos que manifiestan no consumir las tres comidas diarias o alimentarse a deshora, señalan que no realizan esto debido a falta de organización debido a la realización de otras actividades/compromisos, además de falta de voluntad o desinterés en, por ejemplo, no tomar desayuno. Consideran que es importante consumir estas tres comidas, ya que beneficia el correcto funcionamiento de su organismo, permitiendo así la realización de un diario vivir sin complicaciones.

En menor cantidad, en la categoría de *actividades recreativas* algunos entrevistados destacan la importancia de mantener un hábito continuo de lectura, ya que según sus relatos, esta actividad fomenta el trabajo cognitivo con el objetivo de mantener una buena memoria a partir de todo conocimiento adquirido. Textos como diarios, revistas, novelas son algunos de los materiales escritos preferidos para leer, sumado a completar “sopa de letras” como una manera didáctica de realizar este trabajo. Y también, ver televisión con la finalidad de vivir momentos de ocio.- A continuación se destaca una unidad de sentido:

“...Leo todos los días, ahora estoy leyendo una novela llamada “Crimen y Castigo”...trata sobre un joven que deja sus estudios porque era muy pobre y por eso decide asesinar a una anciana con dinero, pero después de cometer el crimen se empieza a volver loco...me ha gustado mucho el libro...también leo pasajes de la biblia en las noches antes de acostarme...” (Adulto Mayor 2)

Objetivo Especifico n°3: “Conocer las Redes de Apoyo que presentan los Adultos Mayores del sector Barrio Norte, Concepción”

De las opiniones entregadas por los entrevistados, se puede desprender que el apoyo familiar, social y comunitario es un factor protector físico y emocional que se transforma en un pilar fundamental para sobrellevar las dificultades propias de la edad.

Las redes de apoyo les permiten a los adultos mayores crear y mejorar relaciones e interacciones de colaboración y cooperación, facilitando la inserción de este grupo etario a la sociedad, generando el sentimiento de formar parte de la comunidad.

Entre las diferentes redes de apoyo identificadas por los entrevistados, la familia es considerada la más importante, ya que son quienes entregan apoyo incondicional, afecto, protección y contención. En esta red se encuentran los cónyuges, nietos e hijos, estos últimos considerados los más importantes. A continuación se destaca una unidad de sentido:

“...la familia es lo máximo, porque son quienes me apoyan siempre y sé que puedo contar con ellos para lo que sea...” (Adulto Mayor 12)

En la categoría *Personas cercanas* identifican los amigos y vecinos. Los compañeros de grupo son una red de apoyo primordial, ya que son vistos como pares, quienes comparten la misma etapa del ciclo vital, por lo que tienen las mismas necesidades, inquietudes y dificultades. Algunos participantes expresaron que los miembros del club del adulto mayor “Lo Galindo” son sus únicos amigos. Se destaca una unidad de sentido:

“...En el caso del grupo de adulto mayor, me ayudan mucho a sentirme mejor porque cuando jubilé, caí con depresión y luego me integré al grupo, donde al principio me costó adaptarme porque no acostumbraba a relacionarme con adultos mayores, pero ahora soy una más de aquí...” (Adulto Mayor 11).

Finalmente, los profesionales del Cesfam Tucapel, son vistos como otra red relevante, quienes ofrecen apoyo en aspectos físicos (principalmente salud) y emocional, al entregar educación y orientación en los distintos tratamientos, que permiten llevar de forma adecuada los desafíos presentados. Los entrevistados destacan que no sólo los médicos brindan un apoyo, sino que además, se suman los dentistas, asistentes sociales, enfermeros, personal administrativo, entre otros.

Bibliografía.

AMUCH (2017): Los Adultos mayores en las comunas de Chile: actualidad y proyecciones. Recuperado el [10 de Octubre de 2017] desde <http://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2017/05/ESTUDIO-ADULTO-MAYOR-EN-LAS-COMUNAS-DE-CHILE - PROYECCIONES.pdf>

Arias, M. (2000). La Triangulación Metodológica: Sus Principios, Alcances y Limitaciones. Investigación y Educación En Enfermería.

Cornejo, M. y Salas, N. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. Psico perspectivas, 10 (2), 12-34. Recuperado el [11 de Octubre de 2017] desde <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v10n2/art02.pdf>

González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Iberoamericana de Educación. Mayo-Agosto n°029, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, Ciencia y Cultura, Madrid, España. Pp. 85-103

INE. (2013). Obtenido de <http://www.ine.cl>

Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M.(2010): Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global, (19) Recuperado el [11 de Octubre de 2017], de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&tlng=es.

Orem, D. (1971). Nursing: Concepts Of Practice.

Ortega, T. (2007):La fenomenografía, una perspectiva para la investigación del aprendizaje y la enseñanza. Pampedia No. 3.

Prado Solar, L, González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de auto cuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845. Recuperado el [11 de Octubre de 2017], de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&

[pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es).

Senama. (s.f.). Glosario.



VIOLENCIA OBSTÉTRICA: MIRADAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LOS PROCESOS DE PUERPERIO, PARTO Y POSPARTO EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DEL GRAN CONCEPCIÓN.

Javiera Francisca Morales Ortiz¹

Palabras Claves: Violencia obstétrica; perspectiva de género; puerperio, parto y posparto; violencia de género.

Resumen:

La violencia obstétrica es la ejercida por los/las profesionales del área de la salud, y que se expresa mayoritariamente como un trato deshumanizado hacia la mujer embarazada en sus etapas de parto, posparto o puerperio. Incluye también la patologización de sus procesos reproductivos, lo que representa una amenaza a la salud mental de las mujeres en contextos de atención de salud sexual y reproductiva.

El presente artículo describe y aborda críticamente las vivencias de 10 entrevistadas que señalan haber sufrido éste tipo de violencia en el sistema de salud pública del Gran Concepción durante el año 2014. Los relatos nos permitieron identificar un tipo de violencia específica ejercida por personal de salud y que se relaciona no sólo con el ejercicio de la biomedicina, sino también con nociones y estructuras de género presentes en la sociedad.

Abstract:

Obstetric violence is exercised by health professionals, and is expressed as a dehumanized treatment of pregnant women in the stages of childbirth, postpartum or puerperium. It also includes the pathologization of their reproductive processes, which represents a threat to the mental health of women in contexts of sexual and reproductive health care.

This article describes the experiences of 10 interviewees who report having suffered this type of violence in the public health system of Gran Concepción during the year 2014. The stories allowed us to identify a specific type of violence experienced by health personnel and is related not only to the exercise of biomedicine, but also to notions and structures of gender present in society.

¹ Trabajadora social, Encargada territorial del programa Prevención integral en violencia contra las mujeres para el Centro de la Mujer, SernamEG Arauco. Javierafrancisca.mo@gmail.com

Introducción:

Etapas como la menarquía, el embarazo / parto / puerperio o la menopausia han sido definidos desde lo patológico, deficientes o como procesos contaminantes, algo que corresponde sólo a una perspectiva y que termina por desconocer la diversidad de maneras en que las mujeres viven o experimentan sus cuerpos.

Ésta opresión se manifiesta no sólo discursivamente sino también, en las prácticas sociales. Allí, las mujeres son relegadas en una posición de género donde no se respetan sus experiencias en determinados procesos corporales y la devaluación que tienen en el control sobre sus decisiones o vidas. Hay una necesidad, en este sentido, de entender “el cuerpo” como cruce de condiciones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, en los que, mediante ejercicios de poder violentan o vulneran la salud de las personas.

La experiencia de la maternidad en las mujeres ha sido regulada, en casi todas las culturas de las que se tiene registro, por medio de diferentes mecanismos de poder diseñados con el único fin de fijar los procedimientos que deben llevarse a cabo durante este proceso y, en contrapartida, señalar cuales son aquellos que deben ser evitados.

Desde los inicios de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez más fuerza. Estas maternidades intervenidas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control de los cuerpos (Belli, 2013).

El Sistema de Salud ha incorporado una ley que asegura y protege a las mujeres en lo referente a: control prenatal, enfermedades de transmisión sexual, atención del parto normal y de riesgo, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar (Olavarría, 2005, p. 48). Estas garantías corresponden a lo que llamamos los derechos sexuales y reproductivos, que posibilitan una vida libre de coerciones, discriminaciones y violencia en relación a la sexualidad y reproducción de todos los seres humanos.

El parto libre de violencia obstétrica es parte de estos derechos, pero no tiene reconocimiento jurídico aún en Chile. Sin embargo está presente conceptualmente en otros países latinoamericanos a través de sus legislaciones (Argentina, Ley 26.485; Venezuela, 2007; Estados de México, 2008).

Metodología

Uno de los temas relevantes para nuestra disciplina y lo que fundamenta la presente investigación es la perspectiva de género, pues nos permite tener una mirada acerca de la forma en que se estructuran dentro de una sociedad las relaciones entre hombres y mujeres; cuáles son los roles asignados, de qué manera se perciben y cuáles son las prácticas y discursos en torno a ser hombre y mujer en la sociedad actual. Estas prácticas y discursos al estar atravesadas por relaciones de poder estructuran relaciones inequitativas y jerarquizantes que impiden a las personas acceder de manera igualitaria a espacios y derechos.

La profesión del Trabajo Social según la definición de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar.

Por ello, el presente artículo pretende posicionar el enfoque de género como una perspectiva y categoría de análisis fundamental para el ejercicio del trabajo social y como un aporte muy relevante a la hora de realizar intervenciones sociales. Las políticas específicas de derechos sexuales y reproductivos que son puestas en marcha por profesionales de nuestra disciplina deben incorporar los diferentes tratos y desigualdades sociales generadas por el sistema sexo-género, pues es la única manera en que se pueden crear espacios de intervención libres, o menos violentos para las usuarias.

Preguntarnos si la violencia obstétrica constituye una violencia de género es fruto de una larga reflexión no sólo como investigadora, sino también en diálogo con quienes fueron entrevistadas para éste trabajo, son ellas quienes generaron esta reflexión colectiva acerca de qué es violencia, y de qué manera imaginar nuevos

“espacios de nacimiento” para las mujeres que deseen ser madres.

El desarrollo de la investigación se centra fundamentalmente en describir cómo perciben las mujeres las situaciones de violencia obstétrica en sus procesos de atención médico/profesional en instituciones de salud pública del gran Concepción.

Fue llevado a cabo durante el año 2014 en la ciudad de Concepción, a través de 10 entrevistas en profundidad realizadas a mujeres embarazadas (de 2 a 9 meses), con hijos recién nacidos (puerperio) o en postparto (desde 20 días de haberse producido el parto) con edades que fluctuaron entre los 18 a los 35 años.

Cabe destacar que era relevante que todas las entrevistadas hayan sido atendidas en el sistema de salud público de la Región del Biobío, que está dentro de los cinco más grandes del país, por la cobertura y complejidad de su red de establecimientos. Su jurisdicción abarca las comunas de Concepción, San Pedro de La Paz, Chiguayante, Coronel, Lota, Santa Juana, Hualqui y Florida.

Para éste trabajo de enfoque cualitativo se utilizaron herramientas que sirvieran para comprender aspectos subjetivos y que al mismo tiempo develaran rasgos de las relaciones sociales a través de conversaciones, diálogos, silencios y acciones. Se utilizó posteriormente la “*Estrategia de análisis temático*” que buscó la “captura de toda variabilidad de posicionamientos posibles a propósito de un tema indagado” lo que permitió ir agrupando temas relacionados a los objetivos de investigación (Baeza, 2002).

Resultados y reflexiones

Todas las entrevistadas refieren al ser “mujer” como algo con lo que se nace, y a lo que se le atribuyen ciertas características:

“..Ser mujer es como una construcción social, disposición a mí de la sociedad para que yo actué de cierta manera, me vista de cierta manera, que me mueva y circule por el mundo de cierta manera condicionado por. Por... Mi genética, por ese hecho a mí se me atribuye ciertas características y que tuve

que desarrollar durante toda mi vida” (Entrevistada 1).

Muchas de las entrevistadas, a través de sus experiencias, cuentan que han cargado durante toda su vida con mandatos acerca de cómo tener que comportarse, lo que ha generado discriminación y presiones sociales cuando no cumplen con ciertos estándares, o han sentido exclusión en diferentes situaciones y contextos, por el solo hecho de ser mujeres, uno de ellos a lo que se refieren de manera reiterada es el de ser madre.

Los mandatos, se presentan mediante estereotipos, que en el caso de las mujeres corresponden a ser pasiva, estar dentro de lo privado, la debilidad y su asociación con lo reproductivo. En cuanto a lo masculino, este se asocia a lo activo, lo público, fortaleza y lo productivo. Estas definiciones actúan como modelos de conducta social basados en opiniones pre- concebidas, desde donde se adjudican valores y conductas a las personas en función de un grupo de pertenencia.

Este aprendizaje no es ni fijo ni lineal, sino que se va reforzando y aprehendiendo por medio de la socialización, donde se asimilan e interiorizan elementos culturales y sociales que garantizan la integración de hombres y mujeres en la sociedad por medio de pautas de comportamiento, maneras de vestirse, moverse y ser en el mundo. Este proceso aparece diferenciado en función del sexo de las personas.

“..Cuando tenía que elegir una carrera, me acuerdo mi hermano me dijo algo que a mí marcó, me marco mucho, yo cuando estaba eligiendo carreras a mí siempre me gusto teatro, cuestiones bien artísticas. “Tú tienes que estudiar algo que te de plata, porque tú no eres bonita, entonces si tu estudias una tontera, nadie se va a querer casar contigo, estudia algo así bien para que te miren bien para casarse”. Yo lo encontré súper heavy. Ohh...” (Entrevistada 1).

1.1 Violencia desde la institución

La biomedicina ejerce mecanismos de regulación y dominio sobre los ámbitos de salud y enfermedad a

partir de una construcción particular de los cuerpos humanos, y establece la línea que define lo normal y lo patológico (Sadler, 2009, p.81).

Este control no se ejerce de manera homogénea sobre la población, sino que son las mujeres las que han sufrido a lo largo de la historia la mayor represión por parte de este modelo biomédico, principalmente en un afán por tener un control sobre su capacidad reproductiva.

En los relatos de las entrevistadas podemos inferir que este control sobre los cuerpos de las mujeres y la construcción de éstos en tantos objetos patológicos, implica un ejercicio de violencia, toda vez que por ellas decide un aparato de poder (en este caso, el sistema médico oficial) el cual, a través de sus prácticas, reproduce un sistema de dominación y ejerce una violencia que es tanto material como simbólica. Como menciona Bourdieu (2000), la violencia simbólica es una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos de los individuos, donde los efectos y las condiciones de su eficacia están duramente inscritos bajo forma de disposiciones particulares que, en este caso, afectan directamente al cuerpo de las mujeres; las decisiones sobre éste son tomadas por terceros a través de restricciones, dogmas, mandatos, controles y tabúes, y construyendo un cuerpo femenino que es simbolizado como cuerpo- para- otros (En Lagarde, 1994). Una de las entrevistadas menciona:

“...Cuando yo declaré que quería tener un parto en la casa obviamente que me miraron así como bicho raro y... como que me sentí castigada, porque yo lo único que quería, ya si no tenía la opción de tenerlo en casa, por último con lo que iba a tener ahí igual que fuera la manera más natural pu. En el tiempo que tenía que ser y todo, entonces yo me sentí súper castigada por decir eso. Por no llegar así háganme lo que quieran, pónganme la oxitocina que quieran, rájenme donde quieran, claro entonces como que yo cuestione un montón de cosas que ellos me querían hacer, entonces obviamente me tuvieron ahí al límite cachay...” (Entrevistada 6).

Otras reconocen largas esperas en cuanto a la atención, sintiéndose menoscabadas por el estado en el que se encontraban; no tenían donde poder sentarse y pasaban horas esperando su turno:

“..Nosotras sabemos lo que es mejor para su hija, ustedes no saben” y nosotros les decíamos “pero como no vamos a saber si ustedes ni nos conocen”... y después fueron todas las matronas con la Señorita xxx como protegiéndola así como diciendo que como no la íbamos a vacunar, que es plan nacional de la salud y que no sé qué nos pueden quitar la guagua el Sename que todas las guagüitas tienen que estar vacunadas, si tú también la tuviste, pero yo decía “pero yo no quiero que me hija la tenga pu”..(Entrevistada 7).

Tal como se describe en los relatos, muchas veces las mujeres son maltratadas durante su proceso de embarazo y especialmente durante el parto. Diversas prácticas pueden reconocerse como parte de la cultura asistencial y se reproducen sin cuestionar la vulneración y sufrimiento que implican para las mujeres. Algunas de estas prácticas institucionalizadas se encuentran descritas y plasmadas dentro las recomendaciones del protocolo del programa Chile Crece Contigo (Ministerio de Salud, 2012), quienes comparten las recomendaciones de la OMS respecto a la atención de los nacimientos para evitar la vulneración de las parturientas.

La entrevistada 1 relata por ejemplo, que nunca se dirigían a ella para hablar, los médicos no la saludaban ni le explicaban en qué consistía el examen que iban a realizarle, en este sentido es importante destacar que uno de los puntos que alude el protocolo es informar a la mujer y su pareja o acompañante sobre todos los procedimientos que se realizan:

“...si bueno en realidad hablé más con ellos durante el parto, pero antes solo con médicos y no súper pesados, nunca se dirigían a mi pa hablar o nunca como te decía antes, relájate te voy a examinar o cómo se trata el examen que te voy hacer. Sabes siento que yo por el hecho de estar en un sistema público asumen que tú eres pobre o que eres tonta y que no tienes educación, entonces nunca me

explicaban nada, porque asumían que yo no iba a saber, entonces nunca me dijeron oye tu examen consiste en esto o esto es así, entonces ellos anotaban todo y se lo pasaban” (Entrevistada 1).

Las prácticas de rutinas a las cuales se refieren durante el periodo de embarazo y parto, aplicadas de manera mecanicista, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia de género por parte de la institucionalidad.

1.2 Violencia desde los Profesionales

La institucionalización del parto, ocurrió en la segunda mitad del siglo recién pasado y surgió como respuesta a las altas muertes maternas y neonatales asociadas a los embarazos y partos patológicos; esto significó llevar el parto desde el hogar a los Hospitales, instituciones regidas por los conceptos de atención a personas enfermas, que se aplican a una mayoría de mujeres.

En cuanto a las diferencias entre éstos partos podemos mencionar:

- El parto en el hogar se considera a la comunidad como algo central, hay una red de apoyo, no existe en teoría jerarquía y se utilizan métodos menos invasivos.
- El parto en hospitales incluye a personal de salud, no existe red de apoyo institucional, hay un hegemonía del conocimiento y un uso de tecnología.

La entrevistada 7 relata cómo en el transcurso de su estadía en el Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción ocurrieron una serie de acontecimientos que transgredieron sus derechos como persona, especialmente relacionados con el trato recibido por parte de los profesionales de la salud:

“...Fue violento, si la embarro , ningún derecho de nada , me vulneraron completamente a mí y a mi hija , todo, todo desde el principio hasta el final que me fui, hasta el último momento las matronas cuando me iba hija yo pertenezco a la iglesia

metodista de mi población , porque no vas y te conviertes y todo..” (Entrevistada 7).

En los casos analizados, el personal de salud realizó una fragmentación de la mujer, donde se trató su cuerpo como un ente separado de sus emociones, sensaciones, experiencias y conocimientos.

