



Universidad del Bío-Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social

TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS:

Un Análisis Descriptivo del Quehacer Profesional
en el área de Salud Mental

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADOR SOCIAL

Autoras: SEPÚLVEDA CERNA, MAKARENA CECILIA
VÁSQUEZ MENDOZA, VALERIA ALEJANDRA

Profesora Guía: Bascur González, Carmen Gloria

Chillán, 2015

I. DEDICATORIAS Y AGRADACIMIENTOS

Dedico este trabajo:

A mi mamá Cecilia Cerna quien ha sido uno de los pilares fundamentales de mi vida, quien siempre me enseñó a ser una persona íntegra y responsable, que siempre tengo que luchar por mis sueños. Mi madre una mujer ejemplar que a pesar de todos sus problemas siempre ha salido adelante.

A mi papá Jorge Sepúlveda, un hombre de trabajo y de esfuerzo quien siempre me ha dicho que en la vida nada se consigue gratis, que el trabajo que realice tengo que hacerlo con pasión y compromiso. Siempre demostrando su cariño por su familia, protegiéndonos y cuidándonos. Es un hombre ejemplar.

A la persona más importante de mi vida, mi hermana Alondra Sepúlveda quien siempre ha demostrado que nada es imposible, que el tener capacidades diferentes no te impide tener metas y propósitos en la vida. Todo lo que hago mi pequeña hermosa, lo que hago para nuestro futuro. Eres la persona que todos los días me enseña a no darme por vencida y a seguir adelante.

Los amo con todo mi corazón.

A mi Tía Blanca quien confió en mí, me apoyo y me permitió estudiar Trabajo Social.

A mis Padrinos que cada logro que he tenido en mi vida lo han compartido conmigo.

A mis primos Marcela, Rodrigo, Carlos, Marilyn, Eduardo, Vanessa y Alex, con los cuales hemos vivido momentos maravillosos como familia, son sin duda las personas que más me entienden y cuidan en esta vida.

A mis pequeños sobrinitos Maximiliano y Cristobal que los amo infinitamente.

A mi amiga y compañera de tesis, una persona que conocí cuando comencé a estudiar esta maravillosa carrera, siempre has estado cuando te he necesitado y en los momentos difíciles has sido un gran apoyo en mi vida. Emprendimos juntas este último año de Universidad el cual sin duda nos ha unido más como amigas.

A mis amigas de la Universidad: Daniela, Yohanna, Jimena, Kathernine, Nadia y Carolina, quienes permitieron que estos cinco años de Universidad fueran los mejores de mi vida.

Gracias a todos(as)... Los (las) Amo

Makarena Sepúlveda

Dedico este trabajo:

A mis queridos padres, por su apoyo, cariño y esfuerzo constante; por estar siempre presentes en mi formación personal y profesional y por formar la linda familia que somos hoy.

A mi querida hermana Cintia, quien es mi compañera incondicional, y un pilar fundamental en mi vida.

A Makarena, mi querida amiga y compañera, por su apoyo, esfuerzo, colaboración e incondicionalidad durante el camino recorrido.

A mis lindas amigas, Yohanna, Jimena, Daniela, Nadia, Carolina y Katherine, por su amistad, risas, apoyo y compañía durante estos bonitos años de universidad.

Valeria

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a Nuestras familias en general quienes siempre nos brindaron el apoyo necesario para continuar este tan arduo proceso.

Agradecemos a la Trabajadora Social Carmen Gloria Bascur González por su constante guía y apoyo en la realización de esta investigación, quien sin duda se transformó en un pilar fundamental en este último proceso académico.

Agradecemos a cada una de las Trabajadoras Social del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, por participar de esta investigación y por compartir sus valiosas experiencias con nosotras.

A cada uno de ellos(as)

Muchas Gracias

Makarena Sepúlveda y Valeria Vásquez

II. RESUMEN

En los últimos tiempos se ha dado un aumento en la prevalencia de enfermedades en el área de la salud mental no solo a nivel mundial, sino que también a nivel país. Para hacer frente a esta realidad, en Chile se creó el Programa de Salud Mental y Psiquiatría, el cual ha apostado por una forma de intervención integral, con los(as) usuarios(as) y sus familias, con énfasis en acciones grupales y comunitarias.

Es con estas nuevas estrategias de acción que el(la) Trabajador(a) Social ha ido insertándose, siendo el(la) profesional especializado(a) en el trabajo con grupos, como es el caso de la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, donde han sido los/las profesionales del Trabajo Social quienes han estado a cargo de guiar y ejecutar el trabajo con grupos.

La presente investigación aborda la temática del quehacer profesional del (de la) Trabajador(a) Social, en cuanto al trabajo con grupos de usuarios(as) de Salud Mental, tanto la conformación de éstos como el trabajo continuo que se realiza, los roles y funciones que tienen los(as) Trabajadores(as) Sociales, así como también, las metodologías y técnicas que se utilizan hoy en día.

En la actualidad, no existen investigaciones ni publicaciones que evidencien cómo desarrollan este trabajo los(as) Trabajadores(as) Sociales, por lo que, este estudio se vuelve relevante, ya que permitirá entregar nuevos conocimientos e insumos en cuanto al trabajo con grupos en el área de salud mental.

El objetivo general de esta investigación es *“Describir el quehacer profesional que desarrolla el (la) Trabajador(a) Social en la conformación y trabajo con grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental”*.

Para efecto de este estudio, el marco teórico se desarrolla a la base de la Teorías del Trabajo Social con grupos, planteado principalmente por los autores Gisela Konopka, Kisnerman quienes entregan las primeras definiciones y principios del Trabajo Social con Grupos, posterior a ellos Tschorne entrega una clasificación de las etapas por las que atraviesa un grupo. También se hace referencia a la Teoría de los Roles a través de lo planteado por los autores Pelegrí, Joseph G. Sheehan y Herriko, quienes estacan los principales elementos que componen dicha teoría.

Este estudio se realiza bajo una metodología Cualitativa con carácter descriptivo y un enfoque fenomenológico, lo cual permite conocer la experiencia desde la perspectiva de las profesionales Trabajadoras Sociales entrevistadas, cómo ellas han vivenciado el trabajo con grupos que han realizado en la Unidad de Salud Mental, como ellas lo sienten y lo interpretan. La recolección de datos se llevó a cabo aplicando una entrevista semi-estructurada a cuatro profesionales Trabajadoras Sociales que tienen experiencia con el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el Método de análisis de contenido, a través de Categorías y Sub-categorías de análisis.

En cuanto a las conclusiones surgidas en esta investigación, se puede mencionar que, el quehacer profesional del (de la) Trabajador(a) Social en la Unidad de Salud Mental en el Hospital Clínico Herminda Martin, está basado en una metodología participativa en donde se integra al usuario quien participa activamente en la toma de decisiones al interior del grupo, trabaja en un plano horizontal en donde profesional y usuarios(as) se complementan. En cuanto a los roles que desempeña el(la) profesional Trabajador(a) Social, se encuentran el rol directivo (en una primera etapa), creador, fundador y de líder, a su vez las funciones que realiza el (la) profesional son las de asesorar, guiar y acompañar a los(as) usuarios(as). En relación con la relevancia que tiene el que un(a) usuario(a) participe en un grupo, se considera beneficioso tanto para el tratamiento de la persona, como en la potenciación de habilidades sociales. Finalmente se concluye que la sistematización

en el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental en el Hospital Clínico Herminda Martín, es una práctica que no es llevada a cabo por las profesionales, esto principalmente por la falta de tiempo que tienen en sus espacios profesionales y porque la práctica de la sistematización en esta área, no forma parte de las actividades que debe desempeñar un(a) Trabajador(a) Social.

El quehacer profesional del(de la) Trabajador(a) Social en la conformación y trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín, se caracteriza por tener un sustento teórico y metodológico que guía y estructura el trabajo que realiza al interior del grupo, lo cual entrega las herramientas técnicas que se necesitan para desarrollar un trabajo profesional y que hacen que el(la) Trabajador(a) Social sea el profesional más idóneo para este tipo de intervención. Este quehacer profesional también tiene su base en la experiencia que van adquiriendo los(as) Trabajadores(as) Sociales en cuanto al trabajo con grupos, ya que es esta experiencia la que va generando una mayor confianza y expertis en el(la) profesional, produciéndose así un complemento entre el saber teórico y el saber adquirido en la práctica.

III. ÍNDICE

A.- ÍNDICE GENERAL

I)	INTRODUCCIÓN.....	10
II)	PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
	2.1 Planteamiento del problema	11
	2.2 Justificación	14
	2.3 Preguntas de Investigación Primaria y Secundarias	16
	Primaria:	16
	Secundarias:.....	16
	2.4 Objetivos general y específicos.....	17
	General:	17
	Específicos:	17
III)	MARCO REFERENCIAL	18
	3.1 Marco conceptual.....	18
	3.2 Marco Empírico	21
	3.2.1 Trabajo Social y los métodos de intervención.....	21
	3.2.2 Desarrollo de la salud mental	24
	3.2.3 El Nuevo modelo de atención en salud.....	29
	3.2.4 Trabajo Social en Salud.....	34
	3.2.5 Sistematización en Trabajo Social.....	39
	3.3 Marco teórico	41
	3.3.1 Interaccionismo Simbólico	41
	3.3.1 Trabajo Social y la intervención en grupos.	44
	3.3.2 La Teoría de los Roles.....	50

IV) DISEÑO METODOLÓGICO	54
4.1 Enfoque epistemológico	54
4.2 Método	56
4.3 Población y criterios de selección	56
4.4 Técnicas de Producción de Datos.....	57
4.5 Plan de Análisis de datos	58
4.6 Criterios de calidad	59
4.7 Aspectos éticos	61
V) PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
5.1 Categorías de análisis.....	64
VI) CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	107
6.1 Conclusiones.....	107
6.2 Sugerencias	117
VII) BIBLIOGRAFÍA.....	119
VIII) ANEXOS	127
8.1: Pauta de entrevista	127
8.2: Carta de solicitud a población objetivo.....	129
8.3: Correos electrónicos enviados a posibles entrevistadas.....	131

B.- ÍNDICES DE TABLAS

Tabla N°1: Caracterización de las entrevistadas.....	62
Tabla N°2: Categorías de análisis.....	64
Tabla N°3: Técnicas del método del Trabajo Social en Grupo.....	77

I) INTRODUCCIÓN

Los problemas de Salud Mental en los últimos años han tenido un mayor aumento en la sociedad en general, puesto que se ha desarrollado una multiplicidad de patologías asociadas. Se calcula que actualmente 450 millones de personas sufren de enfermedades mentales alrededor del mundo (Minolleti & Zacariass, 2005).

El impacto de las enfermedades, tanto para las personas afectadas como para sus familias y la sociedad, es muy alto, no solo en términos emocionales sino que también financieros. Es por esto que, la solución a problemas de salud mental hoy en día se constituye indiscutiblemente en una tarea cada vez más importante de la Salud Pública en el mundo.

En el caso de nuestro país se han realizado constantes acciones orientadas a abordar el tema de la Salud Mental, siendo una de éstas la creación del Plan Nacional de Salud Mental en el año 2000, el cual se instauró a través del trabajo de la multiplicidad de actores implicados dentro del área de Salud Mental, como lo son los técnicos y profesionales de la salud, los(as) usuarios(as) y las agrupaciones de Usuarios y Familiares.

Este programa hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de Salud Mental, estableciendo que se deben crear servicios de Salud Mental y Psiquiatría en red, en los que participen los(as) usuarios(as) y sus familiares, quienes desempeñan un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

Es aquí donde el rol de los(as) Trabajadores(as) Sociales se vuelve fundamental, debido a que nuestra disciplina realiza un trabajo constante con agrupaciones en las cuales el (la) Trabajador(a) Social guía e interviene para vincularlas socialmente y provocar el cambio social, ya que este cambio se produce a través de la interacción con las personas permitiendo desarrollar competencias sociales con las cuales afrontar con éxito determinadas situaciones.

