

# LA INVISIBILIDAD DEL ASISTENTE SOCIAL EN LA SALUD PÚBLICA Y EN PARTICULAR LA SALUD MENTAL NUESTROS APORTES

---

Raquel Molina Meyohas<sup>33</sup>

## RESUMEN

El Trabajo Social en Salud es un ámbito disciplinario que remite a las primeras expresiones disciplinarias de nuestra profesión. Este artículo, aborda una faceta del fenómeno social del trabajo social en salud, cual es la aparente invisibilidad que este tiene en el equipo interdisciplinario de salud. Las reflexiones están orientadas a desarrollar una línea de investigación hasta el momento no abordada en este campo, que se interroga respecto de la funcionalidad del Trabajo Social en la medicina del sistema capitalista y su ubicación en el campo particular de las relaciones sociales de la institucionalidad sanitaria.

## EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD PÚBLICA ¿UN ITINERARIO INVISIBLE?

**E**s difícil encontrar información acerca de los aportes que el profesional Asistente Social ha realizado a la salud pública chilena, y pareciera ser que hemos sido los propios profesionales quienes hemos actuado en forma muy invisible, discreta, pasando desapercibidos, incluso hasta usamos el color gris en nuestro uniforme.

Desde los inicios de nuestra profesión hemos estado ligados a la salud, entregando aportes muy sustantivos a los "pacientes" y sus familias, aclarando conceptos, ayudando a que cumplan con sus respectivos tratamientos, y sobretodo, aportando al equipo de salud, información para un diagnóstico integral.... de manera de tener respuestas más integrales a los cada vez más complejos problemas de salud.

---

<sup>33</sup> Raquel Molina Meyohas, Asistente Social P.UC.CH., Dipl. Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Coordinadora Programa de Depresión, Consultorio La Granja.

Desde la segunda mitad del siglo 20, la epidemiología de la población, nos indicaba que existían problemas de morbimortalidad en las mujeres gestantes, y que el Asistente Social hizo su silenciosa tarea de educar a las mujeres para el control del embarazo y la asistencia profesional del parto, fomentó junto con el equipo de salud la lactancia materna, apoyando a la mujer en su rol materno y la regulación de la fertilidad, empoderando a la mujer frente a sus derechos sexuales y reproductivos.

Se realizaban visitas domiciliarias, donde se mostraba a las familias el cuidado de los niños, estimulación temprana de los lactantes, la higiene del hogar, el uso de los escasos recursos, fomentando la comunicación y la interacción familiar, la incorporación de los niños a sistema escolar, el manejo de conductas libre de violencia. También se fomenta la asociatividad, para la obtención del reconocimiento de derechos básicos, vivienda, salud, trabajo digno, previsión.

Pareciera ser los datos históricos indican que en todos los programas de salud en los que ha intervenido "invisiblemente" el profesional Asistente Social, se han producido cambios en la población, en aquellos en los cuales el trabajo profesional ha sido muy tangente, la efectividad del cambio disminuye. Tal es así en los problemas de salud cardio-vascular, donde desde un enfoque completamente bio-médico, los resultados evidencian que esta es la principal causa de muerte de nuestro país para los mayores de 15 años. Es decir, una hipótesis atendible estaría mostrando, que donde el trabajo social no ha sido incorporado como parte de la intervención y los factores psicosociales no han sido intervenidos, no se han producido los cambios necesarios a la carga de la enfermedad que proviene de esa fuente. Tenemos las capacidades, pero desde el Ministerio de Salud, no las conocen o no quieren reconocerlas.

Si, hemos sido catalogados como profesionales de apoyo, que podemos ser transversales a todos los programas, algo así como un comodín en un juego de cartas... y el trabajo social pareciera ser que ha aceptado, casi con gratitud, esta especie de consideración caritativa! Pero esta valoración caritativa dista de constituir una integración real y plena a un equipo de salud transdisciplinario. Y por ello, el trabajo social es absolutamente prescindible.

¿Y por qué ocurre esa situación? Porque hemos sido invisibles! Hacemos un trabajo y no lo firmamos, los firma cualquier miembro del equipo o queda en el anonimato, no publicamos nuestros hallazgos ni nuestros logros, nunca tenemos tiempo, siempre dedicados a la gente y tampoco difundimos nuestras experiencias, para que puedan ser replicados por otros, estamos definitivamente en el anonimato.

Parece ser que nuestra capacidad de ayudar a otros a hacerse visibles en la sociedad, nos desgasta tanto que no nos quedan energías para hacer lo propio con nuestra disciplina, y parece ser que el permanente cuestionamiento sobre el rol de asistente social ha tenido parte de responsabilidad en ese anonimato. El cuestionamiento perenne discute por identidades atribuidas o por nichos burocráticos, olvidando la esencialidad transformativa de la disciplina profesional. Precisamente la evidencia profesional también muestra que “definimos en nuestra práctica muchos roles”, de acuerdo al lugar donde se desempeña el profesional, pero siempre es un rol de agente de cambios, promotor de la asociatividad, educador, promotor de cambios de la sociedad, partiendo tal vez por la familia. Pareciera ser un rol situacional pleno de historicidad dado por la práctica concebida como praxis.