En este sentido Michele Sadler (2004), menciona que se hace énfasis en los aspectos fisiológicos de las mujeres por sobre los psicosociales, además de una tendencia a medicalizar un proceso biológico normal, transformándolo en un problema médico aislado y separándolo del resto de las experiencias de vida de las mujeres lo que las convierte en sujetas pasivas y dependientes. En este sentido la mujer en trabajo de parto se asimila a cualquier paciente en un proceso pre-operatorio: recostada de espalda sobre una cama conectada a vía intravenosa (con lo cual queda inmovilizada), además un monitor fetal en muchos casos. Debe permanecer en esa posición durante las contracciones, para luego ser trasladada a un box o pabellón de atención de parto que en casi nada se diferencia de una sala de cirugía compleja. Este tipo de escenario sin duda remite malestar y sufrimiento, es un lugar para personas enfermas:

“..Cuando yo subí a la sala de parto, primero me vio una matrona y me dijo: “ya monitoreo, acuéstate en la camilla te vamos a monitorear, vamos a romper la membrana y después esto y después esto”... y lo primero que dijimos: “ósea, porque me van a romper la membrana, si vengo recién llegando, yo quiero seguir con mi proceso natural, y no me rompa la membrana, ósea, no es necesario”. No es que el procedimiento, no sé qué y que le digo: “que el procedimiento no es así, el procedimiento es natural, es el procedimiento”, y me dice: “ya acuéstate en la camilla te vamos a monitorear”, y yo le digo: “yo quiero pasar las contracciones caminando, porque yo me he preparado todo el embarazo para esto eh, yo quiero pasar las contracciones caminando o en cuatro patas o en cunclillas” (Entrevistada 6).

Debemos tener presente que la biomedicina como institución tiene también una dimensión política y

económica, es una fuerza que se inscribe poderosamente en el entramado social. No es sólo un cuerpo de conocimientos, un manejo tecnológico o un sistema productor de servicios; es también, y sobre todo para las mujeres, un discurso y un poderoso instrumento de control social. Que se cruza con la variable de género haciendo se acepten sin cuestionamientos las indicaciones de los médicos especialistas sobre sus procesos y cuidados de salud reproductiva. En el relato de la entrevista 6 la mujer comenta cómo personal de salud no respetó sus decisiones, ni tuvo empatía por el momento que estaba viviendo:

“...Entonces me la pusieron y yo obviamente diciendo pero oye pero si ...y ahí empecé a legar por todo, en ese momento estaba con las contracciones más fuerte apunto del bebe pudiera salir y.. Tenía que estar pendiente más encima de lo que me estaban haciendo que estaba actuando como ella quería y como venía recién llegando imponiendo y mandando al equipo el trabajo y todos se agachan, porque no tenían otra que obedecerle. Entonces yo empecé alegar no la pongan.... Y a ellos no les importo, y le dije: me explicaron y la señorita que al bebe le hace mal, es que estamos con mucho tiempo en el trabajo, no sé qué mucho rato y todo el rato esa fue la explicación y la pusieron y él bebe empezó a bajar a bajar.... Y yo asustada mirando el monitor del bebe y ella va y me hace un tacto..... y me dice no hay que completar y yo: ¿completar?, tratando de descifrar las cosas que hablaban, habrá no se ayudar abrir el periné, la mano para que él bebe pueda bajar y resulta que ella metió la mano y empezó a dar vuelta al bebé cachay y fue un momento muy doloroso” (Entrevistada 6).

La mayor parte de las entrevistadas fue atendida durante su parto no sólo por la matrona sino también por paramédicos, enfermeras/os y médicos; éstos últimos por especialidad deberían atender las complicaciones derivadas de este suceso. Sólo una de ellas nos menciona que no tuvo malos tratos durante la atención de parto en el servicio de salud, pero el resto de las entrevistadas sintió que este no fue el

adecuado, principalmente porque antes de entrar al trabajo de parto les aplicaron “goteo” sin previa consulta, para así acelerar el proceso. Afirman que no se respetaron sus decisiones, lo que repercutió en la sensación de que sus derechos no fueron respetados.

2. Significados de la Violencia Obstétrica

La mayor parte de las entrevistadas hace alusión a que: “no las dejaron decidir”, que da cuenta del trato ejercido por el personal y técnicos, relatan que durante el trabajo de parto no se les consultó, no se le orientó y no se les preguntó acerca de ningún procedimiento que se les iba a realizar o se les estaba realizando. La entrevistada 1 relata que no se le consultó si quería que el padre de su hija estuviera presente durante su trabajo de parto, se le ordenó que lo estuviera sin previo consentimiento. Otra de las entrevistadas relató una escena en que ella da a conocer su rechazo por la vacunación de menores:

“...Podrías entrar mi pareja antes que vacunes a mi hija?” ...porque llegaron diciendo “ ohhh vamos a vacunar a sus guaguas” ... y todo y yo me intente hablar porque no me podía parar y yo le dije “ ¿podría entrar mi pareja primero así para que nos expliques por lo menos de porque tú le vas a poner la vacuna no sé por qué ? y quiero que entre porque es decisión de nosotros dos no tuya”... y ella me dijo “ es mi trabajo” ... agarro mi guagüita y la vacunó ()... y era una matrona y después entro mi pareja , y le dije “ xxx la vacunaron” y él se enojó más aun , porque yo me podía parar nada y ella la agarro y la vacuno, y si ni siquiera me miró...” (Entrevistada 7).

Esto da cuenta que en los casos expuesto hubo un tipo de violencia que se encuentra normalizada dentro del sistema público de salud, con formas específicas de proceder, con mecanismos para dar poder al profesional, restando autonomía y decisión a las mujeres.

Varias de las entrevistadas se refieren al uso y abuso de instrumentos y tecnología durante el proceso de parto sin consentimiento. Gran parte de las mujeres relató que se sintieron menoscabadas, principalmente

por sentir que no tenían derecho a reclamar por los malos tratos, los insultos y la manipulación de sus cuerpos:

“...Después ya entro una doctora , la doctora Cáceres , y dijo: “ traigan el fórceps ” cachay ...y estábamos con el fórceps envuelto como en un papel craft, parecía un 45 una bola así y sacaron el fórceps , y yo pujaba y yo seguía haciéndome la caquita que no tenía y mi guagüita todavía no bajaba, entre toda la presión, mas encima me sacan el fórceps y me lo ponían en la cara y me decían ... “ puja o a tu guagüita la vay a tener que sacar con fórceps, puja o a tu guagüita la vay a tener que sacar con fórceps...” (Entrevistada 7).

Algunas de las mujeres al momento del alumbramiento relataron que sus hijos(as) al nacer no tuvieron un primer contacto con ellas, fueron despojadas de ese derecho tan esencial e importante que es el primer vínculo entre una madre y su hijo(a). El apego es uno de los momentos más relevante en la vida del recién nacido, pues se generan allí los primeros lazos y vínculos con su madre. La entrevistada 6 mencionó que su familia se había preparado durante todo el embarazo para ese instante:

“...Y lo sacan y obviamente fue un descanso así inmenso y lo único que quería era recibirlo, lo sacan y le cortan su cordón altiro y que venían aquí y yo lo iba a tomar, lo alcance a tocar y me lo quitaron altiro .Pero: ¿porque se llevan a mi hijo?, si es mi guagua tengo que tenerlo aquí...desesperada por tener ese momento por último...., entonces la guagua no tenía nada. ...La primera vez que la sacaron era pasar hacerle un examen o algo así. Lo dejaron al lado de la camita que tiene una estufita ahí lo limpiaron y todo y de ahí me lo pasaron...o sea yo quería que mi guagua estuviera ahí conmigo con sangre, con todo cachay, tener ese primer momento” (Entrevistada 6)

Conclusiones

Las relaciones que se construyen desde el género dejan en situación de desventaja a las mujeres en nuestra sociedad, estableciéndose diferenciaciones tanto a nivel material como simbólico, generándose asimetrías, jerarquizaciones y desigualdades. También dentro de este proceso de socialización del género, hay instituciones que ejercen roles claves del “deber ser” como la escuela, la familia, los grupos de pares, entre otros.

La violencia de género se manifiesta a partir de ideas estáticas con respecto a los roles y estereotipos que deben cumplir hombres y mujeres dentro de la sociedad, lo que termina impactando de manera negativa en las identidades y bienestar social de las personas. En éste sentido, la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género ejercida contra las mujeres en una etapa específica de sus vidas.

En la presente investigación, se profundizó en los casos de mujeres atendidas en el servicio público de salud y la forma en que fueron tratadas por los profesionales y técnicos encargados de la salud en sus procesos de embarazo, parto y puerperio.

Pensar el género como categoría de análisis permite entender los discursos y resultados obtenidos en esta investigación como parte de una manifestación de la desigualdad de género. Desde los diferentes relatos de las mujeres se puede inferir que las prácticas utilizadas por profesionales del área de la salud en estos casos, actuaron como instrumentos de control hacia los procesos mencionados y que fueron además aplicados de manera mecanicista, adquiriendo un carácter negativo por derivar en situaciones de violencia por.

El énfasis fisiológico y patológico de la biomedicina en la atención de partos ha significado que en general, se haya prestado poca o ninguna atención a su configuración socio-cultural y a las experiencias de las mujeres y de las familias usuarias del sistema público de salud en la ciudad de Concepción. En los relatos existen experiencias violencia ejercida durante la atención del embarazo y la practicada durante el parto, entre las que se cuentan: trato despersonalizado y poco acogedor, poco respeto por la intimidad durante el trabajo de parto, la información hacia las

mujeres es escasa y segmentada, algunos procesos de aceleración del parto no cuentan con el consentimiento de las mujeres.

La violencia obstétrica despoja a las mujeres de la toma de decisiones sobre sus cuerpos al momento de la planificación y controles de su embarazo, al momento del parto y en el puerperio. En aquellos momentos son terceros quienes toman decisiones por ellas, reduciendo su participación y siendo desplazadas por las voces autorizadas del saber médico.

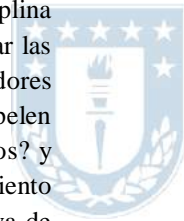
A través de esta investigación y a partir de las entrevistas realizadas, se indagó en las manifestaciones de éste tipo de violencia específica en las instituciones de salud pública de la ciudad de Concepción y se pudo constatar a partir de los testimonios, la vulnerabilidad a la que quedaron expuestas un grupo específico de mujeres.

En la actualidad existe un complejo debate con respecto a la forma de intervenir de nuestra disciplina pues existe una necesidad de cuestionar y analizar las diferentes prácticas que utilizamos como trabajadores sociales. Debemos generar preguntas que interpelen nuestro quehacer: ¿dónde y para qué intervenimos? y de qué manera logramos profundizar el entendimiento de las problemáticas sociales desde la perspectiva de los sujetos que se encuentran dentro de las comunidades intervenidas.

El feminismo y los estudios de género tienen un efecto profundo en la práctica del trabajo social ya que nos propone un nuevo campo de estudio y un nuevo enfoque de intervención para nuestra disciplina, que sirve para comprender ciertos fenómenos sociales y cómo esas construcciones influyen y modifican el modo en que viven y experimentan determinados individuos(as) la sociedad. El trabajo social debe, en este caso, ayudar a terminar con inequidades en base a la promoción de nuevas políticas públicas que impliquen la posibilidad de transformación, de terminar la discriminación hacia las mujeres y buscar nuevas estrategias para promover cambios sociales o al menos, ayudar a que tales desigualdades disminuyan.

Bibliografía

- Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2004). Estándares Globales para la Educación y Capacitación del Trabajo Social. Recuperado de: <http://www.cpihts.com/PDF03/GlobalStandards%202.pdf>
- Baeza, Manuel Antonio. (2002). Metodologías cualitativas en investigación social: Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentidos. Concepción: Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Sociales.
- Belli, Laura. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. Revista Red bioética/UNESCO, 1(7), 25-35. Recuperado de <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf>
- Bordieu, Pierre. (2000). La dominación masculina. Barcelona, España: Anagrama.
- Carballeda, Alfredo. (2007). Escuchar las prácticas: la supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social. Buenos aires: Editorial Espacio.
- Lagarde y De Los Ríos, Marcela. (2005). Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. Tesis de Doctorado, Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Autónoma de México.
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). Lineamientos de coordinación y acción. Servicio Nacional de Menores. Sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo. Santiago, Chile: autor. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp->



content/uploads/2015/11/protocolo-chcc_sename-OK.pdf

- Olavarría Gambi, Mauricio. (2005). Acceso a la salud en Chile. Acta bioethica, 11(1), 47-64. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2005000100006>
- Sadler, Michelle. (2004). “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”. En Sadler, Acuña y Obach (eds.). Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género (pp. 15-66). Santiago de Chile: Catalonia. Recuperado en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>



FAMILIA Y CONSUMO DE BENZODIACEPINAS. LA NECESIDAD DE PROTOCOLOS EN SALUD QUE INCORPOREN SU INFLUENCIA EN DEPENDENCIA Y DESHABITUACIÓN.

Isaac Francisco Ruiz Muñoz¹

Palabras Clave: Familia, Psicofármaco, Deshabituación, Dependencia / Family, Psychopharmaceutical, Detoxification, Dependence.

Resumen:

En el presente trabajo, se expondrá la problemática que implica la administración del psicofármaco benzodiazepina, debido a su alto poder para generar dependencia y las dificultades que esto genera en los procesos de deshabituación, pese a que se reconocen sus positivas propiedades cuando su uso y administración es responsable. Posteriormente, se desarrollará como éste tipo de tratamientos puede tener sus orígenes en las demandas que el medio social genera, así como aquellas que surgen dentro de los procesos internos de las familias. Finalmente, se ofrece una reflexión para considerar los efectos que tiene el sistema familiar, como precursor de la aparición del consumo/tratamiento, así como un facilitador de los procesos de deshabituación, proponiéndose en consecuencia la necesidad de protocolos de evaluación que consideren el rol del sistema familiar al momento de decidir administrar el psicofármaco por parte de los equipos de salud.

Abstract:

In the present work, the problematic that implies the administration of the benzodiazepine psychodrugs will be exposed, due to its high power to generate dependence and the difficulties that this generates in the processes of detoxification, in spite of the fact that its positive properties are recognized when its use and administration it's responsible. Later, it will be exposed how this type of treatments can have its origins in the demands that the social environment generates, as well as those that arise within the internal processes of the families. Finally, a reflection is offered to consider the effects that the family system has, as a precursor of the appearance of consumption / treatment, as well as a facilitator of the processes of detoxification, proposing in consequence the need for evaluation protocols that consider the role of the family system when deciding to administer the psychopharmaceutical by health teams

¹ Trabajador Social, Profesional Perteneciente a Asociación Chilena Pro Naciones Unidas, ACHNU, Docente Universidad del Biobío, Sede Concepción, Estudiante Magister en Intervención Familiar, Universidad de Concepción.

Introducción:

En Chile, la automedicación de las benzodiazepinas se identificó como un problema de salud pública desde la década de 1980. En 2003, trabajos realizados en Concepción (Galleguillos; 2003) mostraron que 58% de las benzodiazepinas se expendía sin prescripción médica. El mismo estudio indica que en Santiago, entre diciembre de 1990 y enero de 1991 se observó una prevalencia anual del consumo de benzodiazepinas de 31,4%, de la cual 29% no estaba avalado por ningún profesional de la salud y en más de 60% de los casos la indicación de la duración del tratamiento no se encontraba establecida. Además, siempre está la posibilidad de que los pacientes aumenten las cantidades autoadministradas el fármaco sin informarlo a su médico tratante, entre otras razones, porque paulatinamente su uso obliga al aumento de la dosis para alcanzar el mismo efecto inicial, situación que expone a las personas a una posible situación de dependencia. En consecuencia, el conocimiento de estos datos permitió instalar políticas para el control de la venta de benzodiazepinas, las cuales se iniciaron con la promulgación del Decreto Supremo N° 15.069 del año 1993 del Ministerio de Salud, que instauró la Receta Médica Retenida, decreto que se hizo efectivo a partir de 1995 cuando comenzó el control del expendio de benzodiazepinas en todas las farmacias del territorio nacional.

Sin duda esta medida ha contribuido a tener mejor control respecto del consumo, sin embargo, un estudio de la Universidad San Sebastián² indica que en el año 2010 en nuestro país se vendían a lo menos cuatro millones de cajas de este tipo de fármacos, esto es 200.000 unidades, llegando a ser el trastorno ansioso, la enfermedad más prevalente y que alcanzaba un 25% de las personas que lo consumían. Por otro lado el mismo estudio indicó que el 60% de las personas

que tiene trastornos ansiosos y/o insomnio son tratados con benzodiazepinas, cuyo consumo muchas veces fue prescrito sin el acompañamiento adecuado de terapias psicológicas. Establece además que los adultos - jóvenes entre 25 y 30 años son quienes lo consumen en su mayoría y que éste es usado como un anti estrés o para combatir los problemas de sueño, por lo cual, lo hacen en forma permanente y sin supervisión médica, ya que a pesar de la restricción de la receta retenida sigue siendo relativamente fácil conseguir muchos medicamentos e incluso adquirirlos en las ferias libres o similares y en el mercado negro.

Familias y sus Estresores:

La familia; considerada como unidad indispensable para el sostenimiento de la sociedad, opera como un ente adaptable, que ha ido experimentando diversos cambios en relación a contextos y épocas determinadas, viendo constantemente redefinida su concepción, los alcances de su conformación; así como los aportes que se esperan de ésta para con el bienestar de la sociedad y de las otras instituciones que la conforman en general. Es por esto que *“no se puede hablar de familia como forma de constitución única, refiriéndose más bien a las familias, puesto que en la actualidad hay múltiples formas y maneras de constituir familia”* (Aguilar, Patricia, Escobar, y Manuel, 2016). En dicho sentido – y tras la revisión de diversas definiciones del concepto familia – para el presente trabajo estimamos adecuada la definición que contempla que la familia es *“la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”*. (Rodrigo; Palacios; 2000). Lo anterior, nos permite considerar como familia a todas a aquellas agrupaciones humanas (sin distinciones de identidad de género o sexuales),

² Pezzani M, Mosca J.A. Académicos
Publicación on line Universidad San
Sebastián 2010

quienes se agrupan en términos de afectos y vínculos vitales asociados a sus propias experiencias de vida, las cuales no se reducen al sólo lazo matrimonial o sanguíneo; como tampoco a la necesidad de concebir como familia sólo a aquellas uniones heteronormativas.

En estos nuevos escenarios de conformación social de las familias; y de las nuevas perspectivas académicas desde las cuales son concebidas, podemos observar que los factores o agentes que determinan sus cambios como sistema social responden a contextos externos, cuyos focos se encuentran en determinantes medioambientales o de los contextos en que las familias se encuentran insertas, lo cual repercute en el mayor o menor grado de funcionalidad que se puede percibir en ellas; y que los mismos miembros de la familia son capaces de percibir al respecto.

El concepto de funcionalidad, tiene sus bases teóricas en la propuesta de la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1968). Una de las características a las que apunta esta teoría es al desarrollo de los sistemas abiertos, el cual tiene la capacidad de importar y exportar energías o sustancias, que le permite generar un equilibrio o un estado estable dentro del sistema, por lo tanto, hacer el sistema funcional. Más tarde se vincula esta teoría al estudio social (Luhmann, 1984; Parsons, 1968), otorgándoles el concepto de “sistema” a todas aquellas conformaciones y relaciones sociales que el individuo establece durante su vida” (Aguilar et al., 2016).