El Trabajo Social con grupos tiene como fin permitirles hacer frente de mejor manera a sus problemas tanto a nivel individual, grupal como comunitario. Esto

quiere decir que, el Trabajo Social de grupo se dirige tanto a enfermos como a gente perturbada o a personas que son capaces de funcionar normalmente. (De Robertis & Pascal, 1994).

Es aquí en donde se define el tema a investigar surgido como una necesidad de indagar en cómo se lleva a cabo el quehacer profesional de los(as) Trabajadores(as) Sociales en el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

II) PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medioambiente y, sin duda, las condiciones de la vida moderna, (especialmente en las grandes ciudades), son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas (Universidad de Chile 2014)

Las patologías en Salud Mental alrededor del mundo han ido aumentando considerablemente, es así como una de cada cuatro personas, es decir, el 25% de la población, sufre una enfermedad mental a lo largo de su vida, de hecho estas enfermedades representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Tomados en su conjunto, las enfermedades mentales, neurológicas y por consumo de sustancias representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las

consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (Chan, 2013).

Se calcula que los trastornos neuropsiquiátricos en Chile, en todos los grupos de edad, representan 31% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), uno de los índices más altos del mundo. También es importante mencionar cuales son las enfermedades mentales que tienen una mayor prevalencia en Chile, según datos obtenidos en la investigación realizada por Organización Panamericana de la Salud durante el año 2009, en el país los resultados son los siguientes: Trastorno depresivo unipolar 9,9%, el Trastorno por consumo de alcohol 5,1%, las Anomalías congénitas 3,8%, Enfermedades cerebrovasculares 3,1%. Teniendo en cuenta que el 25% de la población presentaba enfermedades mentales comunes (Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009).

Si bien en Chile las enfermedades de salud mental han sido abordadas a través de diferentes acciones implementadas por los gobiernos de turno, aún existe déficit en cuanto a su abordaje. Esto se debe principalmente al hecho de que el financiamiento de salud mental no ha aumentado (Valdés & Errázuriz, 2012).

Una forma de abordar las enfermedades de salud mental ha sido a través de un modelo de atención comunitario. El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Es así como se han ido conformando agrupaciones de usuarios(as) y familiares, focalizadas inicialmente en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedad mental, orientadas principalmente a la entrega de ayuda mutua entre sus miembros, basadas en el principio de que las

personas que comparten un mismo tipo de problemas, enfermedades o discapacidades tienen algo que ofrecerse entre sí que no puede ser provisto por los profesionales de salud (Ministerio de salud, 2006)

Es en este punto donde el (la) Trabajador(a) Social toma relevancia, puesto que, se posiciona como un ente principal en la conformación y trabajo con grupos, ya que, el Trabajo Social de grupos es un método que ayuda a los individuos y a los grupos a aumentar sus capacidades de funcionamiento social, a través de experiencias en grupos (De Robertis & Pascal, 2007).

En cuanto al rol que desempeña en el equipo de atención en salud mental al (a la) Trabajador(a) Social, según lo planteado por Pellegrero, 1992, citado en Garcés, (2010), se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales. En concreto, los(as) Trabajadores(as) Sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias, esto según lo planteado por Guimon, 2002, citado en Garcés, (2010) en su texto llamado El Trabajo Social en Salud Mental.

Debido a los cambios que la reforma de salud ha introducido en el sistema chileno, a través del cambio del modelo de atención es que los(as) Trabajadores(as) Sociales se han integrado mayormente a este sistema de atención a través del trabajo con grupos.

La necesidad e interés de realizar esta investigación surge debido a que si bien el(la) profesional Trabajador(a) Social realiza un amplio trabajo con agrupaciones, se evidencia la poca sistematización que existe en cuanto al quehacer profesional del Trabajo Social con grupos en el área de salud mental, por lo que, las publicaciones que existen en relación a esta temática también son escasas, lo cual repercute en un desconocimiento por parte de los profesionales y de la comunidad en general, sobre lo que se está haciendo con grupos, es por esto que, se vuelve relevante investigar cómo el(la) Trabajador (a) Social lleva a cabo su quehacer profesional en estas agrupaciones, lo que sin duda será un aporte a nuestra

disciplina en lo que al trabajo con grupos en Salud Mental se refiere, además esta investigación permitirá describir los roles y funciones que tienen los(as) Trabajadores(as) Sociales, así como también, conocer las metodologías y técnicas que utilizan hoy en día estos (as) profesionales.

2.2 Justificación

Es necesario destacar que, Chile es un país con altas tasas de enfermedades mentales. La proporción de chilenos(as) que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos, es por esto que la tasa de suicidios en nuestro país supera el promedio de los países de la OCDE. Con respecto a las enfermedades de Salud Mental estudios revelan que los trastornos de ansiedad son, junto a los trastornos depresivos, los diagnósticos psicológicos más frecuentes en la población general. Entre ellos el Trastorno de Ansiedad Generalizada (T.A.G) es uno de los más frecuentes con una prevalencia vital que llega al 5,4%. Su inicio suele estar sobre la primera juventud y el curso supone ser crónico en gran parte de los diagnosticados. Esto ha llevado a muchos autores a considerar el T.A.G como un trastorno de personalidad ansiosa (Poves Oñate, et.al, 2010).

Sin embargo, ante la gran prevalencia de personas que padecen enfermedades de salud mental, el financiamiento para esta área no ha aumentado, por lo que, los objetivos propuestos en los planes de salud mental implementados en la última década todavía no han logrado bajar las tasas de enfermedad mental (Valdez & Errázuriz, 2012).

El Trabajo Social es una profesión que ha abordado el área de la salud mental desde su creación, primero trabajando en el consumo problemático del alcohol, la violencia intrafamiliar y posteriormente, las nuevas enfermedades que han ido apareciendo en nuestra población como depresión y consumo de drogas, entre otros. Se ha desarrollado un abordaje tanto individual como familiar y comunitario, cumpliendo siempre una función importante, por lo que, conocer la injerencia que

tiene el profesional dentro de esta área, es decir, en la intervención grupal con personas que presentan enfermedades de salud mental específicamente con las agrupaciones de usuarios(as), se vuelve un punto importante de análisis puesto que, muchas veces son éstos, los profesionales que están a la cabeza de estos grupos (Rossell, 1998) y es necesario conocer como estos realizan este tipo de trabajo.

Participar en un grupo, permite a los(as) usuarios(as) visibilizar su situación particular, así como apoyarse en otras personas que viven una realidad similar. Es por esto que, el trabajo con grupo se posiciona como una nueva forma de enfrentar estas problemáticas.

El Trabajo Social con Grupos, se abre paso como una especialidad que puede intervenir a distintos niveles para producir el cambio y mejora de las personas, grupos, comunidades y organizaciones implicadas, promoviendo la inclusión social, favoreciendo los factores potenciadores de cambio social y mitigando los riesgos de exclusión social (Martínez López, 2012).

Se vuelve relevante esta investigación ya que, describir el trabajo que se realiza con grupos nos permitirá obtener insumos con respecto a cómo se está llevando a cabo la intervención con ellos, por lo que, es una contribución a la sistematización del quehacer profesional en Trabajo Social. Esto permitirá obtener herramientas que serán de utilidad para los trabajos posteriores y de esta manera poder desarrollar estrategias que ayudarán a fortalecer el quehacer profesional aplicando metodologías de intervención pertinentes para el trabajo con grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental.

También es importante que la investigación sea realizada desde la perspectiva de los(as) propios(as) Trabajadores(as) Sociales, ya que, de esta manera se podrán obtener sus percepciones con respecto al trabajo de grupo que realizan en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín, lo que permitirá la visibilización del mismo, así como generar nuevas reflexiones y análisis en torno a su rol y a las estrategias profesionales que se llevan a cabo, lo que se constituye en un aporte a la disciplina del Trabajo Social ya que, el estudio del quehacer profesional

permite observar las falencias disciplinarias así como promover acciones para fortalecerlas.

2.3 Preguntas de Investigación Primaria y Secundarias

Primaria:

¿Cómo se desarrolla el quehacer profesional del (de la) Trabajador(a) Social en la conformación y trabajo con las agrupaciones de usuarios (as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

Secundarias:

¿Cuál es el rol del (de la) Trabajador(a) Social en el proceso de conformación de los grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

¿Cuáles son las metodologías de trabajo que emplea el o la Trabajador(a) Social para realizar el trabajo con grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

¿Cuáles son las funciones del (de la) Trabajador(a) Social dentro de los grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

¿Los (las) profesionales Trabajadores(as) Sociales consideran beneficiosa la participación de los(as) usuarios(as) en grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

¿Los(as) Profesionales Trabajadores(as) Sociales han sistematizado el trabajo que realizan con los grupos en las Unidades de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán?

2.4 Objetivos general y específicos

General:

Describir el quehacer profesional que desarrolla el(la) Trabajador(a) Social en la conformación y trabajo con los grupos de usuarios(as) en las Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Específicos:

Describir el rol del (de la) Trabajador(a) Social en el proceso de conformación de los grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Conocer las metodologías de trabajo que emplea el (la) Trabajador(a) Social para realizar el trabajo con grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Caracterizar las funciones del Trabajador(a) Social dentro de los grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Conocer si los(as) profesionales Trabajadores(as) Sociales consideran beneficiosa la participación de los(as) usuarios(as) en grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán

Conocer si los(as) Profesionales Trabajadores(as) Sociales han sistematizado el trabajo que realizan con los grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán

III) MARCO REFERENCIAL

“Se trata de acercamientos que se fundamentan en di)versas corrientes teóricas de la sociología, la psicología, la antropología, la lingüística, etcétera, que muestra la realidad subjetiva y la realidad social, íntimamente relacionada, donde se inscriben las conductas y acciones humanas” (Szasz y Lerner, 1994).

El siguiente marco referencial se compone de un marco conceptual, el cual engloba los principales términos que son relevantes en esta investigación, también está constituido por el marco empírico en el que se presentan estudios y publicaciones que existen sobre la temática tratada, por último el marco referencial contiene un marco teórico el cual contiene las teóricas que sustentan la presente investigación.

3.1 Marco conceptual

En el área de Salud Mental los grupos están constituidas por **usuarios(as)** entendidos como “personas que reciben un servicio o beneficio sin pagar directamente a la organización productora” (Mokate & Saavedra, 2006). Las que en este caso participan en conjunto con sus familiares con los cuales tienen lazos de parentesco. Estos usuarios tienen la característica particular de padecer algún tipo de **Enfermedad Mental**, las cuales son entendidas “como afecciones de importancia clínica y que se caracterizan por alteraciones de los procesos de pensamiento de la afectividad o del comportamiento” (Fahrer, 2003). Estas enfermedades tienen distinta naturaleza, las cuales han tenido un aumento importante en el último tiempo con respecto a la cantidad de personas que las padecen (Valdés & Errázuriz, 2012).

La salud mental ha sido descrita como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, por la interacción social, por las estructuras y recursos de la sociedad y por los valores culturales, y a su vez, la salud mental de cada persona afecta a la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, a la salud de una comunidad o población. Factores tales como el ambiente familiar o el abuso y abandono de menores influirán en el nivel de salud física y mental (Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E, 1997).

En la actualidad se han ido desarrollando nuevas estrategias de tratamiento, esto al alero del modelo de atención comunitario en salud, el cual le ha dado un mayor énfasis al trabajo con **grupos**, entendidos estos como:

Un conjunto de cosas, como un conjunto de personas o de cosas que tiene un carácter común (en una clasificación); conjunto de personas que tienen alguna cosa en común, independiente de su presencia en el mismo sitio (raza, asociación). Un grupo puede definirse como una pluralidad de individuos en contacto los unos con los otros (De Robertis; Pascal, 1994, pp. 33).