Es una responsabilidad para con las nuevas generaciones, difundir el trabajo realizado, los éxitos y también los fracasos, de manera tal de apropiarnos de la propia experiencia y reproducir los aciertos, ampliar los conocimientos, en definitiva, compartir, dejar el trabajo individual e individualista, ser parte del gremio, fortalecernos en la unidad y la asociatividad.

Pero qué pasa en los equipo de salud cuando no estamos?, el equipo de salud toma conciencia de que somos un tremendo aporte, tanto para los usuarios como para el propio equipo, pero lo dicen informalmente. Cuando falta un médico, una enfermera, una matrona o un auxiliar paramédico, hay preocupación por reponerlo, pero si no hay asistente social no importa, total, la persona seguirá igual como estaba.

Somos parte de un equipo de salud que nos incluye en el rubro otros profesionales de la salud, y no le hemos reclamado al MINSAL esta odiosa omisión. (Tenemos que ser discretas, una actitud exenta de juicios, no mostrar sentimientos ni emociones, dirían las antiguas docentes, de la época de Mary Richmond). Pero al fin y al cabo, somos parte de ese equipo, tenemos nuestra propia voz y nuestras propias metodologías.

## LA COTIDIANEIDAD DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LA SALUD

En nuestro quehacer cotidiano, nos hemos encontrado con la vida simplemente, la vida con sus alegrías y sus dolores, nos hemos dado cuenta que muchos problemas de salud, pasan por los aspectos psicosociales, que en gran parte se entienden desde una mirada integral, con respuestas también integrales o integradoras. Un ni-

ño desnutrido, no necesariamente lo es por carencias económicas, sino por el grado de aceptación que la madre tuvo a él desde su gestación, si ese embarazo fue o no deseado por ambos progenitores, si la mujer tuvo o no soporte social y familiar. Otra vez pareciera ser, que la situación social e histórica explicara bastantes cosas en él diagnóstico de salud y de allí la pregunta ¿Salud para dentro del consultorio o para la comunidad del consultorio?

Que una mala evolución de un enfermo crónico (diabético y/o hipertenso) no necesariamente pasa por la irresponsabilidad personal, sino que también influye la capacidad para comprender indicaciones e instrucciones, del soporte familiar y social que tenga, de la comprensión sobre los daños y complicaciones que esas enfermedades tienen y sobretodo, de la falta de empoderamiento de la persona hacia su condición de enfermo crónico, es decir de los factores culturales y psicosociales adyacentes al problema de salud. ¿serán las implicancias del poder de la estructura social que marca los cuerpos de los enfermos?

¿Podemos ayudar a estas personas?, sin duda como profesionales tenemos herramientas que nos permiten hacerles aportes significativos para comprender su enfermedad y la base para sus auto cuidados. Tenemos la empatía como recurso, junto con nuestros conocimientos.

Dentro de los problemas del diario vivir, nos hemos encontrado con familias disfuncionales, maltratadas y maltratadoras, que algún miembro de la familia tiene serio problemas de salud, sea física o psicológica, porque no mencionar el hecho que muchas personas son analfabetas funcionales y que no comprenden lo que leen....y lo equipos de salud dan indicaciones por escrito... y ahora empezaremos a tratar a personas cuya salud mental se atendía en el nivel secundario, es decir en los servicios de especialidades de los hospitales. Ahora es la depresión y algunos trastornos bipolares compensados, próximamente serán otras personas con problemas psiquiátricos que llegarán a los Centros de Salud Familiar.

En ese conjunto entrelazado de cotidianidades transcurre el proceso de las relaciones sociales microsistémicas en salud y se comportan en perfecta sincronía con la estructura social global de la cual forman parte y en esa misma medida, desarrollan contribuciones estructurantes a la definición del campo de la salud. ¿Es posible pensar que desarrollará un proceso de restablecimiento del equilibrio de la salud comunitaria, olvidando la compleja trama de condicionantes estructuradas del medio comunitario social inmediato?

## ¿Y CUÁL ES LA SITUACIÓN CON LA SALUD MENTAL?

Mucha agua y dolores han corrido bajo el puente en los últimos 40 o 50 años, donde se han producido cambios muy sustantivos en el modelo de intervención a las personas con enfermedades mentales y problemas de salud mental.

Se trataban a esas personas en un modelo asilar, con hospitales psiquiátricos, aislados de las otras personas enfermas, discriminados, estigmatizados, eran los parias del último siglo. Sin embargo, nuestro país ha tenido importantes avances en el trato y tratamiento a personas con problemas mentales, con distinto nivel de éxito, con distinto nivel de compromiso social por parte del Estado y de distinguidos profesionales de la salud<sup>34</sup>.