Las consideraciones anteriormente planteadas, nos permite entender a la familia como un sistema social abierto y permeable, donde sus miembros se ven influidos por condicionantes externas que pueden tener efectos en el comportamiento o bienestar de alguno de sus miembros, cuyas manifestaciones generará efectos en el sistema familiar en su conjunto. Así también, nos permite comprender procesos de influencia que los propios miembros de la familia pueden ejercer los unos sobre los otros, en consideración al vínculo y

comunicación que ellos mismos poseen y desarrollan. Froma Walsh señala que para que esto se produzca, al interior de la familia deben ocurrir “*actitudes demostrativas de apoyos emocionales (relaciones de confirmación y confianza en la competencia de los protagonistas); conversaciones en las que se compartan lógicas (por ejemplo, acuerdos sobre premios y castigos) y conversaciones donde se construyan significados compartidos acerca de la vida, o de acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con un sentido dignificador para sus protagonistas*” (Melillo, 2004). Lo anterior, es consistente con los postulados establecidos por el Interaccionismo Simbólico, cuando éste señala que la conducta de un individuo, se puede comprender en la medida que analizamos las interacciones que sostiene con los demás individuos que conforman su sistema o su grupo familiar. “*Según el interaccionismo simbólico, el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores*” (Blumer, 1982, pag 1). De lo anterior, se desprende que la interpretación que el individuo realiza de sí mismo, responde a las interacciones que sostiene con otros individuos, construyendo en consecuencia, los significados personales que le van dando sentido a su propia realidad. En dichos términos, es donde resulta pertinente la comprensión de la “familia” como concepto social, pues se entiende a ésta como el primer espacio socializador del individuo, donde además es posible observar las primeras interacciones que comenzarán a dar forma a las identidades individuales de los sujetos que la conforman; “*de allí que en el interaccionismo simbólico no se estudian las cualidades del individuo sino que su relación con los otros. La unidad de investigación mínima es por tanto dos individuos en interacción*”.(Blumer, 1982, pag 2)

Continuando con ésta perspectiva, entenderemos que las influencias que el sistema medioambiental y contextual puede generar en las familias, nos lleva a considerar u observar modificaciones en la dinámica familiar general, lo que generará alteraciones en el funcionamiento familiar

propiamente tal. *“La funcionalidad familiar es un concepto de carácter sistémico, que aborda las características relativamente estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia”* (Castillo y Ledesma, 2012). La funcionalidad de la familia se mide por la capacidad para resolver, unidos, *“las crisis que se les presentan, así como por las formas en que expresan sus afectos, en cómo se permite el crecimiento individual, y como se produce la interacción entre ellos respetando la autonomía y el espacio individual”* (Castillo y Ledesma 2012). Siguiendo con ésta perspectiva, se refiere también que la funcionalidad familiar corresponde a la *“dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad”* que el sistema familiar estudiado o intervenido posee. (Ortega Veitía, Cuesta Freijomil, & Días Retureta, 1999). Así pues, comprendemos a la familia como un ente socializador, que constituye el primer espacio vital donde los individuos comienzan a conformar sus identidades, aquello que los distingue de los demás miembros de la sociedad, así como de los propios miembros de la familia; pero a su vez, también corresponde a aquel espacio en el cual nos identificamos como parte de un todo, vemos un correlato de nuestra identidad y generamos sentido de pertenencia con dicho espacio, reconociendo en él las particularidades sociales que nos van permitiendo constituirnos como individuos. *“Así pues, la cultura y el aprendizaje humano se realizan mediante la comunicación, o interacción simbólica, por la que cada ser humano adquiere el propio sentido del ser, su carácter e identidad”*. (Rizo, 2012)

Cada situación de interacción se define de acuerdo con el bagaje simbólico que poseemos y que proyectamos in situ, definiendo la situación de interacción en la que nos encontramos. La interacción simbólica –la comunicación- es el medio por el

cual se realiza la socialización humana que acompaña toda la vida del ser social (Rizo, 2012, pag 8)

Dentro de otros factores, en éste caso medioambientales o de contexto, que afectan o influyen el funcionamiento familiar de los individuos que se agrupan en ésta estructura, podemos mencionar los procesos de globalización, el avance en las tecnologías de comunicación y de los medios de producción, que no obstante constituir factores que movilizan a las sociedades hacia estándares cada vez avanzados en términos de desarrollo social y económico, también traen consigo nuevas afecciones consideradas “del mundo moderno”, de las cuales las familias no pueden verse ajenas o no trastocadas, producto del surgimiento de “modernidades líquidas”³, como consecuencia del avance en los referidos medios de producción, comunicación y de formación académica continua (competencia profesional), cuyas transformaciones *“se vienen sucediendo y que afecta por igual a las estructuras estatales, las condiciones laborales, las relaciones interestatales, la subjetividad colectiva, la producción cultural, la esfera íntima de las relaciones amorosas y la amistad, la vida cotidiana y a las relaciones entre el ser y el (los) otro (s)”* (González, 2007) constituyéndose en consecuencia en fuentes estresoras que alteran el “normal” funcionamiento familiar, pudiendo desarrollar individualmente en sus miembros patologías o alteraciones psicológicas que escapan de los márgenes de solución que la propia familia puede brindar, debiendo recurrirse a tratamientos médicos psiquiátricos o psicológicos, con la correspondiente prescripción farmacológica, tendiente a devolver al individuo a sus estándares de comportamiento y funcionamiento “normal”, devolviendo en consecuencia la homeostasis a la unidad familiar.

Consideración especial quizás se debiese tener con las personas que se desarrollan en entorno rurales, no obstante lo anterior, se debe señalar que en la literatura revisada no fue posible constatar relación entre sintomatología ansiosa y

³ Concepto acuñado por Zygmunt Bauman.

“la ruralidad” como variable determinante, pero un estudio desarrollado en la Universidad Austral de Chile, establece que *“las condiciones socioculturales como la alta ruralidad, pertenecer a la etnia mapuche y ser de un estrato socioeconómico medio-bajo, se correlacionan significativamente con síntomas depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios de primer año, constituyéndose en factores de riesgo para presentar alteraciones en la salud mental”* (Baader et al., 2014). Si bien el estudio se centra particularmente en población universitaria, nos permite constatar que no se debe dejar de considerar elementos asociados a los contextos rurales, pues sus características y particularidades pueden tener relación en la presencia (o no) de consumo de fármacos ansiolíticos como las Benzodiazepinas.

La Medicalización del Individuo y la Necesidad de Protocolos que incorporen la Influencia o el Funcionamiento Familiar en la Prescripción de BZN.

Uno de los fármacos ansiolíticos psicoactivos de mayor utilización y prescripción en la actualidad los constituyen las Benzodiazepinas. Las benzodiazepinas (BZN) son los fármacos más comúnmente empleados para el alivio de la ansiedad, y ocupan uno de los primeros lugares en la prescripción, sobre todo a nivel de atención primaria.

La ansiedad es una manifestación común, representa una de las sensaciones vitales más dolorosas que puede sufrir un individuo; la que además puede surgir de manera repentina y sucederse en forma repetitiva. Se caracteriza por una sensación subjetiva de miedo o terror y al mismo tiempo se asocia con una serie de manifestaciones somáticas. *“Las benzodiazepinas (BZD) son usadas en la práctica médica y estomatológica como terapia para la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos. Los individuos que abusan de drogas estimulantes se administran con frecuencia este medicamento para calmar su estado anímico”* (López Vantour,

Aroche Arzuaga, Bestard Romero, & Ocaña Fontela, 2010)

No obstante se reconocen los importantes aportes a la salud psicológica que las BZN pueden proporcionar, en la medida que su prescripción es adecuada y graduada según los requerimientos de cada paciente que las usa en particular, en atención a las características sintomáticas anteriormente descritas, el;

uso y prescripción de las BZD se ha relacionado con un alto riesgo de abuso y dependencia debido a su manejo inadecuado ya que, aun administradas regularmente a niveles terapéuticos, poseen un potencial de dependencia mayor que otros fármacos de acción ansiolítica. Asimismo, se ha reportado tolerancia farmacológica cuando la prescripción es por un tiempo mayor a las cuatro semanas, así como la aparición del síndrome de abstinencia en el 30% de los pacientes después de un tratamiento de ocho semanas de duración” (Rosas-Gutiérrez, Simón-Arceo, y Mercado, 2013).

Un estudio del año 2012, sobre los factores⁴ que influyen en la prescripción de BZN, establece que;

El factor que más influye en la prescripción de BZD y análogos fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una «medicalización» de la sociedad y de la vida. El origen de este malestar se atribuyó principalmente al modelo sociocultural actual. (Álvarez, et al, 2012)

Como hasta el momento hemos podido constatar, los factores medioambientales vinculados al sistema familiar, generan efectos negativos en el comportamiento de los individuos que conforman

⁴ Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria.

dicho sistema, lo que en ocasiones puede generar la necesidad de intervenciones farmacológicas, como el uso de las BZN, para regular o devolver a la normalidad el comportamiento del individuo que se ve afectado por las demandas y presiones del medio social. *“La elevada prescripción de BZD es un problema multifactorial con raíces sociales y psicológicas, que tiene que ver tanto con el médico prescriptor como con el individuo que llega a nuestra consulta y su interacción con la sociedad, así como con las autoridades sanitarias y no sanitarias. Por tanto, una única acción sobre un único factor no puede solucionar el problema.”* (Álvarez, et al, 2012). En éste sentido, resulta una preocupación válida, cuestionar el uso de fármacos como las BZN, pues hemos manifestado los potenciales efectos adictivos que éste posee, por tanto, de no ser utilizado de manera responsable y bajo estricta supervisión médica, puede constituir un nuevo factor problemático que la familia como sistema deberá enfrentar. En éste sentido, el mayor o menor grado de funcionalidad del sistema familiar, puede favorecer u obstaculizar el proceso de tratamiento propiamente tal, e incluso, puede tener relación directa en torno al proceso de deshabitación que el sujeto intervenido (paciente) requiere, pues como ya se señaló, no es recomendable que medicamentos de éstas características se administren por periodos superiores a cuatro semanas, por el alto poder adictivo y de tolerancias a dosis administradas que genera. Al respecto, resulta relevante conocer qué importancia reviste la familia (cualquiera sea la conformación o configuración de ésta) para los individuos que se encuentran en tratamiento con BZN. Conocer éstos significados nos permitiría el desarrollo de protocolos que incorporen la implicancia del sistema familiar, al momento de recetar o no BZN para la problemática presentada por el paciente. Por otro lado, nos permitiría incorporar a los miembros de la familia en dicho tratamiento, pues como hemos señalado hasta el momento, el tipo de interacción y los significados que se construyen como sistema familiar, afecta la dinámica y relaciones del sistema en su conjunto, por tanto, el sistema familiar completo es responsable de contribuir en la solución de las afecciones psicológicas y emocionales de sus

miembros, para que así se pueda superar acompañado, aquellas demandas externas al sistema familiar, utilizando en consecuencia a la familia como un facilitador de los procesos fármaco-terapéuticos de los individuos en tratamiento con BZN, o bien, identificando si la familia será un obstaculizador de dicho proceso, por tanto, determinar la improcedencia de éste tratamiento sin que existan adecuados apoyos familiares que facilite y no obstaculicen el proceso.

Conclusión:

Si bien en Chile se avanzó en términos de habilitar el expendio y administración de BZN a través de receta retenida, lo cierto es que su recetaje indiscriminado en atención primaria de salud, así como su fácil adquisición en ferias libres a lo largo de todo el territorio nacional, constituye un problema de salud pública, pues como se señaló, su utilización bajo adecuada supervisión médica puede resultar positiva, pero el fármaco presenta un alto nivel de dependencia cuando su utilización es superior a 04 semanas de administración.

Según la Organización de Naciones Unidas en documento publicado por su Oficina de Drogas y Delitos, existe un aumento constante en la prescripción y uso de psicotrópicos y estupefacientes, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Este aumento se explicaría por una prescripción indiscriminada y por la presencia de tráfico ilegal de fármacos. También se ha visto que el uso indiscriminado de este tipo de sustancias, ya sea con prescripción médica o sin ella, puede causar que los pacientes desarrollen adicción, pensamientos suicidas, homicidas y depresión. (Cancino & Vega, 2014)

Lo anterior, nos invita a pensar y considerar que si bien en un primer momento el uso de éste psicofármaco puede favorecer la recuperación de la salud mentada de un individuo, su uso prolongado puede finalmente constituirse en un nuevo inconveniente para el paciente, quien crea dependencia al fármaco para poder responder a

sus demandas familiares y sociales. Particular preocupación reviste la revisión que se ha realizado de los “protocolos de uso racional de benzodiazepinas en la red de atención mental”⁵ pues en dichos documentos se establece un uso no superior a 06 meses, contemplando un proceso de deshabitación de 03 meses más, por lo cual, el paciente se ve expuesto a un tratamiento que excede sustancialmente las recomendaciones realizadas en la revisión bibliográfica para la construcción de éste documento, la que establece que su uso superior a 04 semanas genera en el paciente síntomas de dependencia.

Por otro lado, se observó la “Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción: Metodología para la Prescripción Racional de Medicamentos Ministerio de Salud de Chile” (MINSAL, 2010), en la cual se establecen diversas consideraciones que deben tener los facultativos médicos al momento de recetar éstos medicamentos. La guía, refiere aspectos normativos como el DS N°466/1984 que establece quienes pueden emitir recetas, el DFL N°1 del Ministerio de Salud que establece quien tiene acceso a la documentación clínica del paciente, entre otros, así como la normativa que establece la necesidad de retener la receta cuando se solicitan medicamentos ansiolíticos como las BZN. Así también, establece la necesidad de formación idónea y adecuada del facultativo que administra y receta el medicamento, invitándolo además a tener consideración respecto del nivel socioeconómico del paciente, con el objetivo de favorecer el acceso al medicamento que se le recete. A grandes rasgos, la guía le solicita al Médico a considerar los siguientes ítems:

- Definir el o los problemas de salud del paciente.
- Especificar los objetivos terapéuticos.
- Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.
- Indicar el tratamiento (lo que en materia de medicamentos se traduce en escribir la receta).

⁵ Ejemplo Desarrollado por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, extraído de: http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/instituto_psiquiatrico/Protocolo_Uso_Benzodiazepinas2013.pdf

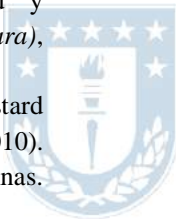
- Entregar información, instrucciones y advertencias.
- Supervisar la evolución del tratamiento.

Pero en todos los documentos revisados, no se hace referencia ni se tiene especial consideración al rol que cumple la familia como precursor o facilitador en el proceso de recuperación de un paciente, al que se le diagnostica un problema de salud mental que requiere de la intervención farmacológica con BZN. En éste sentido, es donde proponemos la necesidad de construir protocolos que consideren el rol de la familia, su funcionamiento, el significado que el paciente le atribuye a ésta; como parte de un diagnóstico que valore si son problemáticas ocurridas al interior de la familias las que detonan la necesidad de éste tipo de intervenciones; o por otro lado, observar si la familia constituye un favorable apoyo en la recuperación que se desea, la que además podrá apoyar el proceso de deshabitación, considerando que la dependencia es un fenómeno latente y de posible ocurrencia, en atención a los plazos en que se administran en los servicios de salud de nuestro país, en oposición a lo que se recomienda como plazo razonable para la administración del fármaco.

Bibliografía:

- Galleguillos U, Tamara, Risco N, Luis, Garay S, José Luis, González A, Marco, & Vogel M., Melina. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540
- Aguilar, F., Patricia, A., Escobar, M., & Manuel, J. (2016). VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 14(2), 247-283.
- Palacios, J. & Rodrigo, M. J. (2000). La familia como contexto de desarrollo humano. En: Familia y Desarrollo Humano. MJ Rodrigo & J. Palacios. Madrid: Psicología y Educación. Alianza.

- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., ... Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167–176.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico*. Hora. Recuperado a partir de http://www.academia.edu/download/44520439/Interaccionismo_simbolico.pdf
- Cancino, F. I. G., & Vega, E. M. (2014). Medicamentos de venta bajo receta médica retenida: caracterización y análisis desde la dispensación. *Revista Colombiana de Ciencias Químico Farmacéuticas*, 43(2), 272.
- Castellón y Ledesma (2012) El Funcionamiento Familiar y su Relación con la Socialización Infantil.
- González, N. (2007). Bauman, identidad y comunidad. *Espiral (Guadalajara)*, 14(40), 179–198.
- López Vantour, A., Aroche Arzuaga, A., Bestard Romero, J., & Ocaña Fontela, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14(4), 0–0.
- Melillo, A. (2004). Resiliencia: conceptos básicos. *Recuperado en <https://docs.google.com/document/d/16fwlkYcmzK9Gbhd5ds3A9w05FlGr uv4dUmU-jKjxKw/edit>*. Recuperado a partir de <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-AG.pdf>
- Ortega Veitía, T., Cuesta Freijomil, D. de la, & Días Retureta, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168.
- Rizo, M. (2012). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto: Hacia un nuevo concepto de comunicación. *Aula abierta: Lecciones Básicas. Consultado en septiembre de*. Recuperado a partir de http://portalcomunicacao.com/uploads/pdf/17_esp.pdf
- T. Fernández Álvarez, M. J. Gómez Castrob, C. Baidés Morentec y J. Martínez Fernández (2012); “Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria”; Documento descargado de <http://www.elsevier.es>
- Rosas-Gutiérrez, I., Simón-Arceo, K., & Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud mental*, 36(4), 325–329.
- MINSAL (2010) Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción: Metodología para la Prescripción Racional de Medicamentos. Recuperado a partir de http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2CD_GUIA-PARA-LAS-BUENAS.pdf



TENSIONES EN LOS HOMBRES: DISTRIBUCIÓN DE ROLES Y TAREAS EN LA FAMILIA CONTEMPORÁNEA EN CHILE

Oswaldo Enzo Alarcón Henríquez¹

Palabras Clave: Perspectiva de género – Tensiones – Distribución roles y tareas – Familias

Resumen:

En los últimos 30 años, se han impulsado cambios políticos, culturales y sociales, que vienen a desconstruir el concepto de género, arraigado y construido socialmente, con lo cual comienza a visualizarse tensiones en las familias chilenas. Esta tensión se traduce en un enfrentamiento entre las mujeres y los hombres en la distribución de los roles en los hogares, donde la valencia diferencial de género de la autora Heritier (2007) juega un papel significativo que impide a los hombres asumir mayores tareas domésticas, he aquí la necesidad de realizar un proceso reflexivo en torno a dichas tensiones, para lograr establecer un nuevo rol en los trabajadores sociales que favorezca esta transformación en las familias en Chile.

Abstract:

In the last 30 years, political, cultural and social changes have been promoted, which are deconstructing the concept of gender, rooted and socially constructed, which is beginning to envision tensions in Chilean families. This tension translates into a confrontation between women and men in the distribution of roles in households, where the gender differential valence of the author Heritier (2007) plays a significant role that prevents men from assuming greater domestic tasks, here is the need to carry out a reflexive process around these tensions, in order to establish a new role for social workers that favors this transformation in families in Chile.

*“Caperucita eres joven y tienes que aprender
a ocuparte de la casa, que serás una mujer.
Para que seas buena esposa
... en la cama y la cocina has de saber
alegrar a tu marido y cuidar a cada hijo,
que te atrapa tu destino,
que has de ser madre y esposa”
(Caperucita, Ismael Serrano)*

*“... no soy tu media naranja,
eres fruta entera y madura.
No quieres mi luz ni mi consuelo,
No he de buscar detrás de mí,
pues yo camino a tu lado”*

(Hija de Lilith, Ismael Serrano)

¹ Trabajador Social, Magister en Psicología Social y Magister en Trabajo Social y Familia, Docente Universidad Aconcagua. osvaldo.alarcon.h@gmail.com

Estas composiciones del cantautor español Ismael Serrano, viene a retratar de un modo poético, los conflictos que subyacen al ser hombre en Chile. El movimiento poblacional en la dictadura, liderados principalmente por mujeres, enarbolan la bandera de “*Democracia en el país y en la casa*” (Vitale, 2009, p. 86), poniendo en cuestionamiento el dominio patriarcal predominante, que refleja claramente la canción de “Caperucita”. En los últimos 30 años, han surgido diversas reformas políticas, judiciales y culturales efectuadas en torno a las diferencias de género, impulsando un modo de ser hombre diferente, tal como lo plantea el mismo autor en la canción “Hija de Lilith”, es decir, existe una tendencia a la desconstrucción de lo que es ser hombre en la sociedad contemporánea, llegando a representarse una paridad de género. Si bien, aún estamos lejos de la existencia de esta igualdad, no es menos cierto, que dicha brecha está en un proceso de descenso. Este ensayo, pretende dar cuenta de este cambio, en el cual como trabajadores sociales, tenemos que contribuir para facilitar los procesos que se desarrollan en los hogares, donde resulta que ser hombre, no es tan fácil en este proceso de transición, considerando que “un tercio sostiene que hoy es más difícil ser hombre que antes” (PNUD, 2010, p. 96), es decir, hacia dónde debiesen dirigirse nuestros esfuerzos como trabajadores sociales para favorecer con la intervención esta transición.