Las personas que influyen en la constitución de estos grupos, como lo son los(as) Trabajadores(as) Sociales desempeñan un **rol** el cual es entendido como:

Comportamiento que se espera de la persona que ocupa esa posición. Es la manera en que las diferentes personalidades desempeñan los requerimientos del status. El rol se refiere también al hecho de que una persona tiende a mostrar una conducta similar en sus diversas posiciones del status (Steward, 1977, pp.12).

Este rol que desempeñan los(as) Trabajadores(as) Sociales es muy efectivo en orden a su funcionamiento aportando en las tareas de: consulta, en donde el(la)

profesional ofrece información y consejo, la tarea de facilitación de las actividades del grupo y de los procesos que se viven en él, y la coordinación de las actividades que realizan los miembros del grupo (Villegas, 1993).

Para efectos de esta investigación también es relevante conocer las funciones que desarrolla el(la) Trabajador(a) social dentro de los grupos, **función** entendida como:

El conjunto de reglas que señalan como debe actuar en determinadas circunstancias una persona de acuerdo con su estatus. De forma más precisa, es la conducta que se espera de un individuo en el seno de un grupo, definida en general por ese grupo o por su cultura (Hernández Martínez & Tello cadena, 1994, pp.13).

Es común que los individuos actúen en relación con su estatus y sus correspondientes actividades; una persona se comporta diferente dependiendo del grupo del que forme parte, es decir, puede comportarse como padre en una casa, empleado en su trabajo, líder en el sindicato, etc.

La **Sistematización** es un proceso político, dinámico, creador, interactivo, sistémico, reflexivo, flexible y participativo, orientado a la construcción de aprendizajes, conocimientos y propuestas transformadoras, por parte de los actores sociales o protagonistas de una experiencia en particular, mediante el análisis e interpretación crítica de esa experiencia a través de un proceso de problematización (Cepep, 2010).

La sistematización es un método propio del Trabajo Social en donde la experiencia debe ser la base para contribuir con la generación de nuevos conocimientos, mediante la problematización y consecuente interpretación crítica de la experiencia sobre la base de los ejes centrales de sistematización definidos, la cual pasa por un proceso de revisión también crítica para su aplicación de las teorías, conceptos, enfoques, métodos y técnicas existentes y vinculadas con los ejes de sistematización (Cepep, 2010).

Metodología procedimientos que con prescindencia de los contenidos específicos, establece los procedimientos lógicos, formas de razonar, operaciones y reglas que de una manera ordenada y sistemática, deben seguirse para lograr un fin dado o resultado. Este fin o resultado puede ser el conocer y/o el actuar sobre un aspecto o fragmento de la realidad (Ander-Egg,1997). Para llevar a cabo las metodologías que nos permiten lograr y alcanzar los resultados esperados se necesitan procedimientos específicos y medios que hagan operativas estas metodologías; estos medios son las **Técnicas**, entendidas como procedimientos específicos que hacen referencia al conocimiento/habilidad operativa que permite el control, registro, transformación o manipulación de una parte específica de la realidad. Las técnicas como los métodos son respuestas al “cómo hacer” para alcanzar un fin o resultado propuesto, pero ellas se sitúan a nivel de procedimientos o de etapas prácticas que, a modo de dispositivos auxiliares, permiten la aplicación del método en el cuadro propio de su ámbito o sector de intervención (Ander-Egg,1997).

3.2 Marco Empírico

3.2.1 Trabajo Social y los métodos de intervención

La revisión de la literatura sobre Trabajo Social, tanto la actual como la generada a lo largo de su evolución histórica, tanto la autocrítica como la producida en otros países, ofrece al investigador, al alumno o al profesional que reflexiona sobre el Trabajo Social una panorámica extremadamente diversa y compleja. La terminología científica utilizada es muy heterogénea y tiende a generar un cierto grado de confusión, siendo así que se utilizan de forma indistinta términos tales como teoría, paradigma, enfoque, modelo, aproximación, para referirse a cuestiones similares, no existiendo diferencias o límites que definan claramente a qué nos estamos refiriendo cuando utilizamos alguno de ellos (Viscarret, 2007). Igualmente ocurre cuando se habla de método y de metodología del Trabajo Social, los cuales

tienen diferente significado, según los diversos autores, épocas y concepciones teóricas desde las que se parta.

Son muchos los autores que han dedicado su atención en la relación entre Trabajo Social y método a lo largo del desarrollo histórico de la profesión. En la literatura científica del Trabajo Social, el método, aparece básicamente definido como un “camino para la intervención” (Viscarret, 2007).

Ander Egg (1997) se refería al método también como un camino hacia algo y lo definía como el camino a seguir mediante una serie de operaciones y reglas fijadas de antemano, de manera voluntaria y reflexiva, para alcanzar fines determinados que pueden ser conceptuales o materiales.

Kisnerman, citado en Viscarret (2007), señala que el método es un camino analítico-sintético hacia el objeto para conocerlo y transformarlo. Como una sucesión sistemática de cambios hacia un objetivo determinado, en una dirección elaborada por todas las personas involucradas en la situación problema en la que el Trabajo Social se inserta, entendiendo por cambio, toda alteración, desviación o modificación del modo de ser original de una situación o proceso, que implique una superación de lo anterior.

El Trabajo Social en su desarrollo ha ido acercándose a la ciencia, al proceder científico y no sólo como una actividad creativa basada en las capacidades, intuiciones y métodos propios de cada Trabajador(a) Social (Viscarret, 2007). Para llevar a cabo las estrategias que le permitan alcanzar sus objetivos, el(la) trabajador(a) social utiliza los métodos propios de la intervención social como lo son: el Trabajo Social de casos, el Trabajo Social con grupos, y el Trabajo Social comunitario.

El Trabajo Social de casos: las raíces del Trabajo Social de casos son las raíces propias de la génesis del Trabajo Social Moix, 1991, citado en Viscarret,

(2007) señala que el Trabajo Social de casos encuentra su origen en el esfuerzo de la sociedad por mejorar la forma de ayudar a la gente y tiene sus orígenes en movimientos tales como las Sociedades de Organización de la Caridad (COS). Es con Mary Richmond con quien el Trabajo Social de casos recibe el empuje definitivo, Richmond es considerada la pionera del *casework* diseñando un método de intervención que contenía tres etapas: estudio del caso, diagnóstico y tratamiento, claramente inspirado en los avances metodológicos de la psicología psiquiátrica y en el modelo clínico-terapéutico de la medicina (Viscarret, 2007).

El Trabajo Social con grupos: hacia 1930 se produjeron los primeros escritos sobre el Trabajo Social de grupos. En primer lugar, los diversos autores señalan que el quehacer de los (las) trabajadores(as) sociales estaba orientado a tareas relacionadas con la educación de adultos, organizaciones juveniles y de tiempo libre. Éstos observaron y entendieron que los grupos podían ser utilizados de forma óptima en su praxis, pudiendo ser empleados para ayudar a las personas a participar en sus comunidades, para enriquecer la vida de las personas o para servir de apoyo (Viscarret, 2007). El Trabajo Social con grupos, fue aceptado como un método propio de la profesión, a partir de 1936, luego de que Grace Coyle presentó a la Conferencia Nacional de Trabajo Social el estudio que fundamentó el nuevo método profesional (Ander-Egg, 1997). Coyle citada en Ander-Egg, (1997) entiende por Trabajo Social el “uso consciente de las relaciones sociales en el desempeño de ciertas funciones de la comunidad” y a partir de estos parámetros de referencia profesional analiza los atributos del group work en cuanto campo de actuación profesional y concluye que “el Trabajo Social con grupo como método cae dentro del más amplio campo del Trabajo Social como método de intervención”. El Trabajo Social de grupo reconoce la fuerza del grupo e intenta canalizarla hacia una acción constructiva. “El grupo es el instrumento gracias al cual se pueden conseguir dos objetivos: ayudar a los individuos a utilizar el grupo para las necesidades de su propio desarrollo y ayudar al grupo para realizar una acción socialmente deseable” Organización de las Naciones Unidas citado en Viscarret, (2007).

El Trabajo Social comunitario: surgió como un instrumento de trabajo para hacer frente a los típicos problemas de la sociedad industrial, de marcados cambios ecológicos y tecnológicos De Lima, 1989 citando en Viscarret, (2007). El Trabajo Social comunitario es definido por Bonfiglio, 1982 citado en Viscarret, (2007), en torno a la movilización de recursos para atender necesidades de creación de servicios sociales, de coordinación de esfuerzos para obras sociales y elaboración de programas de bienestar.

3.2.2 Desarrollo de la salud mental

En el *Centre for Addiction and Mental Health* (Centro para la adicción y la Salud Mental) en el año 2003, hizo referencia a que la Salud mental involucra el encontrar un balance en todos los aspectos de la vida: física, mental, emocional y espiritual. Es la habilidad de poder gozar la vida y a la vez de enfrentar los desafíos diarios, ya sea tomando decisiones, lidiando y adaptándose a situaciones difíciles o dialogando acerca de nuestras necesidades y deseos.

La misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el área de la salud mental es colaborar con los países para reducir las consecuencias negativas producidas por las enfermedades mentales, incluyendo aquellos asociados al uso de sustancias y promover la salud mental de la población. El Informe sobre la Salud en el Mundo (2001) "Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas", entrega evidencias basadas en la investigación científica sobre la enorme carga de enfermedad asociada con las enfermedades mentales. Este Informe también describe la necesidad y bases racionales para implementar sistemas y servicios de salud mental basados en la comunidad (Ministerio de Salud, 2006). El Informe OMS 2001 entrega 10 recomendaciones para el desarrollo de los componentes claves de los sistemas de salud mental, a saber:

1. Proveer tratamiento de las enfermedades mentales en la Atención Primaria de salud.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.

3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Las enfermedades mentales constituyen el 13% de la carga global de enfermedades, por encima del cáncer y los trastornos cardiovasculares. Así lo establece un estudio publicado en la Revista Nature en julio del 2011 y elaborado por un equipo de investigación de la Universidad de Toronto (Canadá) (De Vicente & Castilla, 2011).

La solución de los problemas de salud mental constituye indiscutiblemente una tarea cada vez más importante de la salud pública en el mundo. Se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de enfermedades mentales. El impacto de los trastornos mentales, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad en general, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también financieros (Minolletti & Zaccaria, 2005). Cabe mencionar que, a su vez las enfermedades mentales contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Para abordar esta temática es necesario que los países cuenten con políticas, programas y proyectos que vayan en beneficio de las personas afectadas por estas patologías. Más cuando existen estadísticas que revelan que 8 de cada 10 países no cuentan con el soporte asistencial suficiente para hacer frente a estos problemas de salud mental (De Vicente & Castilla, 2011).

También es importante hacer referencia a que, existen países que tienen grandes limitaciones en sus sistemas de información en lo que respecta a la salud mental, de manera que podemos hablar también de una *brecha de información*. Las evaluaciones de los sistemas de salud mental efectuadas por la OPS/OMS (28, 30) en países de América Latina y el Caribe, identificaron claramente deficiencias en materia de servicios y recursos de salud mental. Los indicadores de recursos humanos especializados en salud mental van muy a la zaga de los de países de ingresos altos. Además, también hay que tener en cuenta el recurso de enfermería que resulta esencial en muchos países. Los programas de formación (de pregrado y posgrado) son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos y hospitalarios (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Chile se encuentra en el grupo del 73% de los países de América que tienen una política de salud mental, política que se ve reflejada en la creación de programas, que buscan abordar y mejorar la situación de las personas que padecen problemas de salud mental, como lo es el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2006) A pesar de esta iniciativa, Chile se encuentra dentro del 22% de los países de América que aún no cuenta con una Ley de Salud Mental, lo que visibiliza los desafíos que aún son necesarios de abordar por nuestro país, especialmente de generar planificaciones gubernamentales a largo plazo.