También están las asistentes sociales que desde los consultorios de APS, prepararon a las nuevas generaciones a través de la docencia en terreno (distinto a la supervisión de práctica), que transfirieron su expertizaje y posibilitaron que se mantuvieran logros importantes para la salud mental de la población, que fueron aplicados a fines de los 60 y principios de los 70 en el área sur de Santiago.

Esa época era de profundos cambios en la sociedad chilena, había mayor participación social relativa, nuevos enfoques terapéuticos, producto de una nueva mirada del hombre y su circunstancia, uno de los propulsores del cambio de perspectiva en la intervención de pacientes (padecientes) psiquiátricos y personas con problemas de salud mental, fue el Dr. y maestro Juan Marconi Tassara, quien desde la Trinchera del Hospital Barros Luco, lideró una serie de cambios sustantivos en la terapéutica del llamado enfermo mental. A su muerte el Minsal escribe:

“... Marconi, el de las ideas geniales. Un apasionado de la salud mental y la psiquiatría, multifacético, podía devorar conocimientos de libros y revistas científicas junto con una perspicaz mirada de la realidad de las personas y comunidades, produciendo nuevos conceptos, visiones, formas de afrontar la realidad que nosotros no sospechábamos o que solo logramos realmente comprender después de algunos años...”<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Quisiera recordar a la colega Vilna Saavedra, asistente social que fue diputada de la nación, que trabajó en el Hospital El Salvador de Santiago, presentó la Ley que dio origen a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), una institución que favorece el desarrollo integral de los niños pre escolares, detectando precozmente problemas de aprendizaje, de lenguaje, que fomenta la socialización y prepara para un mejor desempeño en el sistema escolar, como ella hay muchas asistente sociales que han participado de la generación de cambios a los cuales me referí en párrafos anteriores.

<sup>35</sup> Documento-carta despedida al Profesor Marconi, Unidad de Salud Mental, Minsal.

Los asistentes sociales comprendieron “precozmente” las bondades de la propuesta del Dr. Marconi. Fueron parte de “su equipo” junto con médicos, psiquiatras en formación, enfermeras, técnicos paramédicos. El trabajo social en salud hizo propio su enfoque y, trabajo para que las ideas se convirtieran en realidad, contribuyendo con el aporte del conocimiento de la comunidad, las familias y las personas. La valoración que falta es precisamente, la vinculación comunitaria de la propuesta del Dr. Marconi, que se fundamentaba en la actuación de un equipo social. No era extraño para el trabajo social la valoración que el articulista del Minsal:

“...Lo vimos, y lo acompañamos, en el mundo de la epidemiología, en los primeros estudios chilenos que permitieron medir la magnitud de los trastornos mentales y su relación con el nivel socioeconómico, pioneros en Latinoamérica. Supimos que había hecho estudios experimentales de los mecanismos neurofisiológicos de la apetencia del alcohol...”<sup>36</sup>.

Y por cierto, desde el quehacer del trabajo Social, sabíamos del impacto del nivel socioeconómico, como parte de la carga de la enfermedad. Se evidenciaba a diario en la práctica profesional, más aun en el tema del uso y abuso del alcohol, era visible la influencia familiar y genética....pero nuevamente opero la condición intimista del conocimiento construido en la practica, operable en el comentario funcionario y profesional, como parte de comentarios analíticos de la realidad observada e intervenida. Pero con autocontenciones para desplegarlo como conocimiento construido desde la práctica. Por ello, reconocemos el entusiasmo que el articulista plantea. Constituyó una esencia transformadora de la práctica del trabajo social de aquella época:

“...Nos entusiasmos y nos comprometimos con sus programas intracomunitarios de salud mental, donde se conjugaban la sabiduría popular y la medicina occidental, la población participaba activamente en la solución de sus problemas, facilitándose la formación de líderes y el desarrollo de organizaciones de autoayuda...”<sup>37</sup>.

Es valorable ese compromiso. Alegra que se hayan comprometido en ese proyecto, especialmente los psiquiatras que en su gran mayoría trabajan en hospitales públicos. Solo que hoy es necesario reactualizar ese compromiso “Marconiano”, porque interesa transmitirles nuestra visión profesional, para aportar al diagnóstico y

---

<sup>36</sup> Ibid. Op Cit.

<sup>37</sup> Ibíd. Op Cit.

tratamiento integrado el integral, con una influencia comunitaria, estamos disponibles. Y por supuesto concordamos cuando se señala:

“...Con su producción intelectual hubiera podido cosechar en Chile y en otros países más honores y algunas riquezas. Sin embargo, prefirió sembrar en los espíritus, a través de la formación de numerosos profesionales, técnicos y líderes comunitarios, durante medio siglo de docencia, para que el país recibiera en el siglo XXI los frutos del desarrollo de Planes Nacionales de Salud Mental...”<sup>38</sup>.