En un contexto social donde “*todo lo sólido se desvanece en el aire*” como diría Berman (1988), las viejas estructuras rígidas, se han desmembrado a la par de un proceso de globalización que impulsa reformas en el ámbito del trabajo, la educación, la salud, colocando la flexibilidad como necesidad para la expansión y crecimiento económico, dejando en situación de incertidumbre a las personas respecto a su futuro, otorgando libertad y responsabilidad, frente al desafío posmoderno de la individualización, que implicará un cambio a nivel personal, en las familias, en los procesos laborales y en las políticas sociales. La consolidación de las mujeres en el mercado laboral y la precariedad laboral, afectarán la estabilidad de los roles al interior de las familias, que pone en tela de juicio al tradicional rol de los hombres, como únicos

proveedores de este modo tradicional de familia: “...*el mandato de que el varón debe ser el proveedor de la familia comienza a perder fuerza y se comienza a esperar que sea compartido. En algunos casos, en sectores medios y populares, ellas son las que hacen el aporte constante y principal y los varones el aportar recursos variables, según los ingresos que tienen en trabajos no permanentes*” (Olavarría, 2000, p. 145). Es decir, las variaciones del mercado del trabajo, es un elemento contextual que harán que los hombres asuma de un modo diferente su rol tradicional, en tanto en lo sectores medios y populares, mantendrán una menor estabilidad laboral que las mujeres, quienes se transforman en el sostén económico del hogar y por tanto, los hombres, efectuarán actividades que antes realizaban las mujeres.

En este mismo sentido, se comienza a cuestionar la base patriarcal y se gestan mayores grados de igualdad entre los integrantes de la pareja o matrimonio y los roles que se distribuyen en el interior del hogar, no serán ajeno a dichas distinciones, para Beck estos roles preestablecidos, se corresponden con la era industrial, por cuanto permitían la existencia de la familia nuclear tradicional, basándose en la desigual relación hombres y mujeres. Por ende, comenzará a desintegrarse a partir de los cambios en las sociedades modernas, al incorporarse las mujeres al mundo del trabajo y forjarse un trato igualitario, se cuestionaría “*los fundamentos de la familia (matrimonio, sexualidad, paternidad, etc.)*” (Beck, 2001, p. 45), lo que generará conflictos en el interior de las éstas, por cuanto, ya no será exclusividad de las mujeres preocuparse y velar por bienestar de los hijos o de los quehaceres del hogar, pudiendo emanciparse de un rol socialmente construido.

No obstante, no será un proceso unívoco, sino multidireccional y dialéctico, en tanto, no en todos los sectores socioeconómicos, ni todos los hombres y mujeres experimentarán del mismo modo los cambios que devienen, más aún si se considera que las representaciones de género son construcciones culturales “*el género no es el resultado causal del sexo ni tampoco es tan aparentemente rígido como el sexo*” (Butler, 2007, p. 54), es decir, reconociendo lo cultural

como un elemento significativo en la construcción social de las diferencias de género, y por tanto, que las miradas en torno a él que tengan los hombres y mujeres, será una variante o consecuencia de las condiciones sociales, familiares, políticas, culturales y de sus propias experiencias en el hogar. Por esta razón, quienes poseen mayor capital cultural comenzarán a modificar los roles tradicionales asignados al género y permanecerán en aquellos sectores con menor nivel sociocultural.

El hecho de ser hombre, por tanto, es una identidad forjada en la sociedad, que *“orientan, sustentan y legitiman las resistencias de muchos hombres ante los cambios en las relaciones de género”* (PNUD, 2010, p. 93), quienes verán cambiar la sociedad chilena en los últimos años, comenzando a modificar la representación que tienen de su identidad de género, no sin dificultades o tensiones, en tanto, deberán desconstruir los elementos simbólicos de la virilidad, al decir, de Bordieu (1998) para no perder la estima de los otros: *“... y de verse relegado a la categoría típicamente femenina de los débiles, los alfeñiques, las mujercitas, los mariquitas...”* (p.70), y a su vez, reconocerse como *“aprendices”* en el hogar en la redistribuciones de roles y tareas domésticas, por cuanto, la relación asimétrica con la mujer, que en ocasiones es mantenida por éstas: *“contribuyen a su reproducción y a las resistencias a los cambios, al encarnar la identidad femenina complementaria de mujer pasiva y cuidador”* (PNUD, 2010, p. 93). Esta disyuntiva, donde las propias mujeres han de jugar un papel transformador en sus hogares, es un hecho a develar, un darse cuenta, tomar conciencia de estas resistencias en el seno de los hogares.

Por ello, es necesario comprender la noción de género como un concepto dialéctico y relacional, como nos dice Butler (2007) quien señala respecto *“que lo que <es> la persona y, de hecho, lo que <es> el género siempre es relativo a las relaciones construidas en las que se establece”* (p. 61), un modo relacional, que en el hogar familiar es posible de transformar, al modificar las interacciones en la relación hombre-mujer, considerándolo como una corresponsabilidad.

En ese sentido, Hérítier (2007), señalará que se considera el mundo doméstico, donde se desarrollan las tareas diferenciadas de género, como el bastión sobre el cual se requiere modificar la asimetría de género, donde tanto los hombres, como las mujeres, pueden asumir un rol tutor/facilitador/pasante o mediador, como logra visualizar en la investigación que efectúa Valdés (2006), al comparar la asunción y distribución de roles y tareas entre Francia y Chile.

Dicho rol puede ser asumido indistintamente, orientando, apoyando y favoreciendo el desarrollo paulatino, de labores o modos de ser alternativos de sus integrantes, que potenciarán la autonomía, la libertad y la individualización de cada quien, sin rigidizar las tareas como elementos integrantes de un sexo. En efecto, hoy es posible asistir a un mundo donde el proceso de individualización permite esa libertad del ser, donde cada persona, puede llegar a constituirse su propia identidad, sin perderla al efectuar actividades - que, antiguamente, y en algunos sectores sociales, aún hoy- eran consideradas partes integrantes de un género en particular.

Con ello, se reconoce que *“los márgenes de flexibilidad de género son más amplios que en el pasado y hay múltiples formas en que las personas-mujeres y hombres- se apropian y expresan una masculinidad hegemónica en un proceso de hibridación”* (Moreno, 2001, p. 41), es decir, pese a la existencia de una cultura patriarcal hegemónica, paralelamente, hay mayor aceptación de la igualdad de géneros existente y de que algunos hombres ya asumen un rol colaborador en el hogar, en las tareas y vinculación de sus hijos, sin perder su identidad masculina.

El problema de la identidad masculina, se puede expresar al modo en que lo hace Butler (2007), al señalar que en definitiva: *“la <coherencia> y la <continuidad> de <la persona> no son rasgos lógicos o analíticos de la calidad de persona sino, más bien, normas de inteligibilidad socialmente instauradas y mantenidas”* (p. 71), con lo cual, el ser hombre implicará que sus características de género, están sobredeterminadas relacional y culturalmente o como menciona Foucault respecto a la existencia

de una matriz de reglas coherentes de género (citado en Butler, 2007), las cuales se han ido modificando, por las acciones de los hombres y mujeres, permitiendo de modo dialéctico que esta matriz se flexibilice.

Este proceso, se ha denominado, como *“feminización de los hombres, que se refiere al reconocimiento de otras expresiones emocionales en los hombres como el miedo, la ternura, la tristeza o el llanto”* (Cruz, 2011, p 189), siendo parte de las exigencias que hacen las mujeres en el hogar, y parte de procesos culturales que provocan que los hombres se perciban como un discurso ambivalente, donde *“se les exige que conserven virtudes de sus abuelos (fuerza protectora, coraje, sentido de la responsabilidad) y que, a la vez, adquieran las de sus abuelas (escucha, ternura, compasión)”* (Badinter, 2003, p.122), no obstante, lo hacen, un poco con temor, con desconocimiento, requiriendo de apoyo para recrear una nueva forma de ser hombres, sin verse afectados por su escasa experiencia y falta de entrenamiento en el nuevo rol que comienzan a asumir.

Si en sus hogares los hombres, en su infancia, no colaboran en el hogar, no ayudan en su adolescencia en asumir responsabilidades en las dinámicas de los quehaceres, esta transición es un tanto más difícil, en tanto, *“las mujeres asignan firme importancia a su libertad sexual, al ideal de igualdad y a los roles compartidos”* (Badinter, 2003, p. 135), por lo cual, hoy para los hombres contemporáneos, esta situación la reconocen y asumen, como un elemento significativo de la relación de pareja, no obstante, pese a ellos, muchos se resisten a enarbolar la bandera de la *“democracia en la casa”*, y dichos procesos no están del todo encaminados por cuanto, según la encuesta del desarrollo humano del año 2010, refiere que un 71% de los encuestados entre los 18 y 24 años, no realiza tareas domésticas, por lo cual es dable decir, que esta actividad no es propiciada en los hogares, reforzando los patrones en la distribución de tareas en el interior del hogar, más aún cuando según el mismo estudio el 90% de las mujeres efectúan sin ayuda las labores domésticas, pese a vivir con sus parejas e hijos.

Como nos dice Hérieter (2007), las mujeres reivindican las labores domésticas como su elección, por lo cual, pese a desarrollar actividad laboral, efectúan las labores de la casa sin ayuda (34% según la encuesta de desarrollo humano, 2010), basadas algunas de ellas, en la valencia diferencial de los sexos, reforzando la desvalorización de estas tareas y colocando a los hombres en la posición de no saber, de aprendiz, que ante su ignorancia, requiere una guía que le permita asumir plenamente estas labores.

Esta encrucijada, para los estereotipos de género construidos socialmente, llegan a ser una limitante para los hombres en su desarrollo social e individual, quienes pese a ello, paulatinamente, han logrado incorporarse como padres presentes en su hogar, avanzando cualitativamente respecto a generaciones anteriores, al reconocerse como significativo desarrollar y fomentar el vínculo con sus hijos, lo que en algunos casos, según refiere la autora Valdés (2007) hace ampliar sus perspectivas de género, a través de la asunción del rol parental, pudiendo involucrarse en un tipo relacional diferente en el hogar, respecto a su relación conyugal.

Esta nueva identidad masculina que se construye, que favorece la asunción de los roles parentales, tal como lo plantea Valdés (2009), reconoce tres modelos de paternidad: Una Presente-próximo, el Neo patriarcal y el Periférico. Estos modos de ser padres coexisten en la sociedad chilena en el discurso que efectúan los propios padres. Sin embargo existiría una brecha entre un discurso de asunción de la paternidad y la práctica de ser padre, en tanto, pese a existir el derecho posnatal parental, que puede ser compartido por hombres y mujeres, luego de 3 años de aplicación, se constata que un porcentaje disminuido de hombres ha hecho uso de éste, según el diario la tercera (febrero de 2015), sólo 225 hombres ha usado este beneficio, lo que representa el 0,2% del total de subvenciones entregadas que alcanza la cifra de 102 mil, aproximados.

Estas cifras pueden estar demostrando que pese a la existencia de un padre presente en el discurso de los hombres y una nueva configuración de su identidad, este modo de

hacerlo, especialmente en los primeros meses de vida del hijo, es un proceso que no se modificará rápidamente, por cuanto el hombre ha construido su identidad en base una cultura patriarcal hegemónica, que se modificará lentamente, siendo un avance cualitativo respecto a las figuras paternas existentes en la época industrial.

La disposición que tienen los hombres para ampliar su propia perspectiva de género, se devela en conflicto con el rol asignado cultural y socialmente a la mujer, es esta díada antagónica dialécticamente, donde la solución se espera pueda alcanzarse, en tanto, los viejos estereotipos de género, se encuentran cuestionados por un contexto político, jurídico, económico, social y cultural, dando posibilidad de desarraigarse de ellos, por lo cual, la lucha por la igualdad de sexos, debiese desencadenar en una superación de éstas distinciones por una parte en el seno de las familias, lo que implica como trabajadores sociales, en asumir un rol de tutores/facilitadores/pasantes o mediadores, para favorecer tanto a las mujeres como a los hombres, en el tránsito hacia nuevos modos de ser, en los procesos de intervención familiar, que pueda distender las dificultades que existen para que los hombres puedan asumir un rol activo en la vida doméstica, como parte de un proceso más amplio de mayor igualdad entre los hombres y mujeres.

Entonces, esta nuevo rol que debemos ir asumiendo los trabajadores sociales, impone como desafío desarrollar estrategias y organizar un modo de ir implementando talleres para padres y madres en las escuelas, incluir objetivos en los planes de intervención, encausados en la línea de favorecer un aumento de las asunción de tareas domésticas por los hombres, proporcionar cada vez mayores herramientas a todos los usuarios y clientes que tenemos. En definitiva, es necesario también, revisar nuestras propias prácticas como profesionales que puedan limitar este cambio necesario, en tanto muchas no somos capaces de involucrar a los hombres en los procesos llevados a cabo a nivel familiar.

Bibliografía

1. Badinter É. (2003). Hombres/mujeres ¿Cómo salir del camino equivocado?

- Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.p.121-148.
2. Beck, U., Beck-Gernsheim E. (2001). El normal caos del amor: las nuevas formas de relación amorosa. Barcelona: Paidós, pp. 29 - 143.
3. Berman, Marshall. Todo lo solido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad. Madrid: Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A. (1988), encontrado en <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2015/04/Marshall-Berman.-Todo-lo-s%C3%B3lido-se-desvanece-en-el-aire.pdf>
4. Bourdieu, Pierre. (1998). La dominación Masculina. Barcelona: Editorial Anagrama. 2000.
5. Butler, J. (2007). El género en disputa. Barcelona: Paidós Ibérica. Pp. 45-99.
6. Cruz, S. (2011). Sentido y práctica de la intimidad masculina. Una mirada desde los hombres. En Sociológica, año 26, número 73, mayo-agosto, pp. 183-207
7. Héritier F. (2007). Masculino / Femenino II. Disolver la jerarquía. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp.307-341.
8. Moreno M.J. (2001). Masculinidades en la cultura de la globalización. En: Olavarría J. (Editor). Hombres: identidad/es y violencia. Santiago: Flacso, pp. 37-54.
9. Olavarría J. (2001). Hombres e identidades: crisis y globalización. En: Olavarría J. (Editor). Hombres: identidad/es y violencia. Santiago: Flacso, pp. 13-36.
- (2000). Ser padre en Santiago de Chile. En: Fuller N., Paternidades en América Latina. Perú: Pontificia Universidad Católica de Perú, p. 129-173.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). Desarrollo humano en Chile 2010. Género: los desafíos de la igualdad. Santiago: PNUD, http://desarrollohumano.cl/idh/download/PNUD_LIBRO.pdf
11. Valdés X., Castelain-Meunier C., Palacios M. (2006). Puertas adentro. Femenino y masculino en la familia

contemporánea. Santiago, LOM – CEDEM, pp. 129-170.

(2009). El lugar que habita el padre en Chile contemporáneo, en Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, N° 23, 2009, pp. 385-410

12. Vitale, Luis. (2009). Los Principales Periodos de la Historia de América Latina, Ediciones LOM, 2009, encontrado en https://books.google.cl/books?id=2B_De3nbg1QC&printsec=frontcover&dq=isbn:9560000845&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIkLmi7P2QyQIVwuwmCh09Uw-p#v=onepage&q&f=false



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

UN PUZLE DE TERRITORIOS EN AMÉRICA LATINA

Mariana Laura Alzugarat Pacifici¹

Resumen

En las últimas décadas se ha podido observar una profunda concentración de distintas clases sociales en determinados territorios y diferenciación entre barrios. Esta es una problemática presente en toda América Latina, que algunos autores han coincidido en denominar segregación urbana. La misma da cuenta de la separación física y social de clases, que se realiza básicamente por razones de “status” y posibilidades reales de acceso a distintos bienes y servicios.

¿Cómo es posible que los espacios físicos logren reproducir la estratificación de las sociedades? ¿Cuánta simbología esconde el territorio para conseguir el mantenimiento del statu quo de las sociedades?

Este artículo es una invitación para ir descifrando y descubriendo las simbologías presente en el territorio.

A partir del análisis de segregación urbana se observa una nueva brecha que separa a los pobres incluidos de los pobres “marginados y sospechosos”. Los “viejos pobres” y los “nuevos pobres”. Se marca un fenómeno donde nuevas divisiones se hacen presentes, ahora también entre una misma clase. El análisis de estas interacciones y de las relaciones entre las personas la podemos denominar como “relaciones entre personas más establecidas y menos establecidas” o entre “más excluidos y menos excluidos”, produciéndose una misma clase social sin fuerza ni unión.

Finalmente se expone como se expresa esta problemática particularmente en la ciudad de Montevideo, la capital de Uruguay. El problema de segregación urbana aparece respaldado y fundamentado por los medios de comunicación, se plantea también el miedo que estos generan en la población frente a ciertos barrios. La situación es agravada a partir de ciertas políticas de seguridad que se desarrollaron en los últimos años, y que han generado mayor exclusión y discriminación.

Frente a lo expuesto ¿Qué desafíos se nos presentan a quienes trabajamos en territorio?

Palabras Claves

Segregación urbana, exclusión, división interna de clases.

Abstract

In the last decades it has been possible to observe a deep concentration of different social classes in certain territories and differentiation between neighborhoods. This is a problem present throughout Latin America, which some authors have agreed to call urban segregation. It accounts for the physical and social separation of classes, which is basically done for reasons of status and real possibilities of access to different goods and services.

How is it possible that physical spaces can reproduce the stratification of societies? How much symbolism does the territory hide in order to maintain the status quo of societies?

¹ Licenciada en Trabajo Social. Diploma de Especialización en Intervención Familiar. Coordinadora de un Equipo Territorial de Atención Familiar en el Programa Cercanías MIDES-INAU. Imparte talleres de prevención de violencia en el noviazgo en el marco de la campaña “Nunca más a mi lado”. Convenio Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual y Cooperativa “Mujer Ahora”. También integra el equipo docente del curso: “Género y Acoso Sexual Laboral”, convenio Cooperativa “Mujer Ahora”, INEFOP Comisión tripartita para la igualdad de oportunidades y trato en el empleo. Correo electrónico: mari.alzugarat@gmail.com

This article is an invitation to decipher and discover the symbologies present in the territory.

From the analysis of urban segregation a new gap is observed that separates the included poor from the poor "marginalized and suspect". The "old poor" and the "new poor". It marks a phenomenon where new divisions but now between the same class are present. The analysis of these interactions and relationships between people can be called "relations between people more established and less established" or between "more excluded and less excluded." Excluded at last and divided at last, sharing the same social class without strength or union.

Finally it is exposed how this problem is expressed particularly in the city of Montevideo, the capital of Uruguay. The problem of urban segregation is supported and grounded by the media, it is also raised the fear that these generate in the population against certain neighborhoods. The situation is aggravated by certain security policies that have been developed in recent years, which have led to greater exclusion and discrimination.

Faced with the above, what challenges do we face in those who work in the territory?

Key Words

Urban segregation, exclusion, internal division of classes.

Lo simbólico e invisible del territorio

Para comprender cabalmente la importancia que adquiere la segregación urbana en las sociedades comenzaremos delimitando que es el "territorio" y su importancia en la cotidianeidad de las personas.

Villasante plantea que el territorio es el lugar físico donde se producen, se reproducen y se transforman las comunidades (Villasante, 1984).

La misma no es una simple suma de individuos, cada ser se relaciona de una manera distinta, vive, siente y piensa de forma particular. ¿Cómo confluyen y se interrelacionan individuos tan distintos en una comunidad? Tal vez ésta sea la pregunta que inicie la búsqueda para la comprensión de las comunidades y de los territorios. Villasante define a la comunidad como: "un mecanismo adaptativo, en el que cada parte tiene o tiende a tener relaciones funcionales con los demás" (Villasante, 1984:16).