Las patologías que tienen un mayor porcentaje de personas que las padecen, son las enfermedades neuro-psiquiátricas a través de todos los grupos de edad, con un 31%. De los 20 trastornos específicos más relevantes por su contribución a los AVISA en Chile, para 2002, las depresiones mayores y los trastornos por el consumo

de alcohol clasifican en primer y segundo lugar con 9,9% y 5,1%, respectivamente. Las enfermedades asociadas al consumo de drogas y la esquizofrenia también se encuentran entre los 20 más importantes (Rioseco, Saldivia et.al. 2002).

La aparición de problemas de salud mental, no sólo es producto de características biológicas de la propia persona, sino que también son propiciadas por el entorno en el cual las personas viven y se desarrollan, tal como lo explicitan estudios del Programa de Salud Mental, en donde se afirma que, en la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres (Ministerio de Salud, 2014).

Tal como plantea Carballada en 2012, las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características de la sociedad actual. Por lo que lo social, en si mismo, se constituye en un factor que interviene en el surgimiento de nuevas enfermedades mentales, así como también, genera nuevas estrategias para intervenir en el área de salud mental.

Se reconoce que el sufrimiento que provocan las enfermedades mentales se extiende más allá de las personas afectadas, a sus familias y a la comunidad, por lo que, resulta de crucial importancia adaptar los sistemas sanitarios a esta realidad (integrando, por ejemplo, la salud mental dentro de la atención a las enfermedades de larga duración). Además se enfatiza en la necesidad de que tanto las intervenciones farmacológicas como psicosociales que conforman los planes de actuación en materia de salud mental, estén basados en la evidencia científica (De Vicente & Castilla, 2011).

Una mirada retrospectiva nos muestra que hasta los años 50 en Europa, el énfasis en los Servicios de Psiquiatría estaba centrado en el cuidado y control en los hospitales grandes y aislados. Gracias al desarrollo de los medicamentos

antipsicóticos, a la asimilación de la psiquiatría a la medicina general y, sobretodo, a la preocupación creciente por los derechos e igualdad de las personas, se operó un cambio notable hacia un modelo de tratamiento más activo y humano (Ochoa Muñoz, 1998).

Hoy día es ampliamente aceptado el hecho de que al planificar en Salud Mental debemos concentrarnos en un modelo comunitario. Este implica un distanciamiento mayor de las grandes instituciones y un acercamiento hacia unidades pequeñas en el centro de áreas populosas, las que deben orientarse a la reintegración del individuo mentalmente enfermo a las redes sociales y económicas normales. Aunque la salud mental es la consecuencia final de una multiplicidad de factores económicos y sociopolíticos que no está en nuestras manos modificar, los planes futuros deben considerar el hecho de que deben responder a las necesidades de mucho más personas que el estrecho grupo definido como “el enfermo mental” (Cordero Allaray, 1998).

En Chile se han visto avances importantes en lo que respecta a la Salud Mental, cambios que han significado disponer desde el año 2001 de un nuevo Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos y de una Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, existen aún muchas limitaciones en la protección de los derechos de estas personas debido a las restricciones que impone el Código Sanitario. Chile es uno de los pocos países del mundo que no dispone de una legislación específica en Salud Mental (Ministerio de Salud, 2006).

Es así que, se estima que a fines del año 2009, según lo planteado por Poves Oñate, la red pública de salud cuenta con:

Atención de trastornos mentales e incorporación de psicólogos en la totalidad de los establecimientos de atención primaria, además de contar con:

- 63 Centros de Salud Mental Comunitaria y 83 Unidades de Psiquiatría Ambulatoria
- 46 Hospitales de Día con un total de 760 plazas,

- 24 Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales con un total de 845 camas
- 107 Hogares Protegidos con un total de 794 plazas, 49 Residencias Protegidas con 450 plazas en total

Como forma de hacer frente a este surgimiento en la mayor cantidad de personas que padecen enfermedades mentales, se han ideado nuevas formas para intervenir estas problemáticas, siendo el más significativo el paso del modelo de atención biomédico al modelo de atención comunitario en salud y por ende en salud mental “La Reforma de la Salud ha introducido cambios radicales en el Sistema de Salud Chileno. En su esencia, reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutiva y respetuosa” (Servicio de Salud Ñuble, 2014).

3.2.3 El Nuevo modelo de atención en salud

Las personas con enfermedades mentales graves (EMG) han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados manicomios) habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente, gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc., produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con EMG que han permitido avanzar en un profundo

proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo (Aguilar, 2003). Es así como con el paso del tiempo se ha producido un cambio de mentalidad, específicamente en la forma de abordar los tratamientos que requieren las personas con alguna enfermedad mental.

El sistema de salud en Chile ha experimentado importantes cambios, desde los años 1990 se introducen innovaciones técnicas, administrativas y financieras, que apuntan a transformar los Consultorios en Centros de Salud Familiar; este cambio pretende poner la salud al alcance de las personas, un sistema que responda a sus necesidades, con un enfoque integral en relación al proceso de salud – enfermedad, orientado a la familia, la comunidad y con mayor énfasis en la promoción y la prevención, sin descuidar la recuperación (Cortés, Lerma, & Araya, 2004).

El perfil epidemiológico y la transición demográfica introducen exigencias que de acuerdo a experiencias internacionales puede resolver la reforma, a través de un cambio de modelo de atención. La sustentabilidad técnica y financiera de este nuevo sistema, así como el cumplimiento de los objetivos sanitarios que el gobierno ha propuesto, requiere de importantes transformaciones en el modelo de atención, en las entidades que proveen dichos servicios y en la cultura de los usuarios (Cortés, Lerma, & Araya, 2004).

El modelo de atención tradicional en salud progresivamente entró en crisis, el paradigma del proceso de salud enfermedad, en su visión causa efecto de la enfermedad no responde a las necesidades de salud de la población, los costos en medicamentos y en tecnología se incrementan cada vez más y la demanda social ejerce presión haciendo colapsar el modelo biomédico (Cortés, Lerma, & Araya, 2004, pp.8).

La concepción biomédica de la salud es considerada como un marco limitado para enfrentar el nuevo escenario epidemiológico, en el cual los problemas de salud se generan por una multiplicidad de factores, debiendo considerarse para su entendimiento, variables no sólo de índole biológico sino también de carácter

psíquico – social – cultural y ambiental. En este contexto se hace necesario introducir nuevos elementos en el enfoque integral de salud, incorporando la visión de familia, los componentes psicológicos que interfieren las relaciones interpersonales, la promoción, la participación social y el trabajo intersectorial para interpretar una realidad cada vez más compleja (Cortés, Lerma, & Araya, 2004).

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario ha sido definido como Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se sitúa a las personas (usuarios/as) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los(las) usuarios(as), orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008).

El modelo integral se basa en que los equipos de salud asumen el cuidado de la salud de una población a cargo, en un trabajo colaborativo y de corresponsabilidad con ellos, esto a través de la sectorización que se ha implementado dentro de los servicios de salud. Ello implica contacto cercano y permanente del equipo de cabecera y/o tratante, con dicha población y en todo el ciclo vital, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en una red articulada de servicios. Esta visión impone exigencias a los equipos con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad sociocultural, de género y los determinantes sociales de la salud en las distintas comunidades y territorios (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008).

Hay que destacar el hecho de que al ser considerado este modelo como comunitario, el mismo presenta ciertas características que deben ser abordadas y consideradas antes de ser ejecutadas (Larban Vera, 2010). Algunas de ellas son:

- Público. Sin excluir la participación privada, pero con garantías y control desde lo público.
- Comunitario. De y en la comunidad y para, la comunidad. Participación de la comunidad, a través de las asociaciones de afectados y sus familiares en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales.
- Racional. Respuesta a las necesidades de los usuarios y NO en función de una oferta de servicios.
- Atención integral. Bio-psico-social. Equipos multiprofesionales e interdisciplinarios.
- Prestaciones terapéuticas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras (variedad de prestaciones y orientaciones terapéuticas reconocidas científicamente y con profesionales debidamente formados y acreditados por sociedades científicas).

Este nuevo modelo de atención, ha incluido en sus ejes de intervención, el trabajo multidisciplinario que deben llevar a cabo en conjunto los profesionales que intervienen en esta área. El trabajo interdisciplinario permite una visión global de las circunstancias de la persona y posibilita una planificación conjunta de la intervención, lo cual conlleva un abordaje multidisciplinario, por lo tanto, la intervención del (de la) Trabajador(as) Social debe estar integrada en los equipos de Salud Mental (Aroca Fons & Arocas Estellés, s/f).

Es importante destacar que, este modelo considera el hecho de que una buena atención en Salud Mental no depende solamente de la cantidad de recursos disponibles, sino también de su diversidad y calidad. Esto implica equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que den respuesta a la complejidad bio-

psicosocial del ser humano, que estos equipos sean suficientes y bien formados en cuanto a calidad y variedad (profesionales y escuelas o modelos teórico-prácticos de intervención). Es también muy importante que estos profesionales y equipos estén receptivos y disponibles para implicarse en la necesidad de cambio y aprendizaje continuados que supone un trabajo como el nuestro (Larban Vera, 2010).

El doctor chileno Martín Cordero en 1990 tratando de formular una filosofía general y un plan amplio para los servicios de Salud Mental, a través de sus investigaciones y seminarios sobre el tema define un modelo con el cual se puede caracterizar el problema de Salud Mental como un objeto sólido que pesa sobre el individuo y lo fuerza a descender, este es el denominado Modelo Gravitacional en Salud Mental. Con este plantea que la tarea de los equipos multidisciplinarios es prevenir mediante el uso de redes de seguridad de complejidad y resistencia crecientes que la persona impulsada por el peso que produce la enfermedad mental toque tierra.

En este modelo, la protección más poderosa se encuentra muy cerca del suelo y su objetivo se dirige solamente a aquellos con los problemas más "pesados".

A veces, debido a que el peso de un problema va en aumento, el individuo cae desde un nivel de servicio al siguiente, porque el previo no es capaz de sujetar el peso y dar apoyo. Sin embargo, es importante reconocer que a veces el problema se presentará súbitamente con un peso máximo y el individuo caerá entonces a través de varios niveles de "cuidado" antes de ser finalmente contenido por una red lo suficientemente sólida y resistente de los servicios. Si llevamos nuestro modelo al límite de la imaginación, el camino a la "recuperación" puede visualizarse como una ascensión hasta el punto en que el individuo puede auto-soportarse (Cordero Allaray, 1998, pp.11).

El modelo gravitacional propuesto por el Doctor Martín Cordero, se sitúa como elemento de gran importancia para la presente investigación, puesto que, sus

principios apuntan a mantener un equilibrio emocional de los usuarios de las Unidades de Salud Mental; equilibrio que busca alcanzar el (la) Trabajador(a) Social en conjunto con otros profesionales, a través de las diferentes intervenciones que planifican y ejecutan.

3.2.4 Trabajo Social en Salud

Con la incorporación del nuevo modelo de atención en salud, el(la) Trabajador(a) Social ha podido integrarse de mejor manera en esta área de intervención. Por lo demás cabe destacar que dentro del campo de la salud mental o en cualquiera de los campos de actuación del Servicio Social, la incorporación de éste no ha sido por obra de alguna generosa invitación, o por haber conformado el campo desde sus inicios (tal vez en algunos casos se podría discutir), sino por la necesidad que ese campo tiene de integrar lo que el Servicio Social **“sabe hacer”** y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en él. O sea que en la actualidad el campo se constituye como tal con la necesaria participación del Servicio Social (Aroca Fons, & Arocas Estellés, s/f).

El modelo de atención en salud implementado en Chile, entre sus características principales, se encuentra el realizar un trabajo dentro de los equipos de salud de carácter integral, familiar y comunitario, por lo que, se hace necesario que los profesionales de las diferentes áreas de intervención, realicen un trabajo interdisciplinario. El trabajo interdisciplinario permite una visión global de las circunstancias de la persona y posibilita una planificación conjunta de la intervención, lo cual conlleva un abordaje multidisciplinario, por lo tanto, la intervención del (de la) Trabajador(a) Social debe estar integrada en los equipos de salud mental. El(la) Trabajador(a) Social forma parte del equipo interdisciplinario y como miembro de éste planifica y evalúa, conjuntamente con el resto de los componentes del equipo, el trabajo a todos los niveles, integrando las aportaciones de los diferentes profesionales. Además de la coordinación interinstitucional ha de coordinarse con los demás dispositivos sanitarios y con los recursos sociales, educativos y jurídicos que se encuentran en la comunidad (Aroca Fons, & Arocas Estellés, s/f).