Somos muchas asistentes sociales que nos sentimos discípulas del Dr. Marconi, que cambió nuestra visión profesional, exigiéndonos cada vez mayores conocimientos y experticias para responder a esas demandas insatisfechas, nos sentimos orgullosas de esa herencia. Y por ello esa historicidad construida, junto a los sectores populares, constituye hoy día una memoria histórica profesional y popular de los grupos de salud, que como un viejo topo, resurge una y otra vez:

“... Aún nos sorprendemos al conversar con profesionales de salud que recibieron las enseñanzas de Marconi y que nos cuentan con orgullo como desarrollaron programas de prevención y tratamiento del alcoholismo en algún rincón de Chile. Como también nos causa sorpresa él descubriéndonos aplicando aún hoy día sus enseñanzas de Antropología y de relativismo cultural en nuestro trabajo con distintos grupos humanos...”<sup>39</sup>.

Al trabajo social de Salud, que recupera sus mejores tradiciones de trabajo social popular le sorprende la sorpresa del autor de este testimonio publicado en la página de salud mental del Minsal? ¿Que los profesionales no médicos no hayamos abandonado las enseñanzas ni olvidado las experiencias, que no hayamos migrado al sector privado a entregar esas experticias? Porque seguir aplicando los conocimientos y metodologías adecuadas no debe sorprender a nadie, sobretodo, cuando tienen resultados eficientes.

“...Una de sus fortalezas como maestro fue su compromiso consecuente con sus discípulos....” “...en solo 4 años, entre 1969 y 1973, un significativo movimiento social en torno a la salud mental. Los líderes poblacionales se capacitaban y multiplicaban, más de 30 clubes de alcohólicos en recuperación se formaron o reactivaron, numerosos curas y monjas se comprometían en pro-

---

<sup>38</sup> Ibíd. Op Cit.

<sup>39</sup> Ibíd. Op Cit.

gramas de alcoholismo y salud mental en las poblaciones donde vivían, los consultorios de atención primaria incorporaban prestaciones de salud mental, se efectuaban jornadas de participación masiva, surgían experiencias pilotos innovadoras, tales como grupos de apoyo psicológico para neurosis y jardines infantiles comunitarios...”<sup>40</sup>.

Lo que falta por agregar es esa práctica social se siguió desarrollando en esa época y en años posteriores. Se continuaron desarrollando actividades de capacitación para dirigentes sociales en el área de la salud mental, tal es así que en la Población la Bandera del sector sur oriente de la capital, se formaban monitoras para trabajar la salud mental de mujeres y éstas fueron capaces de diseñar manuales y cartillas para continuar su trabajo sin la asesoría de profesionales. Ese fue un trabajo realizado por asistentes sociales, alumnas de trabajo social y religiosas comprometidas con el cambio social. Trabajo que se realiza en la actualidad fomentando la creación de grupos de auto ayuda.

Esa continuidad del trabajo social popular en salud, es el eslabón desechado o no incorporado en plenitud a las políticas publicas en salud. Pareciera ser que es el momento de recuperar también en plenitud la memoria profesional del Trabajo Social en salud. Es decir hacer visible lo invisible.

## LOS NUEVOS DESAFÍOS EN SALUD MENTAL

La sociedad chilena se va complejizando, aparecen nuevos problemas de salud mental que desafían el quehacer profesional, en el último cuarto del siglo XX, el problema, el gran problema de salud mental lo constituía el alcoholismo y las consecuencias tanto para el individuo como para las familias, a modo de recuerdo, se trabajaban clubes de alcohólicos y grupos de ayuda psicológica para las mujeres de los alcohólicos, el problema de drogas, casi se remitía al consumo de marihuana en la población adolescente y joven, algo de cocaína en los grupos de mayores ingresos, pero no constituían un problema abordado desde la salud publica, sin embargo, en la última década del siglo XX, empieza a aparecer el uso y abuso de la pasta base de cocaína (PBC), la cocaína y el abuso de fármacos.

---

<sup>40</sup> Ibíd. Op Cit.



Por esta razón, al convertirse un problema de salud pública, el Estado, a través del MINSAL y la formación de la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) desarrolla programas nacionales, que van desde el estudio de la epidemiología hasta estrategias de intervención para frenar el desarrollo de esta suerte de epidemia. No obstante, queda fuera el abuso y dependencia al alcohol y al tabaco, que por ser drogas que pagan impuestos, no son consideradas en esas intervenciones hasta el año 2005, donde se incorpora el alcohol a los programas en la APS, pero queda fuera el abuso y dependencia a fármacos.

Es nuevamente el profesional asistente social que lidera el equipo de salud, puesto que el resto de los profesionales, considera que no maneja suficientes herramientas para intervenir apropiadamente en estas patologías, realizando intervenciones individuales, familiares, multitalleres familiares, coordinaciones intersectoriales, apoyando, orientando, conteniendo a las personas, mostrándoles que el cambio es posible, y en este caso, recibe el apoyo desde lo bio-médico. Se ha señalado que para el año 2007, el alcoholismo y la drogadicción serán enfermedades con Garantía Explícita de Salud (GES), lo que obligará al conjunto del Equipo de Salud, a capacitarse tanto para detectar, diagnosticar como para tratar a las personas afectadas por esas enfermedades.