Avanzando sobre esta categoría analítica se debe reconocer que cada comunidad tiene su propia historia, la cual es esencial para poder comprender su identidad.

Resulta también interesante considerar lo que entiende Rodríguez Miranda por territorio, para el autor: "...no es un mero espacio físico geográfico sino un espacio de interacción entre actores, instituciones, capacidades, tradición y conocimientos" (Rodríguez Miranda, 2011).

El territorio es el espacio donde se desarrollan procesos de cambio para la comunidad, tales como: urbanización, industrialización y modernización. El espacio físico también va a determinar las actividades cotidianas de los habitantes, el tipo de trabajo que realicen, su forma de transportarse y hasta de comunicarse.

Villasante define a estas características como supralocales y destaca que las mismas se encuentran íntimamente relacionadas con el análisis de las características internas de cada comunidad urbana.

De esta manera, el territorio es el espacio donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas. Se señalan dos componentes que hacen al territorio y a la cotidianeidad: A) Componente Material: abarca desde la presencia de servicios y bienes hasta cómo los individuos se adueñan del territorio. B) Componente Simbólico: hace referencia al lenguaje, al campo cultural y al campo simbólico, a las representaciones políticas y los movimientos urbanos (Villasante, 1984).

Podríamos hacer una analogía de estos dos grandes componentes con lo que Marx llama infraestructura y superestructura. La primera refiere a la base económica de una sociedad, de la infraestructura se desprende la superestructura social: la base ideológica, en la cual se dan los procesos políticos, jurídicos y culturales. Para Marx al cambiar la base material de una sociedad cambia la base ideológica de la misma, su manera de vivir los procesos políticos y culturales. Por tanto el

componente material de un barrio terminará definiendo su componente simbólico.

Conformación de un puzzle urbano:

Como ya se ha expresado, en las últimas décadas, se observa una profunda concentración de distintas clases sociales en determinados territorios y diferenciación entre barrios. De esta manera, la segregación urbana permite que determinados grupos puedan mantener una situación de privilegio y separen a otros considerándolos inferiores (Ander- Egg, 2009).

La segregación urbana es definida como: *“...la aglomeración geográfica de familias de una misma condición o categoría social con tres dimensiones principales: a) la tendencia de un grupo a concentrarse en algunas áreas; b) la conformación de áreas socialmente homogéneas; y c) la percepción subjetiva que tiene la gente de las dimensiones anteriores de la segregación”* (Filardo y Aguiar, 2009:122).

Como afirma Maristella Svampa (2004) la segregación espacial que afecta a América tiene como protagonistas a las clases altas y medias altas pero también a sectores medios en ascenso.

Nueva morfología urbana

El conjunto de tensiones territoriales que afectan a América Latina se puede visualizar en el contraste que se genera con el crecimiento de countries, barrios privados con canchas de golf, piscinas, con accesos exclusivos a: playas, ríos o distintos espacios naturales privilegiados. Y por otro lado el crecimiento de barrios empobrecidos, “guetos de miseria”, con acceso precario a servicios básicos.

En relación a esto, se puede apreciar espacios ocupados convertidos en hábitats ilegales, irregulares e informales, transgrediendo los aspectos dominiales y también el proceso de urbanización.

Para poner algunos ejemplos: En Bolivia se estima que entre 45% y 55% de las viviendas urbanas producidas anualmente son construidas de forma informal. En Perú, el ritmo de crecimiento de las viviendas informales durante el período 1981-1993 superó 11 veces el ritmo promedio del total de las viviendas formales. Se estima que en Lima más del 40% del 50% de la población vive en hábitat informal. También en México, durante el período 1980-1990, el 57% de las viviendas fueron construidas de forma informal (Clichevsky, 2000).

Algunos autores coinciden en señalar que la nueva morfología urbana se encuentra asociada al nuevo tipo societal, a las sociedades Neoliberales. Podemos afirmar que el modelo Norteamericano de vivienda unifamiliar y seguridad privada fue el gran inspirador para que en países como México, Venezuela y Brasil se multiplicaran los condominios, fraccionamientos como barrios privados o comunidades cerradas con seguridades privadas. En 1995 los fraccionamientos cerrados en Guadalajara ya ocupaban el 10% del tejido urbano. También Argentina es uno de los países que presenta mayor “urbanizaciones privadas”; esto incluye chacras y countries en verdaderas zonas privilegiadas (Svampa, 2004).

A lo largo de América se observa un rápido crecimiento de las ciudades que no va acompañado con el crecimiento económico, lo que provoca un empobrecimiento urbano en muchas zonas. En el año 2000 en las áreas metropolitanas latinoamericanas habitaban 351 millones de personas, la población pobre urbana pasó de 63 millones en 1980 a 122 millones en 1990 (Clichevsky, 2000). En Río de Janeiro, Belo Horizonte, San Pablo, Salvador y Fortaleza la población viviendo sólo en favela representa entre el 20% y el 22% mientras que en Recife el 46% (Clichevsky, 2000).

Estos datos nos permiten comenzar a visualizar las fronteras sociales presentes en América Latina.

Uso del espacio y Sociabilización

Como expresa Svampa esto genera formas distintas de sociabilización y de ciudadanías, transformaciones en el lazo social ¿Qué consecuencias se presentan a nivel de la calidad de vida de las personas? ¿Qué consecuencias aparecen en el uso del espacio público?

Según Filardo: *“La fragmentación socio-espacial tiene consecuencias inmediatas en el uso de los espacios públicos: barrios enteros son tipificados como: peligrosos, “zonas rojas” tanto sea por experiencias vividas o por experiencias transmitidas y por tanto no corporizadas, imaginadas que terminan siendo ‘agujeros negros de la ciudad’”* (Filardo en Paternain y Rico, 2012: 83). Según la misma autora, estos barrios considerados “zonas rojas” aparecen en los discursos de los habitantes como desconocidos y temidos, donde además se manejan otros códigos.

“Existe entonces una suerte de demarcación difusa, un desplazamiento del peligro a partir de la distancia respecto de la propia posición (geográfica y social) Sin embargo los discursos de los habitantes de la periferia operan de la misma forma, desplazando la figura amenazante: “son los del barrio de al lado”, “están dos cuadras más abajo” y luego “están en la esquina”, “son los que se juntan en la casa de fulano” (Filardo en Paternain y Rico, 2012:83). Perdiendo así la perspectiva de donde está el “peligro” y los “peligrosos”, todo lo ajeno es objeto de desconfianza y depositario de miedo.

Como consecuencia de este miedo urbano se puede observar: “...el incremento de la individuación y la erosión de los vínculos sociales. (...) en la medida en que el miedo se objetive en “determinados rostros” se favorece el control social. La solidificación cada vez más pronunciada produce aislamiento y reduce las posibilidades de interacción inter-clases. Finalmente en el extremo del camino de este proceso se visualiza la “guetización” y la desconfianza a todo “otro”” (Filardo en Paternain y Rico, 2012:94).

Actores, instituciones, tradición y conocimiento son los componentes que se entremezclan en el territorio conformando una pieza de un puzzle. Cada pieza cumple una función dentro de la ciudad.

La segregación urbana es el deseo explícito de no mezclar ciertas clases sociales con otras y es la identificación de barrios como peligrosos, zonas rojas, en fin una división entre barrios habitados por más o menos pobres, barrios con carencia o satisfacción de recursos, barrios más o menos peligrosos, etc. Trae aparejado y como consecuencia ineludible el fenómeno de exclusión, y de cierta discriminación a la interna de cada barrio como producto de una gran desconfianza de unos a otros y de no saber dónde está el “peligro”.

Como se pudo observar, hay una clara fragmentación espacial, hay barrios de pobres y para pobres, hay barrios de ricos y para ricos. De esta manera espacio y clase social quedan atrapados. Queda demostrado que la segregación urbana y la discriminación conforman un círculo inagotable.

Al mismo tiempo, los medios de comunicación contribuyen a despertar en la comunidad un miedo permanente e irracional que termina ocasionando mayores fracciones y divisiones entre la población, que solo conducen a

condenar a determinados grupos y comenzar una guerra de uno con otros.

Según Paternain: “Estos (los medios de comunicación) no generan por si solos la inseguridad, sino que hacen algo más radical: la reproducen, la consolidan y la llevan a un punto sin retorno político y cultural” (Paternain en Paternain y Rico ,2012:16).

Quizás lo que debemos cuestionarnos es ¿hasta dónde la población es conducida por impulsos de distintos ámbitos como los medios de comunicación a ejercer esta diferenciación permanentemente? Y ¿hasta dónde somos capaces de llegar buscando esta diferenciación de unos con otros?

A partir del análisis de segregación urbana se observa una nueva segregación, una nueva brecha que genera más separaciones, pero de forma “más sutil”: separando a pobres incluidos de pobres “marginados y sospechosos”. Los “viejos pobres” y los “nuevos pobres”. Se marca un fenómeno donde nuevas divisiones entre una misma clase se hacen presentes. El análisis de estas interacciones lo podemos denominar como “relaciones entre personas más establecidas y menos establecidas” o entre “más excluidos y menos excluidos”.

Nuevas fisuras y en viejas brechas:

Hasta el momento hemos visto como distintas clases sociales pueden consolidarse en un territorio específico, pero también se observa como distintos grupos sociales comparten un mismo territorio. ¿Cómo se conjugan las interacciones entre actores, instituciones, tradición y conocimientos cuando existen fracciones en un mismo territorio? ¿Cómo se da esta interacción cuando existen al menos dos grupos fuertemente marcados que comparten o intentan compartir el mismo territorio?

Para el análisis de estas interacciones resulta muy interesante rescatar y apropiarnos del estudio que Norbert Elías realiza en su libro: “Relaciones entre establecidos y marginados”. Aquí el autor observa y analiza las relaciones entre dos grupos residentes de dos barrios distintos en una misma comunidad inglesa, uno de ellos establecido hace más tiempo y el otro con una conformación más reciente. El análisis de Norbert Elías se utilizará como un “paradigma empírico” considerando que esto no solo ocurre en esta pequeña comunidad de Winston Parva de forma aislada, sino que por el contrario, es un ejemplo más de segregación que puede ser visualizada en

muy distintas localidades a lo largo y ancho del mundo.

En la comunidad de Witson Parva se podía observar como las personas recién llegadas eran tratadas como marginados por el grupo más establecido, de esta manera; *“...el grupo más poderoso se ve a sí mismo como gente “mejor”, como dotado de una especie de carisma de grupo, como poseedor de un valor que comparten todos sus miembros mientras otros carecen de él. Es más, en todos esos casos la gente “superior” puede lograr que la gente menos poderosa se sienta como si le faltasen valores, es decir, como si fuese humanamente inferior”* (Norbert, 1998: 82).

Se conforma así una especie de dialéctica donde *“un grupo presenta un grado más alto de cohesión que el otro, y este diferencial de integración contribuye sustancialmente al excedente de poder del primero; su mayor cohesión capacita a tal grupo a reservar diferentes posiciones sociales con un alto potencial de poder para sus propios miembros, y esto por su parte refuerza su cohesión y la posibilidad de excluir de ellas a los miembros de otros grupos”* (Norbert, 1998: 87).

El grupo más establecido evitaba cualquier contacto social con el otro grupo y señalaban a las personas como indisciplinados, inmorales, sucios, burdos y poco educados, de alguna manera como “subhumanos”. Pero a simple vista ambos grupos no parecían tener grandes diferencias.

El grupo más establecido tenía sus normas, llevaba un modo de vida determinado, por lo que la llegada de este nuevo grupo en la vecindad amenazaba su estilo de vida. El deseo de querer diferenciarse permanentemente unos de otros es traducido como la necesidad de preservar la identidad de un grupo y asegurar la “superioridad”. Así el autor explica: *“La exclusión y la estigmatización de los marginados resultaron ser armas poderosas que eran empleadas por los establecidos para conservar su identidad, para reafirmar su superioridad, para mantener a los otros firmemente en su sitio”* (Norbert, 1998: 86).

La búsqueda de esta diferenciación en los espacios es considerada por el autor como un “miedo a la contaminación”, tener contacto con el grupo inferior puede ocasionar rechazo por el grupo superior, de esta manera *“...podrían despertar la sospecha de que ya no participan más del valor humano superior que se atribuye a su grupo”* (Norbert, 1998: 95).

Por el otro lado, el grupo marginado fue adquiriendo *“...la conciencia de que podían molestar a las personas, cuyo rechazo y desprecio sentían, con un comportamiento bullicioso, destructor y ofensivo”* (Norbert, 1998: 102). Lo que lleva al autor a concluir: *“Dale a un grupo un nombre malo, y vivirá según él”* (Norbert, 1998: 101).

Queda demostrado que la fuerza que puede tomar la estigmatización hacia otro grupo de personas hace que se los condene y se los transforme realmente en lo que se los estigmatiza. Comienza así una “guerra” sin fin entre “buenos” y “malos”, entre los que son “vecinos”, “trabajadores” y los que son acusados de “chorros” o “pasta baseros”, pero que en realidad nadie tiene pruebas suficientes, nadie tiene la seguridad de que sea realmente así. Es el principio de una exclusión de algunos más integrados hacia algunos menos integrados.

Es importante destacar que en el caso que analiza Norbert Elías ambos grupos pertenecían a una misma clase social, a la clase obrera. Esto marca como cada vez son más pequeñas, insignificantes y menos notorias las diferencias entre un grupo y otro. Aparecen fracciones sociales entre personas que en definitiva comparten más o menos la misma clase social, un mismo lugar de residencia, tal vez con diferencias en algunos hábitos, o en sus modos de vida pero en todo caso esto no debería ser objeto de sospecha.

Considero que el fenómeno de exclusión que se viene analizando en esta revisión bibliográfica presenta una gran semejanza con lo que sucedía en esa localidad inglesa, parecería que hay similitudes que se encuentran siempre que existe discriminación de un grupo a otro.

La segregación urbana presente en Montevideo:

Con el objetivo de dar a conocer una realidad que es parte de América Latina comencemos a observar cómo se presenta esta división territorial en Montevideo Uruguay, dicho análisis resulta interesante dado que presenta ciertas lógicas que se encuentran presentes en otros territorios de América.

En Uruguay persiste una desigualdad territorial pese a que en los últimos años se ha dado un crecimiento del Producto Bruto Interno, reducción de la pobreza y reducción del desempleo. Aun así ciertas inequidades en sectores de Montevideo siguen muy presentes.

Montevideo concentra un poco menos del 50% de la población del país, el mayor ingreso promedio entre los 19 departamentos pero también una de las tasas más altas de pobreza.

Rodríguez Miranda realizó un análisis que dejó en evidencia importantes disparidades territoriales. Este análisis fue realizado en base a estimaciones referidas a ingresos, pobreza, precariedad del empleo y educación con representatividad sub departamental, a partir del análisis de las Encuestas Continuas de Hogares del INE² del año 2008 a 2010. A partir de estos resultados, el autor identificó clusters y estimaciones que utilizó para identificar diferentes tipologías de territorios, con situaciones verdaderamente desfavorecidas en áreas geográficas de la capital.

De esta manera, dejó en evidencia como las mejoras económicas a nivel nacional no provocaron grandes cambios en la calidad de vida de algunos barrios.

En la subdivisión que el autor realizó de Montevideo se tomó como referencia el cálculo del Índice de Desarrollo Humano para los diferentes barrios del departamento, agregándole además algún ajuste para que las zonas también siguieran un criterio geográfico. Es así que se identifican 4 zonas en Montevideo que quedarían representadas de la siguiente forma: *“La zona 1: refiere a los barrios situados sobre la costa sur-este del Río de la Plata (aproximadamente 18% de la población del departamento), una zona 2: que es un primer anillo que rodea a la zona 1 y comprende algunos barrios de la zona céntrica de la ciudad (aproximadamente 14% de la población), una zona 3: que es un segundo anillo que rodea a la zona 2 (aproximadamente 29%) y la zona 4: que es un tercer anillo que responde a la periferia, áreas suburbanas y muy pequeñas zonas rurales del departamento (aproximadamente el 39% de la población)”* (Rodríguez Miranda, 2011:13).

La zona 4 es la que concentra más población de las zonas identificadas, contiene los mayores porcentajes de pobreza de Montevideo, aproximadamente el 41,2% de la población se encontraba por debajo de la línea de pobreza en el año 2010. Es la zona que tiene los mayores niveles

de informalidad laboral, configurando de esta manera las situaciones más críticas de inequidad territorial.

Observando un mapa de Montevideo queda en evidencia que los estratos más bajos se concentran en la zona norte y noroeste de Montevideo. Los barrios centrados en esta parte norte y noroeste son también las zonas con mayores índices de delincuencia y las que se encuentran marcadas como “zonas rojas”.

Si observamos que sucede a la interna de algunos barrios de Montevideo, podemos encontrar la situación descrita anteriormente por Elías Norbert. Los nuevos asentamientos generan desconfianzas y prejuicios tales como: “son quilomberos”, “son terrajas”, “son chorros”, “son pasteros”.

Políticas de Estado que contribuyen al desmembramiento poblacional:

Por otra parte, en los últimos años han aparecido ciertas políticas de seguridad provenientes del Estado que operan consolidando la segregación urbana, el individualismo, la estigmatización y el odio de unos hacia otros.

Para argumentar lo anterior resulta pertinente presentar una de las políticas de seguridad desarrollada en el año 2011, denominada “Megaoperativos”. Dicha política de seguridad tuvo fuerte repercusión mediática y popular, con grandes cuestionamientos desde la academia y desde algunos sectores de izquierda.

Los operativos fueron una estrategia llevada a cabo por el Ministerio del Interior que tuvo como característica principal el ingreso sorpresivo de policías en determinados barrios. El ingreso al mismo se desarrollaba con grandes despliegues: una cantidad importante de efectivos del Grupo Especial de Patrullaje Preventivo (GEPP), Coraceros, Granaderos, Guardia Metropolitana, Policía Montada, plantel de perros, la Dirección de Seguridad, también apoyados en general por más de un helicóptero de la Fuerza Aérea.

El motivo que dio lugar a varios cuestionamientos fue la gran violencia en la que se irrumpía en la cotidianeidad del barrio y la prepotencia utilizada por parte de los policías a cargo del operativo. Se realizaban grandes despliegues policiales, se detenían a decenas y se procesaban solo a unas pocas personas, lo que demuestra que muchas veces los detenidos eran

² La Encuesta Continua de Hogares: es una investigación cuyos principales objetivos son: monitorear la evolución del mercado de trabajo, el ingreso de las familias y las condiciones de vida de la población (vivienda, salud y educación entre otros). (Extraído de la pág. web INE: <http://www.ine.gub.uy>)

conducidos sin argumentos, ni pruebas que justificasen su detención.

La elección de los barrios en donde se desplegaron dichos operativos también fue fuertemente cuestionada. Se trató de barrios que estaban estigmatizados e identificados como peligrosos por la “jerga” popular y cotidiana. Por tanto podríamos preguntarnos si este tipo de acciones no tienen como resultado más estigmatización hacia estos barrios. ¿Pueden colaborar estas políticas en la identificación de determinados barrios como “zonas temibles” o como lugares conflictivos que deben ser identificados?

De alguna manera estos operativos respondieron a un sentimiento de inseguridad instalado en la población y a una “sensación térmica” que también se manifestó en la agenda pública. Sumado a esto, se puede observar como los discursos de los principales actores políticos se centraron en la criminalidad e inseguridad, utilizando dichas problemáticas como herramientas para captar votos. Las políticas de seguridad propuestas hicieron que la territorialidad se haga presente en la agenda política pero acompañada de la criminalidad.

Quizás al leer la descripción de los megaoperativos no se vivencie gran impacto, dado que no es algo novedoso y particular de Uruguay, sino que por el contrario se presenta como una práctica común en varios lugares de América Latina. Una práctica desarrollada y consolidada como verdadera política de seguridad, que no sorprende, ni alarma a la sociedad cuando se lleva a cabo. Es necesario cuestionarnos y no visualizarla como cotidiana, sin detenernos a pensar en las consecuencias que generan estas políticas en la calidad de vida de las personas.