En cuanto al rol que desempeña en el equipo de atención en salud mental al (a la) Trabajador(a) Social, según lo planteado por Pellegrero, 1992, citado en Garcés, (2010), se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales. En concreto, los (las) Trabajadores(as) sociales, por su parte, son los que “mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias” Guimon, 2002 citado en Garcés Trullenque, (2010). Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los (as) usuarios(as) y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados (Garcés Trullenque, 2010).

Bonilla, Curvelo, Jiménez, Torres, & Umba, (2005) plantean algunos de los objetivos que tiene el (la) Trabajador(a) Social en las Unidades de Salud Mental:

Generales:

- Identificar y atender la problemática social del paciente y de su familia, prestando especial atención a las situaciones de riesgo social.
- Informar, asesorar y orientar al paciente y a su familia, sobre los recursos socio-sanitarios existentes, facilitando el acceso a los mismos.
- Desarrollar actividades de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción social desde una dimensión social y comunitaria.

Dentro de las actividades específicas que realiza el(la) Trabajador(a) Social en las Unidades de Salud Mental se encuentra el trabajo con grupos la cual está orientada a favorecer la relación entre usuarios(as), familiares y otros miembros de la comunidad. La intervención se realizará a nivel preventivo, asistencial y terapéutico (Aroca Fons, & Arocas Estellés, s/f).

De acuerdo a la finalidad que tienen los diferentes grupos, es que se pueden clasificar en tres:

- Grupos de psicoeducación familiar: se conciben como un entorno de aprendizaje y facilitación en la educación de las familias; formándolas, orientándolas y

asesorándolas. Se pretende apoyar y ayudar a que las familias aumenten su nivel de competencias, que potencien sus capacidades específicas y adquieran estrategias específicas para afrontar su propio desarrollo y evolución.

- Grupos de ayuda mutua: espacio destinado a posibilitar el contacto entre familias afectadas por la enfermedad mental, generando un clima de soporte emocional entre las mismas.

- Talleres de Rehabilitación Psicosocial: orientación laboral, integración en recursos comunitarios, ocio y tiempo libre, orientación en recursos sociales.

Generar nuevas estrategias de intervención en salud ha permitido el aumento de grupos socio terapéuticos los cuales se utilizan desde el Trabajo Social para tratar aquellos aspectos que conflictúan y producen sufrimiento a las personas, o les impide desarrollar sus capacidades, afectos, relaciones y responsabilidades sociales (Rossell, 1998).

Una de las metodologías de Trabajo a la hora de intervenir es lo que plantea Paulo Freire a través de la Educación Popular, ya que, este plantea que una intervención o como él lo llamaría una educación, es comunicación, es diálogo y en ese sentido, en el proceso de adquisición de un conocimiento, no puede romperse la relación pensamiento-lenguaje-contexto o realidad, infiriéndose que en este evento no se trata de la transferencia de un saber, sino de un encuentro de interlocutores que aprenden juntos y que juntos buscan la significación de los significados (López, 2001).

Según lo planteado por López en 2001 en su ponencia, hace referencia a que una educación liberadora (como lo denomina Freire) promueve el diálogo, a través de la palabra, como lo fundamental para realizar el acto cognoscente, despierta la creatividad y la crítica reflexiva en el educando, refuerza el carácter histórico del hombre, promueve el cambio y la lucha por la emancipación, fortalece el humanismo y la capacidad para dar respuesta a los desafíos de la realidad. Esta forma de intervenir que se propone se relaciona con el trabajo que desarrolla un(a) profesional

Trabajador(a) Social, el cual debe o debiese promover la integración y rehabilitación, en el caso de usuarios(as) con enfermedades de Salud Mental, de forma conjunta entre el(la) profesional y el(la) usuario(a) potenciando las habilidades que cada persona posee a fin de generar un empoderamiento en ellos.

El Trabajador Social que opta por cambio no teme a la libertad, no prescribe, no manipula; no huye de la comunicación, por el contrario, o la busca, o más que la busca, la vive. Todo su esfuerzo, de carácter humanista, se centra en el sentido de la desmitificación del mundo, de la desmitificación de la realidad. Ve en los hombres con quienes-jamás “sobre” o quienes o contra quienes-trabaja, personas y no “cosas”; sujetos y no objetos (Freire, 1969, pp.32).

Si la participación en grupo es enriquecedora para cualquier individuo, para los usuarios(as) con enfermedad mental grave es además rehabilitadora, e indispensable en su proceso de adaptación a la manera de vivir con la enfermedad. El grupo proporciona y favorece la participación en la vida social y contribuye a reducir la tendencia al aislamiento (Alonso Salgado, 2014).

En general, los(las) usuarios (as) de las Unidades de salud mental, participantes de estos grupos, valoran la posibilidad de poder expresar sus opiniones, sus inquietudes y hasta sus delirios, normalizando, en cierta medida, los discursos y la sintomatología que supone la enfermedad mental. Sus relaciones con el entorno social, externas al Centro de Salud Mental, son muy escasas, quedando casi reducidas a su circuito terapéutico, a los profesionales de referencia de salud: mental o primaria, y de los servicios sociales. Así, fuera del contexto profesional, la vida social se reduce casi exclusivamente a los familiares más cercanos; el potenciar el trabajo en grupo y las relaciones sociales entre iguales supone, en la mayor parte de los casos, un enriquecimiento en su vida social y relacional (Alonso Salgado, 2014). Por lo demás, una participación activa en el propio proceso terapéutico contribuye a la lucha contra los estereotipos culturales sobre la discapacidad del enfermo mental, en la que estamos todos inmersos: pacientes, profesionales y el

entorno social; ya que todos somos y estamos sumidos en la misma cultura que estigmatiza la enfermedad mental.

La participación a un grupo se ofrece a personas que tienen una situación, un problema o un interés común, para que, a través del grupo y con la ayuda de un profesional, en este caso un(a) Trabajador(a) Social, puedan conseguir mejorar su situación personal, y puedan también aumentar la capacidad para modificar aspectos sociales que consideran negativos o mejorables (Rossell, 1998). La historicidad para el Trabajo Social significa introducir a estas personas dentro de un sistema de pertenencia social, familiar, cultural, institucional, de relaciones desde donde la persona es resignificada (Alonso Salgado, 2014).

En España el año 2010, se realizó un estudio sobre las intervenciones grupales en el área de Salud Mental, uno de los cuales se llevó a cabo con una muestra de 13 mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad, que acuden al Centro de Salud Mental CSM-Aranjuez, en la ciudad de Madrid, obteniéndose como resultado: Del total de las 13 pacientes, 9 han recibido tras la conclusión del grupo el alta por mejoría (69.2%), 1 ha abandonado (7.7%) tras la cuarta sesión y 3 siguen acudiendo a las citas programadas (23.1%). No se han detectado recaídas en las 9 primeras durante un año después de la conclusión de las sesiones grupales, tomando como criterio de recaída acudir de nuevo a consulta. De las 3 pacientes que continúan necesitando tratamiento psicológico tras un año del fin del grupo terapéutico programado, destaca en una de ellas la comorbilidad con un trastorno de la esfera depresiva (distimia) y en otra, acontecimientos vitales estresantes posteriores a la finalización del grupo que actuaron como desencadenantes de un episodio ansioso – depresivo posterior (Poves Oñate, et.al, 2010).

Concluyéndose en el mismo estudio realizado por Poves Oñate, et.al (2010) que, el encuadre grupal favorece la percepción de sus propias dificultades al ser expresadas por otra persona con la que no mantienen vinculación emocional lo que les va a permitir comprenderse mejor. Otra consecuencia directa del abordaje en grupo de esta patología consiste en afrontar situaciones sociales probablemente

alejadas, dadas las conductas evitativas que aparecen. Por otro lado, el apoyo social favorece una mejoría en el estado de ánimo, el que en muchas ocasiones está muy disminuido por la incomprensión que perciben por parte de sus personas cercanas y la sociedad.

Knopola, 1963 citado en Rossell, (1998). pp.81 definió el Trabajo Social de grupo como “un método de Trabajo Social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo y de comunidad”.

3.2.5 Sistematización en Trabajo Social

El Trabajo Social debe ser, sin lugar a dudas, la disciplina que mayor práctica tiene en el contexto de las Ciencias Sociales. Ella ha producido una gran acumulación de información que duerme en los archivos de las instituciones o ha ido a parar a un basural. Es decir, ha generado poco conocimiento comunicable e intercambiable (Kisnerman & Mustieles, 1997).

Es aquí en donde nace la reflexión sobre lo importante de rescatar las prácticas llevadas a cabo por los(as) profesionales del Trabajo Social, a través, del análisis y reflexión de las mismas a fin de mejorar intervenciones futuras. Este análisis de experiencias se denomina sistematización, término que es definido según Kisnerman como el “Procedimiento y conjunto de operaciones que ordena, describe, articula y recupera el desarrollo de una experiencia práctica, conectando los datos empíricos que en ella se obtienen con una determinada teoría.”(Kisnerman, 1997, pp.13).

Otros autores definen la sistematización como:

Un esfuerzo analítico que implica mirar la práctica con una cierta distancia, reflexionarla, hacerse preguntas en torno a ella, no haciendo obvias las actividades cotidianas. Es distinguir, a nivel teórico, lo que en la práctica se da sin distinciones dentro de un todo;

es buscar relaciones que hay en lo que hacemos y es, el desafío de construir nuevas propuestas (Sánchez, 1989, pp.28).

El núcleo central de la sistematización está dado por el proceso de análisis, ya que, demanda la incorporación de los componentes contextuales, teóricos conceptuales y de la propia experiencia, en un corpus integrado capaz de develar los aprendizajes y nuevas comprensiones de la realidad social que emergen desde la práctica (Castañeda , 2014).

A través de este análisis se intenta tomar consciencia de lo realizado, de las transformaciones que ha tenido el proyecto y definir así nuevas líneas de acción (FLACSO, 1984).

En la actualidad se evidencia una clara falta de sistematización de las prácticas realizadas por los(as) profesionales del Trabajo Social. Se evidencia un bajo número de bibliografía publicada correspondiente a experiencias correctamente sistematizadas, por lo que en este sentido, los(as) Trabajadores(as) Sociales siguen siendo “un banco desestructurado de datos”. Es por esto que se hace necesaria la sistematización, y porque resulta ser un proceso imprescindible, en toda práctica social, puesto que, según lo señalado por Kisnerman y Mustieles, (1997) nos facilita:

- Mejorar nuestra propia práctica profesional, a partir de lo que ella misma nos enseña; con esto podemos evitar caer una y otra vez en los mismos errores.
- Acercar nuestra práctica, la reflexión y el aprendizaje que de ella se desprenden, a otros profesionales ya que, no podemos transmitir lo que no ordenamos lógicamente.

En el informe de la Cepep, (2010) se evidencian los enemigos de la sistematización, los cuales son necesarios identificar en nuestras realidades para tenerlos presentes y oportunamente combatirlos para superarlos a continuación se presentan algunos de ellos:

- Desconocimiento de la Sistematización de Experiencias como método y su utilidad como estrategia de aprendizaje desde la experiencia.
- Falta de tiempo para investigar y producir, que por lo general es consecuencia de la insuficiente organización, disciplina y planificación de los actores involucrados en experiencias y proyectos.
- Creer que lo que hacemos no es útil y no le interesa a los demás, es necesario valorar lo que hacemos con sus logros y fracasos, en todo caso debemos verlo siempre como experiencias, en el entendido que toda experiencia es fuente de conocimientos.
- No registrar sistemáticamente lo que hacemos, es necesario crearnos el hábito de registrar lo que hacemos como actores en diferentes espacios sociales, puesto que, todo lo que hagamos tiene que tener un sentido.