La familia va cambiando, su composición va cambiando, ya no es posible hablar de "la familia chilena tipo", sino de las familias chilenas, al reconocer el estatus de jefe de hogar a mujeres que viven solas o con sus hijos, se van develando los secretos de familia, secretos muy dolorosos y que provocan enfermedades, tales como el estrés post traumático de víctimas de abuso sexual, depresión en víctimas de violencia intrafamiliar, trastornos conductuales en los niños de esas familias, el aprendizaje de la desesperanza... y los equipos de salud tampoco están capacitados para abordar estos problemas de salud.

Esos problemas hacen reaccionar al Estado, promulgando leyes que castiguen a los agresores y desarrollando programas de prevención y tratamiento de las víctimas y de los victimarios (agresores), en tal sentido está la Ley de Violencia Intrafamiliar Ley 19.325, y la Reforma Judicial, con la transformación de los Juzgados de Menores en Tribunales de Familia, son una clara ayuda a frenar la violencia. Por su parte el MINSAL desarrolla un programa de intervención frente al tema de la violencia intrafamiliar (ver Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar") este programa ministerial aún no está en ejecución en todos los

centros de salud del país, ya que los equipos no están capacitados ni sensibilizados para abordar estos problemas.

Desde el año 2000, comienza un Plan Piloto, para abordar la Depresión en los consultorios de APS, y los resultados son aceptables, por lo cual se transforma en el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión, Existe la Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria (2), con un protocolo de intervención en el cual asigna funciones a profesionales de la salud.

Desde el 1º de Julio 2006, la Depresión es una enfermedad con Garantías Explícitas de Salud (GES) lo cual determina que se debe realizar un diagnóstico integral, porque tiene un enfoque biopsicosocial, también un tratamiento integral, que incluye la terapia de grupos.

Llama la atención la función que se le asigna formalmente al asistente social, un rol totalmente marginal en el tratamiento de esta patología, aún cuando el Minsal reconoce las variables sociales que tiene implícitas, al definir los riesgos psicosociales asociados al diagnóstico de depresión sin embargo no entrega responsabilidades específicas a este profesional.

"...Los pacientes que sufren trastornos depresivos informan que sus relaciones íntimas son poco satisfactorias, al igual que su interacción social. Tienen limitaciones funcionales y dificultades para desarrollar sus actividades cotidianas. Les resulta difícil afrontar los problemas familiares (conyugales y la crianza de los niños) y los relacionados con las responsabilidades laborales..." (ob.cit. 1.)

Los médicos tienen aproximadamente 15 a 20 minutos por paciente con depresión, ¿realmente alguien cree que puede evaluar la evolución de la enfermedad, acoger la problemática psicosocial que presentan y entregar orientaciones y apoyos tácticos específicos? No cabe duda de la falta de experiencia en terreno de quienes desarrollaron esa guía clínica.

"...las características técnicas y humanas del equipo o profesional tratante (asegurar adherencia) y, en forma muy importante, del adecuado respaldo que recibe cada paciente por parte de sus familiares, amigos o grupo de apoyo social... (ob.cit. 3)"

Dentro del equipo de salud, la labor del asistente social respecto de la adherencia al tratamiento no ha sido suficientemente valorada, ni tampoco valorados los motivos por los cuales las personas abandonan su tratamiento, asumen que la persona no tiene interés por recuperarse, pero no han indagado si su diagnóstico fue adecuado, pues en un estudio realizado en el Consultorio La Granja se detectó que

alrededor de 45% de las personas diagnosticadas con depresión y que no continuaron (abandonaron) su tratamiento se debió a que al momento de la evaluación diagnóstica estaban cursando un duelo reciente (menos de un mes), habían perdido su trabajo y fuente de ingresos y por ende su capacidad de satisfacer necesidades básicas, un miembro de la familia estaba con una enfermedad grave o Terminal, o bien tenían un problema de salud físico que las hacía sentirse momentáneamente mal.

Los adultos mayores que han sido diagnosticados con depresión, además tienen problemas de salud propios de la edad, están viviendo duelos, muy preocupados por el tema de la memoria y la pérdida progresiva de capacidades funcionales, los sentimientos de abandono y soledad suelen ser muy frecuentes. Una estrategia para estas personas es la formación de grupos de autoayuda, donde reciban instrucciones acerca de la forma de mantener la memoria, a través de juegos (dominó, naipes) la sociabilidad, compartir técnicas de relajación y promover la recreación y facilitar el acceso a la cultura, las personas que tienen participación social, mejoran más rápido y tienen menor tasa de recaídas.

“...Está suficientemente demostrada la relación que existe entre la ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana, que causan aflicción o estrés, y la aparición de trastornos Depresivos. Entre éstos, las pérdidas debidas a separaciones o fallecimiento son especialmente importantes. Los hechos cotidianos que causan estrés a menudo preceden más frecuentemente al primer episodio de trastorno depresivo que a los episodios subsiguientes.....” (op cit 4.)