Debemos tener en cuenta que contribuyen de forma notable a la estigmatización, a la segregación y a la exclusión.

Conclusiones Finales:

Para finalizar se presentaron algunas conclusiones diferenciando según impacto societal:

1. Conclusiones que intentan mostrar el resultado de esta problemática en la vida de las personas, muestran un impacto a nivel particular.
2. Se presentan algunas reflexiones que intentan repensar en un colectivo en particular; aquellos profesionales de las áreas sociales que se encuentra “tendiendo” redes y puentes en los distintos territorios. Estas reflexiones refieren a un nivel de impacto en un

colectivo.

3. Por último se señalan consecuencias de la segregación territorial a nivel societal.

1. ¿Qué posibilidades reales estamos generando como sociedad para algunas personas en determinados barrios?

La pobreza tanto simbólica como material está estrechamente vinculada a la estructura de oportunidades que posee una persona, familia o comunidad. Según Kaztman las estructuras de oportunidades son: *“las probabilidades de acceso a bienes, a servicios o al desempeño de actividades. Estas oportunidades inciden sobre el bienestar de los hogares, ya sea porque permiten o facilitan a los miembros del hogar el uso de sus propios recursos o porque les proveen recursos nuevos.”* (Kaztman, 1999:8).

Es por este motivo que estamos en condiciones de afirmar que la segregación territorial tiene consecuencias directas en la calidad de vida de las personas, en particular de algunas personas y barrios determinados. Esto se debe a la dificultad de accesos a distintos servicios y a la estigmatización que termina limitando aún más sus posibilidades, al tiempo que logra encerrar más a las personas en un mismo círculo.

Resulta muy claro entender que el componente material de un barrio define su componente simbólico, por tanto si se generan miedos entorno a un barrio y se limitan sus servicios, se termina atacando directamente el componente simbólico.

El mismo autor concluye: *“El nivel de vulnerabilidad de un hogar -que se refiere a su capacidad para controlar las fuerzas que lo afectan depende de la posesión o control de activos, esto es, de los recursos requeridos para el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el medio en que se desenvuelve”* (Kaztman, 1999:8).

Por tanto lo primero que debemos repensar es que la segregación territorial genera más pobreza tanto material como simbólica, más vulnerabilidad e incide en la calidad de vida de las personas perjudicándolas notoriamente.

2. Trabajar con la comunidad y a nivel territorial requiere entender que para mejorar la calidad de vida de las personas se necesita crear redes territoriales de sostén y de apoyo entre los vecinos, esta se presenta como una dificultosa tarea que se complejiza cada vez más. En este sentido, es necesario que todos aquellos profesionales que se encuentran trabajando territorialmente comiencen

por conocer e incluir todo aquello que tildamos como desconocido y que por tanto es factor de sospecha y miedo. Tender puentes entre distintos territorios y entre las distintas grupalidades parece ser el desafío.

3. A nivel de la sociedad se percibe que esta problemática ocasiona más fragmentación social y fomenta el culto de vivir en base a la premisa: “hace la tuya”, el individualismo exacerbado y la inexistencia de preocupación por el otro.

Por otro lado, también se fomenta el control social y la estigmatización, haciendo que se condene a las clases más pobres y se los transforme realmente en lo que se los estigmatiza.

Para Villasante en el territorio se manifiestan las transformaciones sociales a través de la vida cotidiana. Solo un proceso continuo que marque la diferencia en el día a día, una acción concientizada, puede llevar a la verdadera transformación de una comunidad. Podemos señalar que una transformación social nace y madura en un territorio. Debemos posicionarnos para encaminarnos hacia este objetivo, he aquí el desafío y la tarea que nos convoca.

Bibliografía:

Ander- Egg, Ezequiel (2009) Diccionario del Trabajo Social. Córdoba. Editorial Brujas.

Clichevsky, Nora (2000) Informalidad y segregación urbana en América Latina. Una aproximación. Santiago de Chile. CEPAL

Elías, Norbert (1998) La civilización de los padres y otros ensayos. Bogotá. Editorial Norma.

Filardo, Verónica y Aguiar, Sebastián (2009) Segregación espacial en Montevideo. Posiciones sociales en la ciudad en El Uruguay desde la sociología VII 7ª reunión anual de investigadores del departamento de sociología. Montevideo. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología.

Kaztman, Ruben (1999) Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades. Oficina de Montevideo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. C E P A L.

Paternain, Rafael y Rico, Álvaro (Comp.) (2012) Uruguay: Inseguridad, delito y Estado. Montevideo. Editorial Trilce.

Rodríguez Miranda, Adrian (2011) Cohesión territorial en Uruguay: ¿Nuevo desafío del crecimiento? Montevideo. Jornadas de Economía del BCU del Uruguay.

Svampa, Maristella (2004) Fragmentación espacial y procesos de integración social hacia arriba: socialización, sociabilidad y ciudadanía. Rev. Espiral vol. XI nº031. Guadalajara. Universidad de Guadalajara.

Villasante, Tomás (1984) Comunidades locales: análisis, movimientos sociales y alternativas. Madrid. Instituto de Estudios de Administración Local.

Fuentes Secundarias:

- Pág. web INE:
<http://www.ine.gub.uy>



SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

EL LUGAR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA SISTÉMICA EN EL TRABAJO SOCIAL: UN ENSAYO CRÍTICO SOBRE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DE DOS TRABAJADORES SOCIALES EN UN PROGRAMA DE REPARACIÓN EN MALTRATO GRAVE Y ABUSO SEXUAL.

Diego Reyes Barría¹
Mauricio Díaz Valdés²

Palabras Claves: Terapia Familiar, Trabajo Social Clínico, Abuso Sexual, Clínica Sistémica.

RESUMEN

El presente ensayo tiene como finalidad proporcionar una serie de aproximaciones reflexivas de carácter clínico sistémico desde una perspectiva narrativa y micropolítica acerca de la praxis terapéutica del Trabajo Social, de acuerdo a la experiencia profesional acumulada de los autores en relación a su contexto laboral situado en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso sexual. La intención principal es reflexionar acerca de la legitimidad del Trabajo Social Clínico como especialidad vinculada a dicho dispositivo de intervención, la cual ha proporcionado una plataforma de pensar y hacer una praxis clínica con personas y familias. De acuerdo a esto, se enfatiza la pertinencia epistemológica sistémica para la intervención terapéutica que realizan los trabajadores sociales en dicho dispositivo, buscando iniciar una socialización sobre la identidad del trabajador social como terapeuta en su ejercicio profesional. Finalmente se realiza una reflexión situada sobre el Trabajo Social Clínico de acuerdo a las posibilidades formativas en nuestro país, vinculando el desarrollo de la práctica clínica sistémica a nuestra profesión.

ABSTRACT

The present essay aims to provide a series of reflective approaches of a systemic clinical nature from a narrative and micropolitical perspective on the therapeutic praxis of Social Work, according to the accumulated professional experience of the authors in relation to their work context located in a Repair Program in Serious Mistreatment and Sexual Abuse. The main intention is to reflect on the legitimacy of Clinical Social Work as a specialty linked to this intervention device, which has provided a platform for thinking and doing a clinical praxis with people and families. According to this, the systemic epistemological relevance for the therapeutic intervention carried out by the social

¹ Trabajador Social y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de La Frontera. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar por la Universidad de Chile. Magíster en Psicología Clínica de Adultos: Especialización en Psicoterapia Sistémica Relacional por la Universidad de Chile. Actualmente cursando el Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas: Para la Terapia y el Trabajo Comunitario en PRANAS Chile & Narrative Practices Adelaide Australia. Se desempeña como trabajador social en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual en la Región de La Araucanía en Chile. Docente del Magíster en Intervención Socio-Jurídica en Familia de la Universidad Andrés Bello en Santiago, Chile. diegoreyesbarria@gmail.com

² Trabajador Social y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad del Bío Bío. Diplomado en Habilidades Sociales e Inserción Laboral por la Universidad del Bío Bío. Postítulo en Mediación Familiar y Comunitaria por la Universidad de La Frontera. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar de la Universidad de Chile. Se desempeña como trabajador social en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual en la Región de La Araucanía en Chile. mauriciodiazvaldes@gmail.com

workers in this device is emphasized, seeking to initiate a socialization on the identity of the social worker as a therapist in their professional practice. Finally a reflection is made on Clinical Social Work according to the training possibilities in our country, linking the development of systemic clinical practice to our profession.

KEY WORDS: Family Therapy, Clinical Social Work, Sexual Abuse, Systemic Clinical.

1. Contexto, Trabajo Social y práctica clínica sistémica

Desde el año 2011 vienen expandiéndose en nuestro país los programas de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM) como principales plataformas públicas de intervención terapéutica para la atención de niños, niñas y adolescentes³ (NNA) víctimas de vulneraciones graves. En dichos dispositivos se trabaja en equipos multidisciplinarios en donde generalmente los profesionales tratantes son trabajadores sociales⁴ y psicólogos que actúan en calidad de duplas en la co-intervención con dicha población infanto-juvenil y sus familias. Ante esta condición laboral, los profesionales del Trabajo Social han reorientado sus principales roles y funciones para trabajar con dichas problemáticas, lo cual ha producido en muchos casos que la principal característica de su identidad profesional sea la emergencia de una práctica clínica vinculada a la resignificación de experiencias traumáticas y de dinámicas sociofamiliares de alta complejidad subjetiva, siendo promovido desde lo institucional una praxis fundamentada en la epistemología sistémica⁵.

³ Utilizaremos el rótulo de NNA para referirnos a dicho sistema humano. Esto lo realizamos con fines de fluidez para la lectura del presente texto.

⁴ Nos referimos al género masculino solo como una forma de escritura más fluida del texto.

⁵ Según las orientaciones técnicas de los PRM “Es fundamental que el o los esquemas teóricos de intervención integren modelos que consideren distintos niveles de análisis y operaciones para acercarse al fenómeno del maltrato y abuso sexual infantil, tomando en cuenta los distintos contextos donde se desenvuelve el niño, niña o adolescente y sus familias, en una perspectiva

No obstante, y pese a lo señalado con anterioridad, muchos trabajadores sociales niegan, desconocen o ignoran la dimensión clínica que emerge desde su praxis en dicho contexto laboral, dando paso a una micropolítica que restringe o bloquea la legitimidad de nuestra identidad como terapeutas en dicho espacio profesional. (Reyes, 2016) Ante tal dificultad, nuestra intención ulterior es entregar un argumento que sopesa dicha invisibilización disciplinaria, y que al mismo tiempo reivindique nuestra historicidad clínica-terapéutica de acuerdo al saber que nuestra propia disciplina tiene al respecto. Y en relación a esta línea argumental, queremos hacer explícita la especialidad de Trabajo Social Clínico que brota desde la práctica cotidiana en nuestro dispositivo⁶ de intervención de acuerdo a nuestra experiencia profesional acumulada.

Para comenzar, hablar de Trabajo Social Clínico implica asumir conceptual y metodológicamente una forma de práctica especializada que es parte de la historia profesional. Dicha historicidad está relacionada a la práctica del trabajo social de casos que surgió en los Estados Unidos y que posteriormente sería legalizada rotulando de Trabajo Social Clínico a este ejercicio profesional para diferenciarlo del trabajo a nivel de gestión pública y acción comunitaria que eran hegemónicos en la década de los años sesenta a nivel mundial. Según Northen (1995) esto implicó reformular el método de caso y otorgarle mayor precisión en cuanto a su práctica y objetivos de intervención, y ante esto al ser conceptualizado como Trabajo Social Clínico explicitó su función terapéutica y su práctica ligada a la psicoterapia, unificando una serie de prácticas profesionales como el trabajo social de casos, el trabajo con grupos, el trabajo sistémica, holística”. (SENAME, 2015, p.10)

⁶ Por razones de resguardo profesional hemos decidido no nombrar el nombre específico de nuestro dispositivo laboral. Nuestro texto se funda principalmente en nuestra experiencia profesional.

social médico y psiquiátrico, el tratamiento familiar; y principalmente a las terapias familiares, siendo las terapias sistémicas en donde muchos trabajadores sociales serían los principales protagonistas del desarrollo de la práctica clínica sistémica. (Ituarte, 1992; Rosselot y Carrasco, 1997; Bertrando y Toffanetti, 2000/2004; Von Schlippe y Schweitzer, 2003; Aylwin y Solar, 2002/2004; Rivera y Sánchez, 2012).

No obstante, estos cambios ocurridos en nuestra profesión en la historicidad angloparlante no han sido del todo influyentes en los países hispanoparlantes, siendo en algunos casos, como en Chile, una realidad histórica que ha sido asediada y subyugada, tanto por el movimiento de reconceptualización como por la dictadura militar. (Bernler y Johnsson, 1988/1997; González, 2010) Estos dos últimos episodios dejaron como secuela que el desarrollo de la práctica de casos y la función terapéutica del Trabajo Social quedara excluida de las mallas formativas universitarias y que durante la época dictatorial predominara el ejercicio básico del asistencialismo en la práctica profesional. (Solar, 1978; Aylwin, 1991; Quiroz, 2004b) Sin embargo, la práctica del trabajo social de casos sobrevivió de manera marginal o exclusiva en las instituciones de salud mental, en donde algunos colegas ejercían práctica clínica con dicha población debido a las necesidades institucionales o por la naturaleza misma que dichos problemas requerían, lo cual gatilló un abordaje terapéutico acorde a las problemáticas psicopatológicas tanto a nivel individual como familiar. (Catalán, 1971; Flores en Gomberoff y Jiménez, 1982; Reyes, 2012)

Por lo tanto ¿Qué ha sucedido entonces durante estas últimas décadas? Lo que ha venido a emerger con la vuelta de la democracia en los años noventa es que precisamente resurgiera el método de casos con mayor legitimidad en la reparación de los derechos humanos y que finalmente eclosionara el interés por la familia como unidad de intervención, enfatizando poco a poco la praxis terapéutica en la identidad del trabajador social. (Quiroz, 2004; Quintero, 2004; González, op.cit)

Esto ha ido acompañado desde el año 2000 al 2010 a que la carrera de Trabajo Social recuperó su calidad de disciplina universitaria que había sido derogada por ley durante la dictadura militar, posibilitando un mayor acceso formativo a los

trabajadores sociales a temáticas postgraduadas especializadas en familia como la intervención sistémica, modelos de intervención en abuso sexual y violencia, psicoterapias principalmente sistémicas familiares, salud mental y psicología clínica. (Toledo, 2004; González, op.cit)

Pero ante tal panorama también ocurren dificultades gremiales, y hoy en día es posible evidenciar un nudo problemático vinculado a nuestra identidad profesional, la cual sigue careciendo de especificidad ante los escenarios laborales locales. (Huaiquiche & Bastias, 2016) Y es precisamente en este contexto en donde se ha producido un interés tanto internacional⁷ como nacional por situar al Trabajo Social Clínico como una especialidad necesaria y acorde a los requerimientos de los colegas vinculados a una praxis clínica en el mundo contemporáneo. Hoy en día y gracias al apoyo virtual de diversos colegas nacionales e internacionales, se encuentra vigente la Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico, la cual nació con la finalidad de promover dicha especialización en los países donde actualmente no existe un espacio de legitimidad o de visualización de nuestro rol clínico, realizando un espacio de socialización y de conexión transnacional sobre nuestra identidad terapéutica.⁸

2. El Trabajo Social y la práctica clínica sistémica que emerge en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual: Características locales del ejercicio profesional.

⁷ En marzo de 2017 se publicó el libro “Prácticas del Trabajo Social Clínico” coordinado por Amaya Ituarte junto a 11 trabajadores sociales españoles vinculados al ejercicio terapéutico. En este texto se realiza una panorámica interesante para situar al Trabajo Social Clínico como una especialidad de suma urgencia en el escenario actual.

⁸ Para mayor información ver el sitio web www.trabajosocialclinico.com. En la sección apoyos se pueden ver una serie de mensajes de reconocimiento de diversos colegas emblemáticos de la profesión, como también de otros profesionales de la salud mental.

Como bien se señaló anteriormente, este ensayo nace luego de largos diálogos reflexivos acerca de nuestra experiencia profesional en un PRM. Si bien muchas de estas conversaciones eran espontáneas, poco a poco fueron tomando una intencionalidad: la de mejorar nuestras prácticas en el área clínica desde el Trabajo Social. Fue así como nos percatamos de la escasa literatura existente, en cuanto a investigaciones y sistematizaciones de experiencias profesionales vinculadas a nuestro dispositivo laboral, lo cual acentuó aún más la necesidad de dar a conocer estos conocimientos locales sobre la disciplina en la práctica clínica que se vivencia.

Cabe referir que dado los escasos espacios institucionales para reflexionar en torno a la problemática señalada, nuestras conversaciones tomaron un carácter crítico y un lugar prioritario, lo cual nos permitió dilucidar y afrontar las diversas contradicciones epistemológicas y metodológicas acerca de las problemáticas que emergen en lo cotidiano en la intervención terapéutica con los NNA y sus familias; buscando de esta forma un horizonte que fuera coherente con una metodología que permitiera responder desde el Trabajo Social Clínico al abordaje de la complejidad del maltrato grave y el abuso sexual en nuestro dispositivo, haciendo justicia a los valores y a los enfoques que persiguen las orientaciones técnicas del SENAME en un PRM.

Al revisar las bases técnicas de los PRM, estos dispositivos se definen como programas de protección especializados en la reparación del daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual constitutivo de delito, ejercida en contra de un NNA; centrando su accionar en contribuir a la protección y restitución de los derechos de esos NNA, promoviendo su recuperación integral (física, psicológica, social, sexual, emocional) a través de una intervención especializada de reparación y resignificación de las experiencias abusivas que estos sujetos han vivenciado, y que deben asegurar la interrupción del maltrato y proveer de contextos protectores en el proceso de intervención. (SENAME, 2015)

Respecto al enfoque de trabajo, las mismas orientaciones señalan que los PRM deben incorporar una mirada transdisciplinaria y multidimensional de los fenómenos como el

maltrato y el abuso sexual infantil, por lo que se sugiere incluir una concepción intercultural, intersectorial, con enfoque de derechos, con perspectiva de género, respetando la comprensión evolutiva del ciclo vital y que sea inclusiva con las necesidades especiales. La consideración de los enfoques de trabajo señalados, argumentan la necesidad de abandonar explicaciones causales-lineales que han predominado en la comprensión e intervención con dichas problemáticas de vulneración grave. (op. cit)

Ante esto, y en una primera aproximación crítica, si agrupamos las experiencias de maltrato, violencia intrafamiliar y abuso sexual infantil, vemos que el elemento principal que las une es el desequilibrio de poder dentro de las familias, siendo la edad y el género, los dos ejes en que se organiza tradicionalmente su estructura jerárquica represiva. Por ello, suelen ser las mujeres, los ancianos y los niños, las víctimas más frecuentes de la violencia. (Fuentes, 2012) Con este breve panorama sobre la violencia se nos hace explícito que esto se trata de un fenómeno altamente complejo de intervenir. Por lo cual la necesidad de una dimensión transdisciplinaria para abordar esta temática, se posiciona como un ideal desde lo institucional, dando cabida a una mirada sistémica crítica como paradigma.

Lo anterior tiene coherencia con los documentos especializados de intervención del SENAME en materia de trabajo con los NNA y sus familias⁹, siendo estos acordes con el desarrollo de la historia de la Terapia Familiar (Bertrando y Toffanetti, op. cit; Rosselot y Carrasco, op. cit; Von Schlippe y Schweitzer, op. cit) advirtiéndonos que los

⁹ Se recomienda revisar el Manual para las intervenciones de los programas de protección especializados del departamento de protección de derechos de SENAME (2008); como también el Manual de Herramientas Teórico-Prácticas para las intervenciones de calidad, centradas en el vínculo (2009); Guía de estrategias de intervención familiar: Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social (2014); y Guías de estrategias de intervención: en la ruta de la promoción y desarrollo de competencias parentales en contextos de vulnerabilidad y exclusión social (2013).

profesionales que ven sólo a sujetos de manera individual¹⁰ y aislados de su contexto relacional, dicha inclinación podría traducirse en un grave problema para cualquier intervención, ya que al dejar afuera las interacciones que los sujetos tienen con su entorno, se omite la dimensión relacional existente en las vulneraciones de derecho con dicha población.