3.3 Marco teórico

3.3.1 Interaccionismo Simbólico

Una de las teorías más importantes que sustentan a la investigación cualitativa es el Interaccionismo simbólico, en el cual la naturaleza de la interacción entre el individuo y la sociedad reviste un papel esencial. La interacción es la unidad de estudio. Se basa en el análisis de la vida cotidiana. Atribuye una importancia principal a los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea (Rivera, 2006). Como es sabido la interacción entre personas y grupos se dan cotidianamente, sin embargo, lo marca la diferencia entre una interacción y otra es los significados que se le atribuyen a los símbolos expresados durante este proceso.

La interacción simbólica, se concentra en el análisis de la relación “cara a cara” que ocurre entre las personas cuando éstas se comunican entre ellas, por lo que es importante analizar los símbolos que se presentan durante este proceso. El interaccionismo simbólico apunta al significado subjetivo de los actos humanos y al proceso a través del cual los individuos desarrollan y comunican intenciones o elementos compartidos, y al desarrollo del concepto que las personas tienen de sí mismas – el yo- (Rivera, 2006). Por lo que esta corriente no solo se enfoca en lo que el receptor de un mensaje expresa, sino que también, en quien expresa el mensaje.

Ritzer en el año 2001 se refirió a los principios en los que se basa el interaccionismo simbólico los cuales son:

- 1) A diferencia de los animales inferiores, los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
- 2) La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
- 3) En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humana.
- 4) Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de una manera distintivamente humana.
- 5) Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación de la situación.
- 6) Las personas son capaces de introducir estas modificaciones y alteraciones debidas, en parte, a su capacidad para interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción, y valorar sus ventajas relativas para luego elegir uno.
- 7) Las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.

Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse a las cosas a su paso. Esto conduce al

desarrollo de un esquema analítico de la sociedad y el comportamiento humano (Blumer, 1982). Es así como es de vital importancia conocer

En el interaccionismo el significado es fruto del proceso entre los individuos. El significado que una cosa encierra para una persona es el resultado de la interacción de otras personas en relación a dicho objeto (Blumer, 1982).

El interaccionismo simbólico descansa según Blumer citado en Álvarez-Gayou (2005), tres premisas:

- 1) Los seres humanos actúan respecto de las cosas basándose en los significados que éstas tienen para ellos.
- 2) Los significados de tales cosas derivan de la interacción que la persona tiene con otros seres humanos.
- 3) Los significados son manejados o modificados por medio de un proceso interpretativo que la persona pone en juego cuando establece contacto con las cosas.

Puesto que, este paradigma busca un conocimiento verificable de la vida de los grupos humanos, de la conducta humana y de las interacciones que se producen entre personas y grupos, es que fundamenta la investigación propuesta, ya que, ésta al buscar describir el quehacer profesional de los(as) Trabajadores(as) Sociales con grupos en el área de salud mental, se indaga en los significados que estos grupos tienen para los(as) profesionales entrevistadas, así como en la importancia y significado que estas profesionales consideran que le atribuyen los propios usuarios(as) participantes de estos grupos.

Otro de los puntos importantes que busca conocer y describir esta investigación son las interacciones entre sus miembros y también las actividades que se realizan dentro del grupo, es por esto que se indaga en los roles que tienen las Trabajadoras Sociales entrevistadas, puesto que, estos influyen en las interacciones que se producen al interior del grupo.

Finalmente el interaccionismo simbólico según lo planteado por Blumer, citado en Álvarez-Gayou (2005), para alcanzar ese conocimiento verificable que se pretende, se debe explorar y tener un acercamiento a la realidad que se estudia y la cual se desconoce en un principio, este acercamiento, permitirá llegar a una comprensión clara del problema o realidad que se pretende estudiar, es por esto, que esta investigación toma como elemento central a las Trabajadoras Sociales que han realizado un trabajo con grupos de usuarios en el área de salud mental, ya que, a través de éstas que son protagonistas de esta realidad particular, se podrá conocer y describir la misma, a través de sus propias experiencias y significados.

3.3.1 Trabajo Social y la intervención en grupos.

Esta investigación busca describir el quehacer profesional de los(as) Trabajadores(as) Sociales en la conformación y trabajo con grupo, por lo que, conocer y comprender el Trabajo Social de Grupo a través de sus bases teóricas es fundamental para el estudio del mismo.

El método de grupo surgió de los movimientos de educación informal recreación y trabajo con la juventud que florecieron en Inglaterra en el siglo XIX. Aunque el Trabajo Social con Grupos no empezó a cobrar un carácter profesional hasta el siglo XX.

Resnik citada en Ander-Egg (1997), señala cinco grandes etapas (hasta los años setenta) la evolución del método de Trabajo Social de Grupo:

- Decenio de los veinte: después de varias décadas de trabajo con grupos, en estos años se realiza los primeros estudios sobre este modo de intervención social.
- Decenio de los treinta: el Trabajo Social de grupo es aceptado como método específico y autónomo de la profesión básicamente como respuesta a los

problemas de soledad derivados del tejido social producido por el rápido crecimiento industrial y el proceso de urbanización.

- Decenio de los cuarenta: periodo de síntesis en que el Trabajo Social de Grupo adquiere perfil propio. Se publican cuatro obras clásicas sobre el tema; todas ellas en 1949.
- Decenio de los cincuenta: expansión de las prácticas en varias direcciones. Se publica el libro de Gisela Konopka, social group work: a helping process, publicado en español con el título de Trabajo Social de Grupo, una obra que se considera clásica dentro del Trabajo Social del grupo.
- Década de los sesenta: aparece el Trabajo Social de Grupo como modelo de tratamiento. Uno de los hechos más significativos ha sido la elaboración de un “Marco de referencia para el trabajo social de grupo”, elaborado entre los años 1959 y 1963 por el National Group Work Practice Committee, de la NASW de Estados Unidos. En este documento se resumieron los cinco tipos de propósitos por los que se emplea el Trabajo Social de Grupo: propósitos correctivos, preventivos, fomento del crecimiento social normal, el crecimiento personal y la responsabilidad y participación ciudadana.
- La década de los setenta a los noventa: si consideramos la evolución del Trabajo Social de Grupo a partir de los años setenta, en líneas generales podría firmarse que este método de Trabajo Social se ha consolidado con una gran variedad de propósitos. Señalamos algunos:
 - Rehabilitación, para recuperar capacidades u orientar comportamientos.
 - Educativa/correctiva, para ayudar a personas con problemas de conducta.
 - Socialización, en el sentido de adquirir valores y modos de ser útiles para la vida en sociedad.

- Terapéutica/educativa.
- Prevención, para anticipar problemas antes de que ocurran.
- Promocional, para que la gente a través de una acción conjunta, como es la tarea de grupo, actúe para cambiar su medio y entorno social.

La importancia del Método del Trabajo Social en Grupo radica en su contribución al mejoramiento de las condiciones desfavorables de los individuos, ya sea a nivel personal o social, y sobre las cuales es necesario ejercer intervenciones por medio de grupos dirigidos a aliviar las situaciones problema.

El nacimiento del grupo surge como una alternativa y estrategia a una demanda de insatisfacción individual, común y generalizada. Demanda sobre todo referida a las quejas en las relaciones de convivencia y a la insatisfacción por las escasas medidas de apoyo del sistema, social, laboral, político, de pensiones y ayudas económicas, así como de soportes sociales en vivienda y, en general, por todo lo referente al sufrimiento social que arrastra el trastorno mental crónico (Alonso Salgado, 2014, pp.225).

Kisnerman, (1990) retomando a Robert Vinter, identifica tres concepciones básicas de grupo:

- 1) La participación social.
- 2) La socialización y el desarrollo personal.
- 3) El tratamiento de problemas personales y sociales.

Existen variadas definiciones de Trabajo Social de Grupo, una de ellas es:

Una manera en la que se prestan servicios a individuos, dentro y a través de pequeños grupos, con el fin de introducir cambios entre

los miembros que lo integran. Los grupos se utilizan en forma amplia para solucionar problemas o realizar metas y fines en común. El grupo se constituye en un pequeño sistema social cuyas influencias pueden planearse y guiarse para modificar la conducta de sus participantes o problemáticas experimentadas por el colectivo (Konopka, 1973, pp.97).

Con respecto a los principios básicos del Trabajo Social con grupos según Kisnerman, (1990) son los siguientes:

- Aceptación auténtica de cada miembro.
- Establecer una relación intencionada de ayuda.
- Estimular relaciones positivas y cooperativas en el grupo.
- Flexibilidad apropiada en el proceso de grupo.
- Capacitar a los miembros para que se desenvuelvan en el proceso de resolución de sus problemas.
- Ofrecer oportunidades para experiencias nuevas y diferentes que faciliten la autorrealización del grupo.
- Evaluar permanentemente el proceso y el progreso de los miembros del grupo y del asistente social de grupo.
- Uso cálido, humano y disciplinado de sí mismo por parte del TSG.

Los grupos, como las personas, tienen una vida a través de la cual se organizan para cumplir sus objetivos, es así como existen diversas etapas por las que atraviesan los grupos y que Tschorne, (1990) las clasifica en cinco:

- **1° Etapa:** Inclusión y seguridad en la situación o formación

En ella los miembros tratan de satisfacer su necesidad de inclusión.

- **2° Etapa:** Estructuración

Aquí se percibe la necesidad de una estructura. Se definen las responsabilidades. Se toman decisiones. Se analiza el liderazgo y el poder. Se generan las reglas y normas del grupo.

- **3° Etapa:** Desarrollo de la participación y afecto

Aquí se consolidan la participación y lazos afectivos entre los miembros. Se establece la cohesión y la unión entre los participantes.

- **4° Etapa:** Autorregulación del funcionamiento del grupo

El grupo modifica, si hace falta, su propia situación. Actúa y reflexiona sobre la acción, y cumple las metas.

- **5° Etapa:** Disolución del grupo

Los grupos tienen por lo general una vida limitada. Su disolución puede deberse a: un fracaso por falta de miembros, falta de apoyo institucional o económico.; al cumplimiento de las metas; a su planificación inicial; o al cambio de miembros.

El (la) Trabajador(a) Social interviene en el grupo de acuerdo con fines específicos que se establecen según las necesidades, intereses y actitudes de los miembros. La interacción del (de la) Trabajador(a) Social es con el grupo; su participación debe ser activa, informal y dinámica (Bonilla, Curvelo, Jiménez, Torres, & Umba, 2005).

De acuerdo a los fines específicos de los grupos Kisnermam, (1990) los clasifica en tres:

- Grupos orientados al tratamiento.
- Grupos orientados al crecimiento.
- Grupos orientados hacia la acción social.

Con respecto a la finalidad, el grupo en Trabajo Social según lo planteado por Tschorne (1990), no tiene por finalidad ser un grupo terapéutico ni cumplir con todas las etapas por las que atraviesa un grupo de este tipo. Sin embargo, el mero hecho de trabajar en grupo tiene muchas veces un efecto que se podría llamar terapéutico sobre algunos de sus miembros e incluso el grupo mismo pasa por etapas semejantes.

Para el(la) Trabajador(a) social, el análisis de un grupo implica el estudio de una realidad, compleja y cambiante. Los grupos están presentes siempre en nuestra práctica, principalmente en las intervenciones colectivas. Los grupos con los que está en contacto el(la) Trabajador(a) Social son muy diversos, equipos de trabajo, grupos psicoterapéuticos, grupos formales, etc. (De Robertis, Pascal, 2007). Debido a la diversidad de grupos existentes, es necesario que el(la) Trabajador(a) social, sea un ente capaz de adaptarse a las particularidades de cada grupo, así como considerar la dinámica grupal que cada uno presenta, Lewin 1959 citado en Tschorne (1990) **PAGINA libro biblioteca**, entiende por dinámica de grupos “los distintos fenómenos que se producen en la vida de los grupos. El grupo constituye un ente dinámico y cambiante, pues los elementos que lo componen no son estáticos, sino que están permanentemente en movimiento o en proceso de cambio”.