Estos problemas requieren de ayuda para un manejo eficiente, evitar que los problemas de la vida diaria “se enfermen”, ayudar a las personas a priorizar y jerarquizar los problemas a ponerlos del “tamaño e importancia que realmente tienen” y proponer búsqueda de soluciones y alternativas de enfrentamiento, otorgando en todo momento acogida, empatía y apoyo, mostrar que las cosas pueden variar positivamente, a pesar de lo difíciles que parezcan o sean.

Los asistentes sociales conocemos a las personas que se atienden en los consultorios, conocemos en términos generales las condiciones de vida, las oportunidades que hay en cada comuna, también las brechas existentes, las instituciones que pueden dar soporte o ayudas específicas, la forma de acceder a éstas, es parte de la especificidad de nuestra disciplina!

“...Si se presenta reaparición de síntomas severos y prolongados durante el periodo de Continuación (recaída), se debe reevaluar nuevamente el tratamiento anti-depresivo, considerar la posibilidad de consultoría e intervención sobre factores psicosociales de riesgo...” Op cit. 5

En nuestra experiencia como clínicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el Consultorio La Granja, nos indica que muchos de los casos que aparecen como recaídas, tienen más relación con factores psicosociales que con problemas biomédicos, y el tratamiento farmacológico no puede ayudar a resolverlos, por ello el tratamiento social y psicológico no deben subestimarse

“... El abuso de alcohol y drogas, la violencia intrafamiliar, la pérdida de un ser querido, tener una enfermedad crónica, la separación conyugal reciente, la pérdida del trabajo y otros problemas importantes pueden favorecer el comienzo o la mantención de un trastorno depresivo...”

En el año 2001, la Universidad de Chile, a través de la Facultad de Medicina y la escuela de Salud Pública realizó el estudio “Evaluación de la Efectividad del “Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria, entre los resultados que analizan están aquellos relacionados con los factores psicosociales de riesgo (Ver Guía Clínica Pág. 42 y 43). Y se describen a continuación:

Enfermedad física o dolor Crónico: afecta al	29.5%
Discapacidad personal o familiar	19.6%
Abuso de Alcohol y drogas	5.5%
Conflicto Familiar Severo (VIF)	23.5%
Vive sola (o)	7.7%
Parto reciente o hijo menor de 6 años	19.4%
Escasa participación y apoyo social	55.7%
Pérdida de la madre antes de los 12 años	10.9%
Separación conyugal en el último año	12.6%
Muerte de un familiar últimos 6 meses	18.0%
Pérdida del trabajo últimos 6 meses	9.8%
Conflicto laboral severo (daño autoestima)	11.5%
Antecedentes de suicidio en la familia	15.8%

Nos hemos, dado cuenta en el Consultorio La Granja, que en el registro de estos factores psicosociales de riesgos, se realizan en la primera intervención, cuando no se ha logrado una relación de confianza con el equipo de salud, por lo cual la información está subestimada en los registros, se produce un subregistro cuando en el proceso terapéutico aparecen estas variables y no se registran en la Ficha de Diagnóstico (conocida como el tarjetón), especialmente los referidos a ser objeto de

violencia intrafamiliar, y al consumo personal de alcohol y drogas. Cuando se rectifica la información aumenta el porcentaje de personas afectadas por estos problemas. También ocurre que la separación lejos de ser considerada un problema, es evaluada positivamente, toda vez que la relación de pareja era muy conflictuada.

La pérdida del trabajo y de ingresos, es un problema difícil de resolver para las personas de escasos recursos, debido a la carencia de fuentes de trabajo, y su baja calificación ocupacional, también ocurre que por solicitar permisos quincenales para concurrir a controles, pierden su trabajo, o se trata de una excusa para despedir a un trabajador, que por razones de salud no está produciendo como se espera.

“...El conductor o facilitador de estos grupos puede ser el psicólogo del establecimiento u otro profesional capacitado (Asistente Social, Enfermera, Matrona), con experiencia en el manejo de grupos e interés personal por esta estrategia...”

Los profesionales del equipo encargado deberán imaginar y desarrollar estrategias más directas y focalizadas de apoyo individual, familiar y social hacia las personas con riesgo psicosocial elevado (visitas domiciliarias, entrevista familiar, inserción en grupos comunitarios, derivación a instituciones comunales de apoyo, capacitación laboral, etc.).

En este aspecto debería señalarse claramente que el profesional idóneo para estas actividades es por excelencia el asistente social, por su formación profesional y también por su vinculación a la comunidad y los organismos que en ella funcionan.

“... Se nombrará un encargado o coordinador y se organizará un equipo local de trabajo. La coordinación del Programa requiere de una breve reunión de equipo una o dos veces al mes. Se requerirá de horas de Asistente Social para apoyar la realización de los grupos o programar visitas domiciliarias (apoyo psicosocial directo y rescate)...” ob.cit.

En la mini Red del área Sur Oriente correspondiente al Hospital Padre Hurtado, la coordinación de los programas de depresión ha estado bajo la responsabilidad del asistente social, cumpliendo las metas y los estándares de calidad y sin duda se requiere de un tiempo asignado que esté correlacionado con el número de pacientes que está adscrito al programa, además del tiempo para la atención directa.