Dicha perspectiva centrada en lo individual daría paso, sin duda alguna, a una micropolítica que invisibiliza las influencias que los sistemas más amplios como la cultura y la política tienen sobre la experiencia humana de las personas, eximiendo, por lo tanto, las relaciones de poder existentes entre los sujetos y el sistema social. (Pakman, 1997)

En cuanto al equipo profesional, las bases técnicas señalan que “deberán estar compuesto por psicólogos y trabajadores sociales, *quienes deben ejecutar colaborativamente las intervenciones psicoterapéuticas, familiares y sociocomunitarias*”. (Op, cit, p.22) En este sentido, y con respecto al requerimiento anterior, y considerando lo ausente pero implícito de dicha sentencia, podemos afirmar que no existe diferencia sustantiva entre ambas disciplinas, por lo que ambos profesionales asumen un rol como terapeutas desde su propio campo profesional. Dicha condición, ha posibilitado de manera significativa desde nuestra experiencia, el ejercicio de la coterapia, en donde las “duplas psicosociales” realizan de manera conjunta acciones terapéuticas orientadas hacia el bienestar familiar, contribuyendo a una mirada transversal e integrativa del ejercicio clínico.

¹⁰ Cabe referir que existe una tendencia general en la forma de trabajar en los PRM como también en otros programas de la red SENAME como PFF o PIE; en donde los psicólogos ven a los niños y los trabajadores sociales ven a los padres. Dicha orientación divisoria representa el positivismo más conservador y recalcitrante, y que sin embargo sigue imperando en las instituciones sociales. No obstante es importante señalar que no existen resultados evidentes que demuestren o justifiquen la validez de dicha orientación de trabajo, siendo tan solo una operación del sentido común materializada en el dogmatismo institucional.

Con todas estas consideraciones dispuestas en el marco institucional y contextual, cabe preguntarnos acerca de: ¿Cuáles son las características del ejercicio del trabajador social en su praxis cotidiana? ¿Y qué contribuciones otorga nuestra disciplina en la comprensión y en el tratamiento de las personas que son derivadas a este dispositivo?

Los PRM reciben derivaciones de casos desde Fiscalía y Juzgados de Familia mediante orden judicial, por lo que las primeras acciones están destinadas a revisar los antecedentes relevantes que dieron inicio a la causal que origina el ingreso del NNA, las cuales generalmente son: abuso sexual, violación, testigos de violencia intrafamiliar grave, maltrato físico grave y en algunas ocasiones prácticas abusivas sexuales de niños menores de 10 años. En gran parte de estos ingresos se debe verificar que existan las medidas cautelares y de protección necesarias que garanticen la interrupción de dichas vulneraciones. Durante esta etapa de ingreso, se realiza el primer contacto con la familia, generalmente mediante visita domiciliaria en donde se entrevista al adulto responsable y/o al NNA, también se hace la presentación de la dupla a cargo, informando a la familia sobre los lineamientos, los plazos estipulados para la intervención¹¹, y los objetivos generales del programa.

El consentimiento informado que se firma posteriormente con la familia, contiene compromisos de ambas partes para garantizar el adecuado desarrollo de la intervención reparatoria. Una característica importante a señalar, es que gran parte de las causales de ingreso son delitos que suceden dentro del contexto intrafamiliar, por lo tanto, la orden judicial y la firma de este consentimiento surge como una obligatoriedad de participación de la familia con el programa y la dupla tratante. Ante esto generalmente consideramos que puedan surgir tensiones y resistencias por parte de algunos miembros de la familia con los profesionales¹², y en esta situación

¹¹ Lo mínimo son 6 meses y lo máximo 24 meses de intervención.

¹² Según nuestra experiencia, generalmente los NNA y familias que son derivadas a PRM, ya han pasado por una larga serie de peritajes tanto físicos como psicológicos. Por lo tanto nuestras primeras acciones son ofrecer contención

empleamos diversas estrategias como duplas tratantes para co-construcción de un vínculo terapéutico que pueda garantizar la intervención restitutiva de forma efectiva y bajo la aceptación de los sistemas humanos involucrados.

Posteriormente al ingreso, las intervenciones con los NNA y la familia se centran en una etapa inicial¹³ rotulada como “de diagnóstico”¹⁴. Durante esta etapa se desarrollan las primeras hipótesis clínicas, en conjunto a la conformación del vínculo terapéutico, para posteriormente realizar una devolución de este proceso de diagnóstico a la familia. Esto es una forma de transparentar y socializar las apreciaciones que se tienen sobre el sistema familiar, de manera de dar lugar a la expresión de sus propias ideas y si estas son compartidas o no con la de los profesionales. Desde el Trabajo Social Clínico, se busca democratizar esta información, dejando atrás los diagnósticos heredados del modelo biomédico, los cuales muchas veces son etiquetas reservadas, patologizantes y clasificadoras de las familias y los NNA. De esta manera se propone un plan de intervención co-construido, en donde los objetivos

emocional en esta etapa evitando indagar en aspectos que no son necesarios, a fin de evitar la revictimización.

¹³ En esta se contempla como mínimo 3 meses de duración en términos administrativos.

¹⁴ Para ello, tanto el trabajador social como el psicólogo se valen de distintas fuentes de información, como son la revisión del expediente judicial, la aplicación de instrumentos sociofamiliares y psicológicos, entrevistas directas con la familia y/o NNA, como también con personas significativas, instituciones involucradas, entre otras redes. Dentro de las técnicas que nos ayudan a representar el sistema familiar es la construcción del genograma, ecomapa, y mapa de relaciones que nos proporcionan información sobre los miembros del sistema familiar, las relaciones entre ellos, y los hitos biográficos importantes sobre la historia familiar e individual. Por lo general para incluir a los niños en este proceso recurrimos a un lenguaje más simbólico, utilizando técnicas como el genograma lúdico, acuario familiar, uso de títeres, juego libre, cuentos y/o metáforas.

son compartidos con la familia, enfocándose en las fortalezas personales por sobre sus limitaciones.

Durante la etapa de intervención¹⁵, se emplean distintas técnicas terapéuticas en las sesiones de terapia individual y familiar, desde el enfoque sistémico relacional principalmente. Algunas aproximaciones terapéuticas más cercanas a nuestra práctica clínica son las prácticas narrativas, la terapia conversacional y la terapia de la escuela de Milán. Estos referentes de terapia tienen su origen epistemológico en el construccionismo social, el postestructuralismo y el posmodernismo, buscando principalmente la co-construcción de nuevas historias entre el terapeuta y la familia por medio de procedimientos que reconocen su carácter social y relacional, siendo estos referentes teóricos coherentes con nuestra visión filosófica de la práctica clínica. (McNamee y Gergen, 1992/1996)

Si bien el fin último del presente texto no es profundizar en las técnicas de cada escuela o en sus formulaciones teóricas, si creemos que es necesario explicitar algunos principios que integran nuestra forma de hacer terapia y particularmente la forma de entender el maltrato y el abuso sexual infantil. Dentro de los principios comunes más relevantes para nuestra praxis clínica sistémica, se encuentran:

- La experticia de la persona con su vida. (Anderson y Goolishian, 1992/1996)
- Conversaciones de externalización: “La persona no es el problema, el problema es el problema”. (White y Epston, 1993/2010)
- La utilización de documentos terapéuticos como también de expresiones estéticas y literarias. (Freeman, Lovobits y Epston, 1997/2001)
- Curiosidad como postura terapéutica y como actualización del contexto

¹⁵ Las principales acciones que se realizan en esta etapa se encuentran: entrevistas con el sistema familiar, visitas domiciliarias, fortalecimiento de recursos familiares, intervención en crisis, grupos terapéuticos, terapia familiar, terapia individual, asesorías jurídicas, consultas psiquiátricas, supervisiones de casos, coordinaciones con otros programas de intervención y/o redes anexas a los casos, etc.

terapéutico en constante transformación (Cecchin, 1989; White, 1989/2004)

- La conversación interna del terapeuta, sobre aquello que piensa, siente y experimenta, como recurso que permite abrir nuevas posibilidades en la terapia. (Rober, 2005)
- Irreverencia como estrategia de supervivencia terapéutica (Cecchin, Lane y Ray, 1992/2002)
- Práctica descentrada pero influyente para la co-construcción de la relación terapeuta-consultante, la ética de la colaboración, y conversaciones de re-autoría, andamiaje y remembranza. (White y Epston, op.cit; White, 1997/2002; White, 2007/2016).
- Prácticas narrativas colectivas para responder al trauma y a las dificultades sociales. (Denborough, 2008)
- La subjetividad encarnada a los contextos sociales y a la propia singularidad: Micropolítica y poética como crítica social en terapia. (Pakman, 2010)

Todos estos principios, ofrecen posibilidades para tomar distintas posiciones en la emergencia de nuevas ideas, narraciones y significados dentro del sistema terapéutico. Lo cual otorga reflexionar sobre las propias hipótesis clínicas que tenemos acerca de nuestros sujetos de atención y de sus problemas. Por otra parte nos hace plantearnos sobre nuestras propias premisas que llevamos al espacio terapéutico, es decir, los prejuicios y sentimientos que no son posibles de desprender, por lo que el reconocimiento legítimo de su existencia, nos abre a variadas perspectivas en las distintas acciones y decisiones que como terapeutas empleamos.

Finalmente, y una vez alcanzados los objetivos propuestos en el Plan de Intervención, deviene la etapa de seguimiento, a fin de corroborar si los logros y avances alcanzados se mantienen en el tiempo, y si la familia logra una resignificación respecto a su malestar subjetivo. En nuestra experiencia durante esta etapa los NNA han resignificado sus experiencias de vulneración, con el apoyo de alguna figura significativa, y ante esto se socializa un cierre del proceso, invitando

también a las personas a seguir en contacto posterior a su egreso¹⁶.

Al repasar nuestra experiencia sobre los distintos momentos del proceso de intervención, nos damos cuenta que están presentes los elementos básicos de un proceso clínico -diagnóstico, creación de un plan de intervención, ejecución del plan o tratamiento, seguimiento, egreso y evaluación- Tal como lo expresan distintos autores del Trabajo Social Clínico (Chescheir, 1984; Ituarte, 1992; Quintero, 1997; Quiroz, 2004; Fombuena, 2012; Ituarte, 2017) A su vez, consideramos que nuestra praxis clínica del Trabajo Social es una traducción de los principios comunes anteriormente señalados de la clínica sistémica contemporánea y que orientan nuestra práctica terapéutica en este dispositivo. Por lo tanto, el Trabajo Social Clínico que representamos está fundado en una filosofía y epistemología que se sustenta en el postestructuralismo, la teoría crítica social, el posmodernismo, la hermenéutica y la narrativa. Siendo principalmente una praxis clínica cualitativa y una forma de terapia que está centrada en la crítica social y en un trabajo colectivo sociopolítico.

3. Una nota crítica sobre la identidad del trabajador social como terapeuta: explorando narrativas alternativas para la constitución de una identidad atingente.

“Se dice que es a través del cuestionamiento de la represión en nombre de la emancipación personal que se nos revelará la verdad de quiénes somos. Por medio de este cuestionamiento podemos escapar a lo

¹⁶ Es así como han existido propuestas para que las personas colaboren directamente en otros procesos de intervención que llevamos a cabo con otros NNA y adultos, un ejemplo de aquello es que se le ha solicitado la escritura de documentos terapéuticos a personas que han terminado su proceso con el programa y que han superado sus problemas, para que puedan enviar mensajes de apoyo a los usuarios que están actualmente en proceso de intervención. Esto ha significado para estas personas una potenciación de su agencia personal. (White y Epston, op.cit)

que les fue impuesto a nuestras identidades...” (White, 1997/2004, p. 266)

Para iniciar esta reflexión sobre la identidad del trabajador social como terapeuta, consideramos necesario comenzar con un cuestionamiento sobre algunos vicios que entorpecen la discusión en Trabajo Social como también en las disciplinas afines involucradas en el ejercicio de la terapia.

En primer lugar debemos tener en cuenta que las profesiones de ayuda como Trabajo Social, Psicología, Enfermería o Psiquiatría, por dar algunos ejemplos, son profesiones que tienen determinadas particularidades en sus ejercicios profesionales dependiendo del país, contexto social y político, como también del estatus disciplinar que han logrado posicionar al interior de sus determinadas sociedades y culturas. No obstante, estas profesiones independientes de sus particularidades geo-locales, tienen una constitución mundial, ordenadas bajo organizaciones globales a nivel gremial que se preocupan de la sobrevivencia de dichas profesiones.

Lo que queremos decir es que una profesión tiene un cúmulo de valores, teorías, definiciones, prácticas y ejercicios profesionales anexados legítimamente a una identidad global que los gremios esperan velar por el cumplimiento de dicha identidad profesional en cada lugar del mundo. Por lo tanto, hablar de Trabajo Social en Estados Unidos sin duda que involucra afirmar sus diferencias con respecto al Trabajo Social de Chile o al de España, pero sigue siendo la misma profesión y no otra. Por lo tanto, Trabajo Social es la misma profesión en cada país, pero con singularidades locales que la dotan de sentido.

Y en este aspecto, si nos preguntamos: ¿Es el trabajador social un terapeuta? Uno puede responderse desde lo que la Federación Internacional de Trabajadores Sociales definió en su asamblea del año 2000 en la ciudad Montreal de Canadá, sobre lo que se espera en la práctica de los trabajadores sociales, según esta institucionalidad:

“las intervenciones de trabajo social abarcan desde los procesos psicosociales focalizados a nivel individual, hasta el

compromiso con la política, la planificación y el desarrollo social. Estos incluyen el asesoramiento, el trabajo social de casos, el trabajo social con grupos, la pedagogía social y *el tratamiento y terapia familiar*, así como esfuerzos para ayudar a las personas a obtener servicios y recursos comunitarios”. (FITS, 2000)

De acuerdo a lo explicitado, al considerar que el tratamiento y la terapia familiar son parte constitutiva del Trabajo Social a nivel global, lo que se deja en evidencia es precisamente la identidad clínica del trabajador social, por lo tanto la identidad como terapeuta es legítima y autorizada para ser practicada. Ante esto, y como profesión de ayuda que comparte el ejercicio clínico junto a otras profesiones, sus características distintivas de su praxis clínica y de su concepción de la terapia mantiene ciertas particularidades con respecto a las demás.

Por lo general, los trabajadores sociales tienen determinados valores a considerar en su práctica clínica como son la justicia social y el respeto por la dignidad de las personas, imprimiendo un sello distintivo que busca la transformación social en las relaciones humanas. (Reyes, 2017) El énfasis de considerar siempre la relación de la persona con su entorno conlleva a reflexionar y a considerar tal como afirma Lioi (2017) y Martins (2012) sobre las diversas condiciones sociocontextuales, de género, económicas, políticas y culturales que encarnan la subjetividad de los sistemas humanos con los cuales se trabaja; y que dichas singularidades mencionadas deban ser asumidas en cada acontecer clínico¹⁷. (Ituarte, 2002; 2017)

En este escenario nos preguntamos nuevamente ¿Para qué hablar de estos valores, de las consideraciones socioculturales de la relación terapéutica o de la definición mundial de la

¹⁷ No solo desde la subjetividad individual de la persona sino también en cómo ésta última está conectada a un tejido social permanente. Bajo esta consideración se desmoronan los prejuicios acerca del término clínico en Trabajo Social como algo ligado a la psicoterapia psicoanalítica, que solo se favorece una visión médica, asistencial y psiquiátrica, y que sería estrictamente privada. (Northen, op.cit)

profesión? Esta pregunta viene a visualizar una realidad que reproduce una micropolítica que constriñe nuestra identidad como terapeutas. Al respecto Meyer (2001; 2012) se preguntaba sobre ¿Por qué los trabajadores sociales son tratados como ciudadanos de segunda categoría en la comunidad de la salud mental? Dicho autor refiere algo relevante ante nuestra pregunta inicial:

“En parte, creo que es por el hecho de que, la realidad del trabajador social es trabajar con la clase más pobre o los que son marginados por la sociedad...Otros profesionales del área también ven al trabajador social como alguien debajo de ellos, descalificándonos porque los valores de nuestra profesión nos ponen en contacto con los menos afortunados”. (Meyer, 2001, p.3)

Dicha reflexión nos permite escudriñar que existe un prejuicio general que asocia a los trabajadores sociales a profesionales que realizan intervenciones meramente superficiales en cuanto al tipo de problema que enfrentan a diario, y que al ser depositarios de trabajar en su mayoría con poblaciones excluidas de la sociedad, se reproduce indiscriminadamente que esta disciplina no hace terapia. Debemos considerar que en Chile nos desempeñamos prioritariamente en ámbitos públicos, con poblaciones que por lo general están en condición de exclusión y vulnerabilidad social; personas que en su gran mayoría no pueden pagar por servicios terapéuticos privados, servicios que ingenuamente son asociados por varios profesionales desde el sentido común como lo verdaderamente terapéutico.

Pero ¿A qué se debe que digamos esto? No debemos olvidar que la psicoterapia o la terapia es un campo que nace de una cultura privada de atención individual y que sus principales usuarios eran personas que pagaban por dichos servicios profesionales, de los cuales el psicoanalista era la figura principal de dicha empresa capitalizada originariamente (Feixas y Miró, 1993/2010; Rose, 2007). Sin embargo, la práctica de la terapia familiar y su desarrollo clínico vino a reivindicar una praxis terapéutica alterna, la cual nació principalmente con las poblaciones más carenciadas de sociedad en sus cimientos sociohistóricos. (Pakman, 2016)

Hoy en día, la terapia como ejercicio clínico no es una práctica reservada solo a las disciplinas

psicológicas, por lo que poco a poco se ha ido deconstruyendo aquellos discursos del sentido común que asocian a que son solo los psicólogos los que hacen terapia con las personas. El escenario contemporáneo muestra una polifonía de prácticas terapéuticas, entre las que se destacan las prácticas narrativas o las intervenciones sistémicas relacionales que vienen a constituir una variada gama de ejercicios profesionales acordes a las necesidades de diversas profesiones. (Ávila, 2002) No obstante, no debemos olvidar la privatización que ha sufrido la terapia familiar, la cual ha sido despojada de lo público, y por otra parte la psicologización (Pérez, 1997/2009) que predomina en los espacios laborales. Estas dos situaciones contribuyen enormemente a la invisibilización de nuestra identidad como terapeutas, y que muchas veces somos nosotros mismos quienes aceptamos increíble y pasivamente dichos discursos de exclusión. Siendo los trabajadores sociales los principales reproductores del poder positivo según la mirada foucaultiana.

4. Esbozando respuestas y engrosando la contratrama del Trabajo Social Clínico: una invitación a la identidad de terapeuta que renace del ejercicio profesional.

Una vez realizada la contextualización de nuestro ejercicio clínico profesional de acuerdo a nuestro dispositivo y después de haber reflexionado sobre nuestra identidad como terapeutas, aún queda por esbozar y engrosar algunas respuestas que ayuden a enriquecer nuestra historia profesional a nivel local, expandiendo estas reflexiones a otros ámbitos transnacionales en donde existe nuestra profesión.