Tschorne, (1990) propone ciertas funciones del (de la) Trabajador(a) Social en el grupo

- Sensibilizar y motivar a las personas.
- Ayudar a formular objetivos concretos, cuantificables y coherentes.
- Establecer marcos referenciales para facilitar el trabajo grupal.
- Facilitar la participación.
- Proponer métodos de participación.
- Ayudar a asumir responsabilidades.

- Lograr que el grupo se autogestione.
- Recordar los progresos del grupo, mediante el refuerzo de las intervenciones individuales.
- Utilizar adecuadamente las preguntas y las técnicas de dinámica grupal.
- Lograr que los integrantes del grupo se constituyan en agentes de movilización dentro de su contexto social y que, a la vez, movilicen a otros ciudadanos a participar en actividades comunitarias.

En el caso de Salud Mental, los grupos se conforman con una unión de individualidades con diferentes niveles de conciencia de enfermedad, y niveles culturales, peculiaridades, etc., que comparten un espacio común, acompañados y reconducidos por un(a) Trabajador (a) Social cuya tarea primordial es conseguir la participación y el respeto de todos y de todas las opiniones; el reconocimiento de las singularidades; la aceptación de las dificultades de comunicación y el poder compartir la presión social que supone, especialmente para algunos participantes, un diagnóstico de enfermedad mental crónica (Martínez López, 2012).

3.3.2 La Teoría de los Roles

La sociedad está conformada por un conjunto de personas, los(as) cuales tienen personalidades, pensamientos y capacidades distintas, esto hace que cada uno(a) busque diferentes metas a lo largo de su vida. También cabe señalar que estas personas constituyen instituciones, organizaciones, familias, grupos, dentro de los cuales cada uno(a) desempeña un rol distinto, que contribuye al buen funcionamiento de la sociedad en general.

Para el desarrollo de la presente investigación el enfoque está puesto en la Teoría de los Roles, que en principio se refiere al conjunto de pautas de conductas asociadas a un actor social, como los papeles que representa en virtud de la posición relativa que ocupa en un determinado contexto (Pelegri, 2006). Por lo tanto, el rol

que tenga una persona estará influenciado por las normas que posean el grupo, sociedad o comunidad a la cual pertenece.

Según Sarbin citado en Sheehan (1970), todas las sociedades se dividen en grupos y, a su vez, estos grupos están estructurados en posiciones, estatus o cargos. La posiciones como un sistema de expectativas del rol. Los roles se definen en términos de las acciones que ejercen las personas para ratificar la posición que ocupan. Por lo tanto, al momento de hablar sobre grupos no podemos abandonar los términos anteriormente señalados, cobrando una gran relevancia para entender los fines perseguidos por esta investigación.

Al aprender un rol, nos adecuamos a lo que esperan de nosotros. A medida que el rol se vaya adecuando a las expectativas de esos “otros”, se irá aprendiendo el rol (Herricko, 2006).

Al entender el comportamiento en un sentido teórico del rol, Sarbin citado en Sheehan (1970) propuso tres variables principales:

- 1) La precisión o la validez de la percepción del rol, es decir, cuán bien la persona ubica su posición con respecto a la otra.
- 2) La habilidad para representar un rol, en otras palabras, la efectividad de una persona para desarrollar sistemas de acciones o representar roles relacionados con posiciones.
- 3) La organización del sí mismo, es decir, cómo una persona se ve a sí misma, su autoconcepto.

Las variables anteriormente mencionadas permiten visibilizar la importancia que tiene el tener claro cuál es el rol o roles que desempeña una persona dentro de un grupo, ya que esto permitirá realizar un trabajo en conjunto, el cual llevará a que el grupo pueda sobrevivir en el tiempo.

El (la) Trabajador(a) Social también desempeña distintos roles en la comunidad, en una organización y/o en un grupo. “Ya no sirve, pues, entender exclusivamente el rol (el singular) del(de la) Trabajador(a) Social de forma genérica, uniforme, tópica y reduccionista, sino que hay que empezar a integrar a nuestro imaginario profesional colectivo una pluralidad de roles” (Pelegrì, 2006, pp.18). Esto nos da a conocer que el rol que desempeña el(la) Trabajador(a) Social puede ser múltiple y variado, el que será definido dependiendo del área en la cual esté inserto el profesional y de cuáles sean las normas que estén impuestas en el lugar de desempeño.

El Rol del (la) Trabajador (a) dentro de una Agrupación

Como se mencionó anteriormente el(la) Trabajador(a) Social cumple variados roles dentro de un grupo, según Villegas 1993 plantea que existen tres roles básicos que se espera que desempeñe:

- 1.- Ante todo, la labor de consulta, que el(la) Trabajador(a) Social realiza ofreciendo información y consejos, teniendo siempre presente la situación que vive el grupo, el tipo de clientes a que presta sus servicios y las alternativas existentes para el desarrollo de planes eficaces de acción.
- 2.- Es también importante la tarea de facilitación de las actividades del grupo y de los procesos que se viven en él. En esta labor puede ser eficaz la descripción del funcionamiento de otros grupos, la capacidad para centrar los problemas o proceder a su discusión y el recurso a medios apropiados para aliviar las tensiones.
3. Finalmente, esa colaboración activa se concreta en la atención permanente a la coordinación de las actividades que realizan los miembros del grupo, a fin de que se cumpla el plan previsto sin alteraciones o rupturas de ritmo provocadas por la ineficacia de los métodos o el recurso o la improvisación.

El Rol del Trabajador Social en Salud Mental

Es necesario mencionar que en el área de Salud Mental, también existen ciertos roles que el(la) Trabajador(a) Social tiene que llevar a cabo, para que exista un buen funcionamiento de las actividades que se desarrollan dentro de esta área. Garcés (2010) menciona algunos de los roles esenciales que puede tener el(la) Trabajador(a) Social:

- Atención directa

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud, con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de:

- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
 - ~ Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
 - ~ Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
 - ~ Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
 - ~ Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.
 - ~ Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
 - ~ Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.
 - ~ Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados.

— Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

- Coordinación

Dentro del equipo de salud mental la función que el(la) Trabajador(a) Social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad. Díaz 2002 citado en Garcés (2010).

IV) DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo Cualitativa, la cual consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además, incorpora lo que los(as) participantes dicen, sus experiencias, sus actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos(as) mismos(as) (Pérez, 2008).

4.1 Enfoque epistemológico

El enfoque epistemológico de esta investigación es fenomenológico, puesto que se enfoca en las formas en como son experimentados los diferentes fenómenos y en la forma de percibirlos, conocerlos y obtener habilidades relacionadas con ellos. También permite que a través de la investigación se logre comprender la percepción de los(as) propios Trabajadores(as) Sociales y la dinámica de la problemática

estudiada (Álvarez- Gayou, 2005). Este enfoque permite conocer la realidad social, tomando en cuenta la subjetividad de los(as) profesionales que fueron entrevistados(as).

Es necesario aclarar que, para efectos de esta investigación el enfoque fenomenológico será considerado como un método descriptivo, que toma como valiosas las vivencias de la conciencia pura.

Reeder citado en Aguirre-García y Jaramillo- Echeverri (2012) plantea que la fenomenología se interesa en las características generales de la evidencia vivida; esta es la razón por la cual debemos dirigirnos a las estructuras de una experiencia, más que a la experiencia por sí misma. Una estructura, entonces, es una característica encontrada en un campo común a varios casos o ejemplos experimentados de ella. De esta manera permitirá ver la estructura, que los(las) Trabajadores(as) Sociales, le entregan al trabajo que ellos(as) desempeñan en el grupo.

También es importante mencionar que el enfoque fenomenológico plantea que las evidencias descritas durante el proceso de investigación, no son de dominio exclusivo del sujeto, sino que son comunicables a las otras personas y éstas, a su vez, pueden compartir las suyas. El encuentro intersubjetivo permite no solo comentar lo hallado, sino clarificar o, incluso, corregir, las estructuras de evidencia que creía definitivas (Aguirre-García & Jaramillo-Echeverri, 2012).

Desde este paradigma, las preguntas de quien investiga siempre se dirigen hacia una comprensión del significado que la experiencia vivida tiene para la persona. Especialmente importante resulta que el investigador llegue con el participante sin ideas preconcebidas y abierto a recibir cuanto éste exprese (Álvarez-Gayou, 2005, pp.88).

En conclusión la fenomenología consiste en volver a los actos de conciencia a las vivencias y en analizar las estructuras de la conciencia desde su generalidad ideal, es decir, como esencias (Pérez, 2008).

4.2 Método

La presente investigación se desarrolló bajo el método descriptivo, ya que esta proporciona una respuesta a las preguntas de cómo ocurrió algo y quién estuvo involucrado, pero no del por qué sucedió algo o del por qué alguien estuvo involucrado (investigación explicativa) (Strider, 2014).

“El estudio descriptivo consiste fundamentalmente en describir un fenómeno o una situación, mediante el estudio de el mismo en una circunstancia temporoespacial determinada” (Ander-Egg, 1979), por lo que, este modelo se adhiere al perfil que presenta esta investigación ya que se entrevistó directamente a Trabajadores(as) Sociales que realicen o hayan realizado trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental.

4.3 Población y criterios de selección

- Población

El muestreo que se utilizó en la presente investigación corresponde a un “muestreo Intencional”, en donde los sujetos de la muestra no fueron elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional. En él no hay modo de estimar la probabilidad que cada elemento tiene alguna forma de ser incluido.

Todo muestreo implica fundamentalmente la decisión de qué grupo de unidades y de dimensiones uno quiere estudiar (Ruíz Olabuénaga, 1996). Es por

ello que las investigadoras definieron la siguiente población objetivo y los criterios de selección:

- Trabajadores(as) Sociales que hayan realizado o estén realizando un trabajo con grupos de usuarios(as) de las Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda de Chillán.
-
- Criterios de Selección:
 - Hombres y/o Mujeres que ejerzan la profesión de Trabajador(a) Social y que realicen o hayan realizado un trabajo con agrupaciones de usuarios(as) y/o familiares en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martin.
 - Participación voluntaria por parte de los(as) profesionales que formen parte de esta investigación.

4.4 Técnicas de Producción de Datos

Para la presente investigación se utilizó una entrevista en profundidad de tipo semi-estructurada a los(as) Trabajadores(as) Sociales que realicen o hayan realizado trabajo con grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental Hospital Clínico Herminda Martin. Esta técnica es acorde para indagar en la percepción que ellos(as) tienen sobre su rol en el trabajo con los grupos, caracterizar sus funciones dentro de éstos y conocer las metodologías de trabajo que emplean o han empleado. La entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva

del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez-Gayou, 2005).

La entrevista se puede definir como una conversación intencionada, en donde dos personas o más entran a formar parte en una situación de conversación formal, orientada a objetivos específicos. El recurso más importante en la entrevista son las preguntas. De aquí que sea preciso delimitar el tipo y contenido de las preguntas a formular (Pérez, 2008). Cabe mencionar que para desarrollar esta investigación, se elaboró una pauta de entrevista semi-estructurada, con un total de 18¹ preguntas.

Todas las preguntas deben reunir las características mínimas de adecuación al problema de investigación, claridad, precisión y no estar cargadas de valoración del entrevistador. La utilización de la información recogida obliga a una actitud ética profesional, de gran cuidado en la difusión de los datos, según la naturaleza del problema (Pérez, 2008).

La entrevista implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente. Comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados, en el que influyen decisivamente las características personales (biológicas, culturales, sociales, conductuales) del entrevistador lo mismo que las del entrevistado (Ruíz Olabuénaga, 1996).