La Guía Clínica para la Depresión fue elaborada el año 2000, después de 5 años de ejecución hemos observado que no sólo se requiere de una reunión breve de equipo, sino que es necesario realizar reuniones clínicas con al menos dos integrantes del equipo, para definir el curso a seguir en el tratamiento, cuando la evolución no es positiva. Me resulta inadecuado que se determine que se requiera de horas para “apoyar” la realización de grupos, estarían pensando que no tenemos la capa-

cidad para realizar intervenciones psicosociales de grupos? Que sólo podemos citar a la gente a los grupos, hacer una hoja de ruta para las visitas domiciliarias. Pero por otra parte señalan que la terapia de grupo también puede ser realizada por “enfermera, matrona o asistente social debidamente capacitada”.

Es necesario recordar que una de las precursoras de la Terapia de Familia es una asistente social, que muchas de las actividades que ahora realizan psicólogos y sociólogos eran anteriormente realizadas por nuestra disciplina, como son las intervenciones de grupo, por ejemplo.

Sin duda el Ministerio de Salud desconoce las capacidades técnicas del profesional asistente social que trabaja en salud pública, parece que también desconoce la malla curricular, por la permanente subestimación que realiza de las capacidades y potencialidades, desperdiciando un recurso escaso en esta área de intervención, esto se demuestra no sólo en el programa de depresión que se ha analizado anteriormente, sino también en otros programas o intervenciones que el profesional asistente social podría concurrir con sus aportes técnicos, lo que constituye a mi juicio, una subutilización de los recursos profesionales.

De otra manera no se explica cómo no se produce un mejor aprovechamiento de la experiencia acumulada por esta disciplina, de su formación universitaria y su vocación de servicio.

Veamos el caso del Maltrato Infantil, se ha evolucionado desde una concepción de Ley y Orden, desde un prisma bio-ético, hacia un prisma integral, cuando detectábamos un caso de maltrato, inmediatamente lo derivábamos para una medida de protección, separando al menor de la familia que lo maltrataba procediendo a su institucionalización, realizando escasas intervenciones tendientes a recuperar la funcionalidad de esa familia, muchos niños egresaban del hogar al cumplir la mayoría de edad. Fue difícil visualizar muchos niños eran más maltratados en la institución que en su propio hogar, o bien que se requería involucrar a los padres en tratamiento por alcoholismo, o que requerían de una pieza y un par de camas, para salir del hacinamiento.

Nuestra Ley de Menores señalaba que un progenitor podía maltratar moderadamente a un menor, para corregirlo y disciplinarlo. Afortunadamente se firmaron tratados internacionales que protegen a los niños y adolescentes, pero no estaba definido el concepto de castigo (maltrato) moderado.

Con el proceso de transición a la democracia que se inicia a fines de los 80, surgen nuevas formas de relacionarse y de enfrentar los problemas sociales, desjudicializándolos. Se crea el Servicio Nacional de la Mujer SERNAN, que da impulso a

la formulación de una ley que proteja a la familia, promulgándose con muchas dificultades la Ley 10325 sobre Violencia Intrafamiliar, más tarde con el nuevo siglo, se transforman los Juzgados de Menores en Tribunales de Familia, donde se gestionan más integralmente los casos de VIF, con nuevos poderes a los magistrados de manera de agilizar los trámites y proteger a las víctimas de las propias familia.

Desde el ámbito de la Salud, el MINSAL desarrollo un programa de intervención en Violencia Intrafamiliar, un proyecto que no aporta nuevos recursos a los servicios de salud, sino que otorgas nuevas funciones y responsabilidades a un equipo de salud sobrecargado de trabajo y estresado por el cumplimiento de metas, elabora un "MANUAL DE APOYO TECNICO PARA LAS ACCIONES DE SALUD EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR", que aún es desconocido por un importante porcentajes de los funcionarios de la APS.

Desde la teoría del Trabajo Social de Casos, que tomamos conocimiento de la composición familiar, su estructuras, las dinámicas, la tipología y también los principales problemas que se presentan en esa organización familiar, y con los años, nos hemos ido dando cuenta que son varios los tipos de familia que hay en nuestro país, ya no se puede hablar de la familia tradicional chilena, puesto que se ha "institucionalizado" la familia con jefe de hogar femenino, aparecen las familias unipersonales, principalmente entre adultos jóvenes y adultos mayores.

El manual al cual nos referimos, presenta interesantes propuestas de abordaje de la violencia intrafamiliar, tanto en la prevención como en el diagnóstico y tratamiento de ésta. Sin embargo, el equipo profesional no está lo suficientemente capacitado en la detección de personas que son víctimas de violencia en sus grados de leve a moderado, los caso graves. Son de tal evidencia que es imposible no constatarlos.