El Trabajo Social Clínico para nosotros viene a dotar de sentido a nuestra profesión en diversos contextos de ejercicio profesional, aclarando y reivindicando toda una tradición disciplinaria que ha sido subyugada sistemáticamente ante los discursos dominantes que reducen nuestro ejercicio profesional a meras prácticas de gestión política, control social y administración de recursos institucionales; discursos que en última medida se encuentran habitando en la cultura dominante de nuestra sociedad, como también en las disciplinas psi y principalmente en las instituciones sociales en donde ejercemos. Lo que queremos lograr en

última medida es desenmascarar la imagen benévola que estas prácticas de asistencia social representan, las cuales esconden la normalización de las injusticias sociales del sistema político, y que nuestra profesión ya no sea una tecnología más con la cual el estado gobierne las subjetividades de las personas. (Epstein, 1999)

El asumir la práctica clínica conlleva a considerar preferentemente el ejercicio de la intervención directa, el encuentro cara a cara, lo que establece una relación de transformación de las subjetividades involucradas en el contexto de intervención, tanto en el profesional como en el sujeto de atención. (Fombuena, 2012) Al explicitar esto, lo que queremos decir es que toda intervención clínica en Trabajo Social es la que se orienta a los cambios en las subjetividades de los sistemas humanos involucrados, y que persiguen la mejora de una situación problemática que atenta al bienestar de una persona o colectivo. Lo que en palabras de Raurich; Valls y Bernales (2007) aquella mirada clínica implica una ética de lo particular; del respeto al otro, de la relevancia de la singularidad -el caso a caso- y de una exigencia a la eficiencia como profesionales tratantes.

Cuando relevamos la reivindicación del Trabajo Social Clínico como especialidad al interior de nuestra disciplina, lo que queremos afirmar es precisamente la necesidad de hacer presente el desarrollo de habilidades especializadas y el poder contar con una formación terapéutica sistemática que nos otorgue la experticia adecuada (Ituarte, 2017; Regalado, 2017) para enfrentar las diversas problemáticas de alto impacto subjetivo con las cuales trabajamos día a día. Nos referimos a una formación sistemática, específicamente, a la adquisición de teorías clínicas pertinentes, como también a la utilización de técnicas terapéuticas según un marco epistemológico delimitado, y a una supervisión clínica que sea acorde a nuestros procesos de intervención con los distintos sistemas humanos con los cuales trabajamos y que dote al mismo tiempo de sentido a la identidad de nuestra profesión en el ámbito clínico. (Ituarte, 2012)

No obstante, y debido al escaso desarrollo clínico a nivel formativo y postgraduado en Chile, como también en otros países hispanoparlantes, hoy por hoy no contamos con programas de magíster o doctorado en Trabajo Social Clínico; por lo cual

nuestro currículum profesional en materia terapéutica ha tenido que ser complementado con formaciones anexas en departamentos de Psicología o en escuelas de Psicoterapia.

En este sentido, la Línea Sistémica de la Universidad de Chile y específicamente el departamento de Psicología ha reconocido la importancia de incluir a otras disciplinas en su formación terapéutica, destacando la preferencia por los trabajadores sociales debido al reconocimiento histórico que nuestra disciplina tiene con respecto al desarrollo de la terapia familiar¹⁸. De acuerdo al académico representante de la línea sistémica, Felipe Gálvez (comunicación personal 03 de octubre, 2017) los trabajadores sociales hemos sido pioneros en la intervención familiar, teniendo ésta última en su origen un profundo componente social más que psicológico o psiquiátrico.

Respecto a lo anterior, dicha casa formativa reconoce que el Trabajo Social ha brindado a la práctica clínica sistémica una mirada contextual, como también analítica de los procesos sociales hacia los sujetos y los grupos familiares, sumado a la necesidad de trabajar colectivamente o de forma comunitaria en el ejercicio terapéutico. Por otra parte, destacan la perspectiva de lo político y de lo sociocomunitario en la práctica clínica sistémica, motivados principalmente por el trabajo realizado por el movimiento de la terapia narrativa y específicamente por el trabajador social Michael White, por lo cual se ha visualizado una terapia sistémica en un territorio más transdisciplinar y más allá del mundo Psi.

Ante tal panorama, quisiéramos explicitar las principales dificultades que hoy en día atravesamos en el ámbito terapéutico como trabajadores sociales. Creemos que si existe exclusión o invisibilización de nuestro rol terapéutico, esto tiene que ver por una parte con los discursos dominantes que operan en las instituciones o en otras disciplinas. Pero creemos más bien que una

¹⁸ Para mayor detalles visitar: <https://www.trabajosocialclinico.com/sin-gle-post/2017/11/01/SOBRE-LOS-TRABAJADORES-SOCIALES-EN-LA-FORMACI%C3%93N-TERAP%C3%89UTICA-DE-LA-UNIVERSIDAD-DE-CHILE>

causa principal, pasa por la no legitimidad que muchos colegas tienen ante el ejercicio clínico, el cual miran con resquemor o con cierta hostilidad, ya que lo asocian a un quehacer psicológico o que lo clínico es trabajo solo de psicólogos. Lo que en nuestra experiencia ha ocurrido es que muchos trabajadores sociales descalifican o derechamente reniegan del ejercicio clínico debido a prejuicios infundados, mitos disciplinares e inclusive relacionan que el asumir funciones terapéuticas es una especie de intrusismo disciplinar.

Nos parece curioso que uno de los principales terapeutas familiares contemporáneos, Marcelo Pakman (comunicación personal 14 de marzo, 2017) exprese que los trabajadores sociales clínicos son “profesionales que por definición se encuentran sensibilizados tanto con las cuestiones socio-culturales como con las cuestiones psicológicas, preparándolos para el modo único en que ambos aspectos están de hecho unidos en experiencias que preceden a la distinción disciplinar entre los mismos”¹⁹.

Pensamos que el escenario actual de nuestra profesión se vive de manera amenazante, y esto se ha expresado por ejemplo en la exclusión del Trabajo Social en la nueva reforma del código sanitario chileno. Dicha situación ha movilizó a diferentes organizaciones profesionales, académicas y políticas las cuales han estado haciendo eco ante la grave vulneración que implica que los trabajadores sociales no sean considerados profesionales sanitarios. La negación del rol histórico del Trabajo Social en el ámbito de la salud y la salud mental afecta directamente a la profesión en su desarrollo disciplinar, más aún cuando el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 espera fomentar la inclusión de la salud mental en la formación universitaria del Trabajo Social como prioridad formativa²⁰.

¹⁹ Dicho comentario de apoyo se encuentra disponible para su socialización en el sitio web de la Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico, y quizás represente el apoyo académico transnacional más relevante. Ver: <https://www.trabajosocialclinico.com/copia-de-comenta>

²⁰ Para mayor información: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

Recordemos que dentro de la discusión política que ocurrió cuando recuperamos la calidad universitaria del Trabajo Social en Chile se expresó que “la labor de los asistentes sociales chilenos ha quedado marcada en la historia social y política...incluyendo la apertura de métodos innovadores en su tiempo, como fueron el desarrollo de la terapia familiar...Las y los asistentes sociales día a día hacen su aporte al progreso humano de nuestra Nación”. (Congreso Nacional de Chile, 2002, p.5)

La lucha por la legitimización de nuestra profesión ha sido una constante histórica en nuestro país. Recientemente se encuentra en discusión en el Congreso Nacional, la incorporación del Trabajo Social en el Código Sanitario, dado que la modificación que se propone, excluye a nuestra profesión del ejercicio en los distintos dispositivos del área de la salud. Al respecto, la Red de Escuelas de Trabajo Social de las Universidades de pertenecientes al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) expresa públicamente su rechazo a la modificación mediante un comunicado, en el que solicita su incorporación, señalando que “esta profesión ha sido un aporte importante en el abordaje de problemáticas complejas que deben ser atendidas en el ámbito de la salud. Su participación queda expresada en la intervención directa en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario”. (UTEM, 2017, noviembre 19)

Al mismo tiempo, otras organizaciones como la CONFUSAM²¹, y el Colegio de Trabajadores Sociales de Chile²², han presentado a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, argumentos con respecto a la disciplina tales como que:

“el trabajo social ha desarrollado modelos y estrategias de intervención especialmente valorables en temas de alta sensibilidad como es el caso de la discapacidad, rehabilitación y

²¹ Para Mayor información: <https://confusam.cl/index.php/2017/11/11/confusam-demanda-que-modificacion-del-codigo-sanitario-se-incluya-al-trabajo-social/>

²² Para Mayor información: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIP O=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=60904>

reinserción social, adicciones, trastornos de salud mental, derechos sexuales y reproductivos, derechos y equidad en salud, interculturalidad en salud, entre otros, aportando en los ámbitos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión social en políticas sanitarias”. (Colegio de Trabajadores Sociales, 2017, p.2)

De acuerdo a lo planteado anteriormente, y considerando que el Trabajo Social Clínico es una especialización sanitaria y específica de la salud mental tal como lo señalan las definiciones internacionales (Dorfman, 1996; NASW, 2005). Esperamos que proliferen los programas postgraduados en Trabajo Social Clínico dentro de los próximos años, para que de esta forma ocurran las transformaciones necesarias para nuestra disciplina en el ámbito clínico, proporcionando de esta forma una comunidad gremial que asegure a sus generaciones futuras el mayor beneficio para practicar lo clínico en Trabajo Social; ya sea por un sentido identitario que requiere la profesión, como también por los nuevos escenarios laborales que requieren de profesionales con mayor cualificación en sus prácticas. Creemos que esta situación proporcionará una mayor legitimidad académica, en donde la inclusión y el reconocimiento profesional a nivel institucional, cultural y social serán los principales motores para la certificación de trabajadores sociales clínicos acordes a nuestra realidad como país.

El lugar de la práctica clínica sistémica como lo hemos revisado en este ensayo viene a situar un ejercicio profesional que se encuentra legitimado desde la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y cuenta con un abanico de trabajadores sociales que han sido iconos de la terapia familiar como Virginia Satir, Michael White, Harry Aponte, Lynn Hoffman y Marianne Walters, solo por mencionar algunos. Para finalizar, dejamos unas preguntas para seguir en diálogo, ya sea conversando o narrando nuevas historias ¿Es el Trabajo Social Clínico una respuesta a nuestra identidad contemporánea y a los escenarios profesionales actuales? ¿Es la terapia un camino para seguir haciendo crítica social? ¿Puede ser el Trabajo Social Clínico la especialidad sanitaria que requerimos hoy? Invitamos a expandir el debate y a reflexionar sobre el recorrido explorado en este trabajo.

REFERENCIAS

- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En McNamee, S., y Gergen, K. *La terapia como construcción social* (pp.45-60). España: Paidós. (1996)
- Ávila, A. (2002). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 87, 67-84.
- Aylwin, N. (1991). Trabajo Social y Salud Mental. *Revista del colegio de Asistentes Sociales de Chile*. 1(1). 32-35.
- Aylwin, N., y Solar, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Chile: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (2004)
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. España: Paidós. (2004)
- Bernler, G., y Johnsson, L. (1988). *Teoría para el trabajo psicosocial*. Argentina: Espacio. (1997)
- Catalán, H. (1971). *Servicio Social: Conceptos Fundamentales*. Chile: Editorial Universitaria.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, 5(1), 9-17.
- Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. (1992). *Irreverencia: Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. España: Paidós. (2002)
- Congreso Nacional de Chile. (2002). Historia de la Ley N° 20.054. Recuperado de: http://www.bcn.cl/historiadelailey/fileadmin/file_ley/5547/HLD_5547_f8ac76fb64482b83f173cc982789c184.pdf
- Chescheir, M. (1984). Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1(43) 5-9.
- Denborough, D., y White, C. (2008). *Respondiendo al trauma y a las dificultades: Historias de resistencia psicológica y social, el uso de prácticas*

- narrativas colectivas.* (Ítalo Latorre Trad). En Denborough. *Collective Narrative Practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma.* Australia: Dulwich Centre Publications.
- Dorfman, R. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision.* United States: Brunner/Mazel Publishers.
 - Epstein, L. (1999). *La cultura del Trabajo Social.* En Chambon, A., Irving, A., y Epstein, L. *Foucault y el Trabajo Social.* (pp.81-107). España: Editorial Maristán.
 - Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2000). El Trabajo Social según la federación de Trabajadores Sociales. Recuperado de: <http://www.uv.es/fombuena/docencia.html>
 - Feixas, G., y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos.* España: Paidós. (2010)
 - Fombuena, J. (2012). Trabajo Social Clínico: Teorías, técnicas y prácticas. Trabajadores Sociales suficientemente buenos. *Revista Trabajo Social y Salud.* 72, 17-36.
 - Fuentes, G. (marzo, 2012). Abuso sexual infantil intrafamiliar: el abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. *Revista Margen.* (64). Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>
 - Flores, O. (1982). *El Trabajo Social en el tratamiento.* En Gomberoff, M., y Jiménez, J. *Psiquiatría.* (pp.555-564). Chile: Ediciones MEDCOM Ltda.
 - Freeman, J., Epston, D., y Lovobits, D. (1997). *Terapia Narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego.* España: Paidós. (2001)
 - Gálvez, F. (2017). Sobre los trabajadores sociales en la formación terapéutica de la Universidad de Chile. (Gálvez, Felipe, comunicación personal, 03 de Octubre de 2017).
 - González, M. (2010). *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008.* Chile. Ediciones Técnicas de Educación Superior.
 - Huaiquiche, T., y Bastias, C. (2016). Trabajo Social y práctica clínica individualizada-familiar en Salud Mental: Una mirada analítica y sociohistórica. *Revista de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.* 1(13), 33-50.
 - Ituarte, A. (1992). *Proceso y procedimiento en Trabajo Social Clínico.* Siglo XXI. España.
 - Ituarte, A. (2002). El acontecer clínico en Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy,* 35, 42-59.
 - Ituarte, A. (2012). *Una reflexión sobre los modelos de intervención de los trabajadores sociales desde la experiencia de la supervisión.* En Sobremonte de Mendicuti. *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social.* (pp.191-204). España: Publicaciones Universidad de Deusto.
 - Ituarte, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico.* España: Nau Ediciones.
 - Lioi, J. (23 de agosto del 2017). So Your Therapist Is A Social Worker. Huffpost. Recuperado de: http://www.huffingtonpost.com/entry/so-your-therapist-is-a-social-worker_us_596442dde4b0deab7c646b59
 - Martins, S. (2012). Una nueva mirada sobre el Trabajo Social: Subjetividad y la práctica clínica. *Revista Aportes.* 3(26), 7-17.
 - Meyer, W. (2001). Trabajo Social Clínico: Un mensaje de un colega americano. (Diego Reyes Trad.) *Clinical Social Work Journal.*
 - Meyer, W. (2012). Mensaje de Apoyo del profesor William S. Meyer, miembro del comité ejecutivo de la Asociación de Psicoanálisis en el Trabajo Social Clínico de los Estados Unidos. (W. Meyer, comunicación personal, 18 de enero del 2012). Recuperado de: https://www.academia.edu/35125204/William_Meyer_2012_Mensaje_de_apoyo_del_profesor_William_S._Meyer_miembro_del_comit%C3%A9_ejecutivo_de_la_Asociaci%C3%B3n_de_Psicoan%C3%A1lisis_en_Trabajo_Social_Cl%C3%ADnico_de_los_Estados_Unidos

- McNamee, S., y Gergen, K. (1992). *La terapia como construcción social*. España: Paidós. (1996)
- National Association of Social Workers. (2005). *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. United States. Recuperado de: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=YOG4qdefLBE%3D&portalid=0>
- Northen, H. (1995). *Clinical Social Work: Knowledge and Skills*. United States: Colombia University Press
- Pakman, M. (1997). Micro-política de clase social en la vida familiar: La terapia como práctica social crítica. *Sistémica: Revista de la Asociación Andaluza de terapia familiar y sistemas humanos*. 1(2). 69-80.
- Pakman, M. (2010). *Palabras por venir, palabras que permanecen: micropolítica y poética en psicoterapia*. España: Gedisa.
- Pakman, M. (2016). Clínica Sistémica: Una breve nota macroscópica sobre sus orígenes y desarrollo en contraste con el psicoanálisis. *Boletín de la asociación mexicana de terapia familiar*. Recuperado de: https://issuu.com/asociacionmexicanadeterapiafamiliar/docs/boletin_amtf_mayo_2016
- Pakman, M. (2017). Mensaje de apoyo para la Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico. (Pakman, Marcelo, comunicación personal, 14 de Marzo de 2017).
- Pérez, C. (1997). *Sobre la condición social de la psicología*. Chile: LOM. (2009)
- Quintero, Á. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares*. Argentina: Lumen/Hvmanitas. (2004)
- Quintero, Á. (2004). *Trabajo Social Familiar y enfoque sistémico*. Argentina: Hvmanitas.
- Quiroz, M. (2004). *Aportes Teóricos conceptuales para el Trabajo con familias*. Chile. Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2004b). *Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile*. En Tello, Nelia. *Trabajo Social en algunos países: aportes para su comprensión*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Raurich, C., Valls, G., y Bernal, S. (2007). La intervención en el contexto de pobreza: Reflexiones sobre una experiencia. *Revista De Familias y Terapias*. 15(24), 7-19.
- Regalado, J. [trabajosocialclinico] (2017, 26 de Febrero). Trabajo Social Clínico en España: Experiencias desde el ámbito público y práctica privada. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=HPLoI_prvMU&t=73s
- Reyes, D. (2012). Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia: pasos para una práctica integral en los servicios de salud mental y psicosociales. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Estudiantes en Trabajo Social de la Universidad Arturo Prat de Iquique. Chile, Noviembre. Recuperado de: https://www.academia.edu/35012593/Diego_Reyes_Barr%C3%ADa_2012_Trabajo_Social_Cl%C3%ADnico_Salud_Mental_y_Psicoterapia
- Reyes, D. (2016). *Trabajo Social Clínico, Subjetividad y Psicoterapia Sistémica: Una mirada micropolítica y poética a la práctica clínica de profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos: Línea Sistémica Relacional. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145231>
- Reyes, D. (2017). *Trabajador social clínico: la identidad subyugada, la identidad que renace*. Recuperado de: <https://www.trabajosocialclinico.com/sing-le-post/2017/03/13/Trabajador-social-cl%C3%ADnico-la-identidad-subyugada-la-identidad-que-renace%E2%80%A6>
- Rivera, N., y Sánchez, F. (2012). Práctica y formación del Trabajo Social Clínico en el contexto socio-económico y político de Puerto Rico. *Tandil*. 7(4). 349-363.
- Rober, P. (2005) The Therapist's Self in Dialogical Family Therapy: Some Ideas

- About Not-Knowing and the Therapist's Inner Conversation. (Ariel Berezin Trad.) *Family Process*. 44(1). 477-495.
- Rose, N. (2007). *Terapia y Poder: Técnica y Ethos*. Archipiélago. 76. 101-124.
 - Rosselot, F., y Carrasco, E. (1997). Modelos y escuelas de Terapia Familiar: Mapa histórico de referencia 1. *De Familias y Terapia*. 5(18), 64-89.
 - Servicio Nacional de Menores. (2015). Orientaciones Técnicas: Línea Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave. Recuperado de: http://www.sename.cl/wsename/licitacion/es/p10_20-07-2015/OT_PRM.pdf.
 - Solar, M. (1978). Retorno al Trabajo Social Individualizado. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1(26), 4-7.
 - Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana. (2017, noviembre 19). Declaración Pública de la Red de Escuelas de Trabajo Social de las Universidades del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. Recuperado de: <https://www.facebook.com/neilgaiman/posts/10150574185041016>
 - Toledo, U. (2002) ¿Una epistemología del Trabajo Social? *Revista Cinta Moebio de la Universidad de Chile*. 1(21), 200-204.
 - Von Schlippe, A., y Schweitzer, J. (2003). *Manual de Terapia y Asesoría Sistémicas*. España: Herder.
 - White, M. (1989). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa. (2004)
 - White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós. (2010)
 - White, M. (1997) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Editorial Gedisa. (2002)
 - White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. Chile: PRANAS Chile Ediciones. (2016)



Universidad de Concepción



REVISTA ELECTRÓNICA DE TRABAJO SOCIAL

www.revistatsudec.cl

ISSN: 0719-675X

latindex