Cada vez que un miembro del equipo de salud detecta o sospecha de un caso de maltrato o abuso, lo refiere con una nota al profesional asistente social. Para que sea ésta quien acoja, oriente, apoye, en lo posible trate o sepa donde lo pueden tratar.

Un ejemplo dramático de la falta de capacitación y sensibilización por parte del equipo de salud paso a relatar. El año 2005, en junio, una mujer, de 35 años aproximadamente, madre de hijos pequeños, acude a su control de depresión y le plantea al médico que es objeto de violencia intrafamiliar, éste le contesta que eso no tiene tratamiento. Sin duda que el médico tenía razón cuando le señaló y consignó en la ficha clínica que ese problema no tenía tratamiento (farmacológico), le hizo la receta, la retiró en la farmacia del consultorio y horas mas tarde las usa para

suicidarse. A ese médico le falta capacitación y sensibilidad frente a un problema de esa naturaleza, carece de espíritu de trabajo en equipo, puesto que en el consultorio existe un equipo psicosocial, que podría haber ayudado a contener a esa mujer, como lo ha realizado con muchas otras, sin desenlaces fatales.

Es necesario conocer en qué consiste la violencia conyugal, ya que existen mitos y prejuicios asociados a los valores y pautas culturales, definiremos violencia conyugal todos aquellos actos de violencia que se producen al interior de la relación de pareja (cónyuges o convivientes), la cual busca subordinar a la mujer a través de diversos medios de coacción, como son el control de la sexualidad, que es la manifestación más invisible de violencia sexual conyugal, la manipulación y el chantaje emocional, el empleo de la fuerza, los golpes, el menosprecio por las cualidades de la mujer que conlleva a una baja autoestima y la negación, privación o manipulación del sustento económico.

Un estudio realizado por la OPS y la Universidad de Chile, el año 2005, señala que en Coquimbo, IV Región, sector urbano, el 48.4 % de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, sostuvieron que habían sido objeto de violencia alguna vez en su vida, por otra parte, un estudio del SERNAN el año 2003, reporta que el 50.3% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, habían sufrido violencia alguna vez en su vida, lo que representa a una de cada dos mujeres de la Región Metropolitana.

La existencia de una red o conjunto de redes relacionadas con la Violencia Intrafamiliar, permite socializar experiencia, conocimientos, y abordajes, lo que resulta ser también un apoyo para las personas que trabajan en este tema, lamentablemente no se le asignan recursos para desarrollar su tarea de difusión, detección y tratamiento de personas víctimas de la violencia familiar.

La Reforma de la Salud y el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, exige de los equipos estar bien preparados, pero no otorga las condiciones bio-éticas para enfrentarlas, como son la falta de recursos, la evaluación cuantitativa, capacitación y especialización insuficientes, pero sobretodo, nos exige ser profesionales con múltiples destrezas, "polivalentes", con responsabilidades legales, sobrecargados de trabajo y sometidos a metas no saludables.

Nos falta mucho por realizar como profesionales, considero que una parte importante es difundir lo que hacemos, cómo lo hacemos, cuestionar nuestro quehacer, buscar nuevas informaciones y desarrollar nuevas destrezas para enfrentar los desafíos que se nos presentan en forma cada vez más frecuentes, especialmente en el área de la salud y también en el área de la educación básica y media.



La vertiente positiva, es que como profesionales asistentes sociales tenemos en nuestra formación de pre grado, los conocimientos y las destrezas para trabajar en el campo de la persona, la(s) familia(s), los grupos y la comunidad con sus organizaciones e instituciones, recogiendo la cultura local, valorando el conocimiento de la gente, teniendo una actitud lo más exenta de juicio posible, acogiendo, valorando al paciente como una persona digna de todo respeto y consideración, apoyándola en sus proyectos de desarrollo y crecimiento personal, transfiriéndoles conocimientos, pues a ellos les pertenecen hemos aprendido de la gente y con la gente, para lograr una comunidad más tranquila, alegre y en desarrollo. Una sociedad mejor es posible, cada cual que ponga su granito de arena, con el suyo, sumamos uno más.

## BIBLIOGRAFÍA

### Documentos

MINSAL, Unidad de Salud Mental. (Guías Clínicas, Manuales); Carta despedida al Profesor Marconi, Unidad de Salud Mental, Minsal; Segundo Informe de Investigación "Violencia Conyugal en San Ramón"; "Violencia Sexual Conyugal, Estereotipos de Género y Orientaciones para la Prevención" Agosto de 2005 Año 5 - Nº 4, EPES; Logros Y Dificultades Del Plan Nacional De Salud Mental Y Psiquiatría. Dr. Alberto Minoletti

### Textos

Carol; Lahuerta / Carme Borrell / Maica Rodríguez-Sanz / Katherine Pérez / Manel Nebot. "La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana". Agencia de SaluBellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P.

Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria 1996; 18:153-62. Pública de Barcelona. Barcelona. España.

La salud mental y social durante y después de las emergencias agudas: ¿principio de consenso?

Mark van Ommeren, Shekhar Saxena, & Benedetto Sarraceno OMS.