4.5 Plan de Análisis de datos

El análisis de los datos, se realizó a través del método de análisis de contenido, puesto que, se indagó en mensajes y la información proporcionada por las entrevistadas. Otra de las características que acercan al análisis de contenido con el

¹ La pauta de entrevista se adjunta en apartado anexos.

paradigma cualitativo es que el examen de los datos se realiza mediante la codificación; por ésta se detectan y señalan los elementos relevantes del discurso verbal o no verbal, y a su vez éstos se agrupan en categorías de análisis (Álvarez-Gayou, 2005).

Neuendorf, 2001 citado en Álvarez- Gayou, (2005), postula algunos pasos para realizar el análisis de contenido:

- Lo primero es determinar qué contenido se estudiará y por qué es importante, obviamente esto se relaciona con la necesidad de tener un tema previo, una o varias preguntas de investigación y objetivos claramente definidos.
- En segundo lugar, deben tenerse claros los elementos que se van a buscar. Esto remite necesariamente a una guía de análisis.
- Decidir cómo definir el campo de observación de contenido.
- Dependiendo del propósito de la investigación, se debe decidir la forma de recabar la información.
- Por último, habrá que asegurarse de unificar criterios para la observación y para la codificación, en el caso de que sean varios los observadores o codificadores.

El instrumento a utilizar para realizar el análisis de contenido fue a través de categorías y subcategorías de análisis las cuales se construyeron a partir del análisis de cada una de las entrevistas desarrolladas y de los relatos de las entrevistadas.

4.6 Criterios de calidad

Credibilidad: Se logra cuando el investigador(a), a través de conversaciones prolongadas con los participantes del estudio, recolecta información que produce hallazgos y luego estos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten (Rada, 2006).

La credibilidad puede acrecentarse intermezclando continuamente las fases de recolección, de interpretación y de sistematización de los datos. Un recurso importante para lograrla es el sometimiento de las informaciones a chequeo por parte de las propias fuentes de información, de forma que se llegue a un informe pactado (Ruíz Olabuénaga, 2007).

Una de las técnicas a utilizar con respecto al criterio de la credibilidad es la triangulación de datos, lo cual implica recurrir a una variedad de fuentes de datos, de investigadores, de perspectivas (teorías) y de métodos, contrastando unos con otros para confirmar datos e interpretaciones (Ruíz Olabuénaga, 2007). En la presente investigación la triangulación se realizó una vez obtenida la información a través de las entrevistas, éstas se analizaron y se contrastaron con elementos teóricos y publicaciones respecto a la temática, lo cual permitió llegar a las conclusiones finales de la investigación desarrollada.

Transferibilidad: se refiere al grado en que los sujetos analizados son representativos del universo al cual pueden extenderse los resultados obtenidos. Este nivel de transferencia es una cuestión de grados que pueden ser evaluados, pero no debe olvidarse que la transferibilidad no es una función del número de sujetos estudiados sino de los tipos de sujetos analizados (Ruíz Olabuénaga, 2007).

Para maximizar la transferibilidad en este estudio, se realizó un **muestreo intencional**, en el cual los sujetos no fueron elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional. Aquí el investigador selecciona los(as) informantes que han de componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal, el cual en este caso fue el conocimiento de la situación o problema a investigar que poseen los sujetos (Ruíz Olabuénaga, 2007).

Saturación: “Se refiere al momento en que durante la obtención de información, esta empieza a ser igual, repetitiva o similar” (Álvarez-Gayou, 2005).

Confirmabilidad: correspondiente a la objetividad, es esencial en la investigación. Ser objetivo equivale a captar el mundo de la misma forma que lo haría alguien sin prejuicios ni llevado por intereses particulares. La investigación cualitativa por su afán de captar los fenómenos en su misma inmediatez puede perder la distancia y la perspectiva necesarias. En la presente investigación se hará una auditoría de confirmabilidad para resguardar este criterio, en donde un agente externo, en este caso la profesional guía de tesis, controla la relación existente entre los datos brutos y las deducciones e interpretaciones que el investigador interno extrae de ellos (Ruíz Olabuénaga, 2007).

4.7 Aspectos éticos

Se resguardan los principios de autonomía, justicia y beneficencia (Franca-Tarrago, 2001).

Para resguardar la veracidad de esta investigación y respetar la autonomía de los(as) participantes, se elaboró una carta informativa a modo de consentimiento informado la cual fue entregada a los(as) participantes, esta carta contenía los objetivos de la investigación, además de explicitar que la participación en la investigación era de manera voluntaria (Franca-Tarrago, 2001).

Para garantizar la validez de esta carta informativa, se resguardó el principio de autonomía de los(as) posibles participantes, pues fue de carácter voluntario y cada uno(a) de ellos(as) fue libre de decidir su participación en este estudio, así como de abandonar en cualquier momento sin que ello tenga consecuencias negativas (Franca-Tarrago, 2001).

Como última condición de esta carta informativa es que ésta posea toda la información necesaria respecto a los fines con que será usada esta información y a las características del proceso (Franca-Tarrago2001).

Otro aspecto ético que se considera es el carácter confidencial que tuvo la participación de los(as) profesionales en la investigación (Franca-Tarrago, 2001). La información proporcionada solo tendrá fines investigativos.

Un aspecto importante para efectos de esta investigación es una vez obtenidos los resultados y realizadas las conclusiones, es compartir estos insumos con la población objeto de estudio que participó de ésta, esto con el fin de que las entrevistadas puedan utilizar estos insumos en sus prácticas diarias.

V) PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para llevar a cabo la presente investigación se entrevistó a cuatro Trabajadoras Sociales que desempeñan o han desempeñado sus funciones en el área de Salud Mental del hospital Clínico Herminda Martin teniendo una amplia experiencia en las intervenciones con grupos. La recogida de datos se llevó a cabo por medio de entrevistas semi-estructuradas que fueron aplicadas en los lugares de trabajo, en horarios acordados con ellas a priori, a través de correos electrónicos. Cabe mencionar que todas las entrevistas fueron realizadas por ambas estudiantes.

A fin de poder recoger la información entregada por las Trabajadoras Sociales en su totalidad, cada una de las entrevistas fue grabada en formato de audio (con previa autorización de ellas), con objeto de poder transcribirlas y analizarlas a posteriori.

Tabla N°1: Caracterización de las entrevistadas

Entrevistada	Edad	Área de Desempeño	Grupos con los que ha trabajado

<p>Trabajadora Social N°1</p>	<p>63</p>	<p>“Hospital Clínico Herminda Martin” CRAE.</p>	<p>Grupos con los que trabajó: Corporación de familiares y amigos de personas con esquizofrenia (COFAPECH). Agrupación de Adultos Mayores Dr. Héctor Morales.</p> <p>Grupos con los que trabaja actualmente: Club de Diabéticos Dra. Margarita Valenzuela. Corporación de Voluntarios Anti Reumatismo COVAR ÑUBLE Grupo de Autoayuda Renacer Santa Águeda (mujeres operadas por C.A. de mamas) Grupo de Pacientes y Familiares con Hemofilia Dr. German Villagrán. Asociación de padres de niños Fisurados.</p>
<p>Trabajadora Social N°2</p>	<p>39</p>	<p>Hospital Clínico Herminda Martin, Unidad de Salud Mental, Consultorio Adosado de Especialidades CAE.</p>	<p>Grupos con los que trabaja actualmente: Psicoeducación, usuarios(as) y familiares GES Depresión</p>

Trabajadora Social N°3	32	Hospital Clínico Herminda Martin, Salud Mental, CRAE.	<p>Grupos con los que trabaja actualmente:</p> <p>Violencia intrafamiliar.</p> <p>Ges Depresión con usuarios(as) y con familiares.</p> <p>Psicoeducación a familiares en esquizofrenia.</p> <p>Talleres de manualidades en esquizofrenia.</p>
Trabajadora Social N°4	39	Hospital Clínico Herminda Martin, Sección de Calidad de Vida.	<p>Grupos con los que trabajó:</p> <p>Corporación de familiares y amigos de personas con esquizofrenia (COFAPECH).</p>

Fuente: Elaboración Propia

Luego de la realización de las entrevistas y la transcripción de las mismas, se llevó a cabo un análisis de la información obtenida, posterior a esto se definieron las categorías y subcategorías de análisis las cuales conforman los ejes de análisis de la presente investigación.

5.1 Categorías de análisis

Tabla N°2: Categorías de análisis

Categorías de análisis	
Categoría	Subcategorías
1.- Conformación de Grupos en la Unidad de Salud Mental	-Rol en la conformación de Grupos. -Tareas en la conformación de Grupos.
2.- Estrategias utilizadas en el Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental	- Metodología de intervención del Trabajo Social con Grupos. - Técnicas utilizadas. - Competencias Profesionales.
3. - Desarrollo del Proceso de Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental	-Funciones del (de la) Trabajador(a) Social. -Obstaculizadores y Facilitadores al realizar el trabajo con grupos.
4.- Relevancia del Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental	-Implicancias de la participación en un grupo en el tratamiento de los(las) usuarios(as). -Implicancias en la potenciación de Habilidades Sociales. - Importancia del(la) Trabajador(a) Social en el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental
5.- Sistematización del Trabajo con grupos en la Unidad de Salud	-Valoración de la sistematización

Fuente: Elaboración Propia

5.1.2 Categoría N°1:

“Conformación de Grupos en la Unidad de Salud Mental”

La sociedad está conformada por un conjunto de personas, las cuales tienen personalidades, pensamientos y capacidades distintas, esto hace que cada una busque diferentes metas a lo largo de su vida. También cabe señalar que, estas personas constituyen instituciones, organizaciones, familias, grupos, dentro de los cuales cada una desempeña un rol distinto, que contribuye al buen funcionamiento de la sociedad en general.

Esta categoría dio origen a dos subcategorías que son: El rol en la conformación de Grupos y las Tareas en la conformación de Grupos. Estas surgen a propósito de la información entregada por Las Trabajadoras Sociales que formaron parte de la población objetivo.

5.1.2.1 **Subcategoría N°1:** Rol en la conformación de grupos

Tuirán y Lindón citados en Gomes, (2001) plantean el concepto de rol como uno de los espacios centrales donde los “qué hacer” cotidianos individuales interactúan entre si y se hacen objeto de negociación entre el individuo y el “otro”. En este sentido para Lindón, asumir un rol implica un conjunto de “haceres” que corresponden a prácticas asumidas por muchos individuos que desempeñan el mismo rol. El término rol expresa saberes compartidos que generalmente se conectan con normas esperadas o instituidas socialmente.

A los (las) Trabajadores(as) Sociales como profesionales del área social se les atribuyen ciertos roles específicos que varían dependiendo del área en la cual se estén desempeñando. En el área de Salud Mental estos(as) profesionales intervienen fuertemente en el trabajo que se realiza con grupos conformados por usuarios(as) que presentan diferentes patologías asociadas.

En el Hospital de la ciudad de Chillán, se están realizando variados trabajos con grupos los cuales son complementarios a los tratamientos médicos de los (las)

usuarios(as). En Salud Mental estos grupos han tenido una mayor evolución y presencia, las cuales van de la mano con el trabajo constante que se realiza de manera individual con la persona. Dentro de esta misma área los(as) Trabajadores(as) Sociales han ido tomando una mayor relevancia, ya que, son ellos (as) quienes han ido apoyando el proceso de conformación de los diferentes grupos que existen y han existido a través del tiempo en nuestra ciudad, creados al alero del Hospital Clínico Herminda Martín.

Referente al Rol que cumplen las Trabajadoras Sociales en el proceso de conformación de los grupos, las entrevistadas manifestaron lo siguiente:

Trabajadora Social 1: “A ver es que en esto soy muy autorreferente porque en los grupos en los que yo he participado son todos grupos que se han creado conmigo, entonces yo estoy desde su inicio estoy desde su conformación porque hemos partido así”.

Trabajadora Social 2: “más directivo, o sea en la conformación tú me hablas de lo formal y todo el tema formal más directivo, esto es lo que hay que hacer, organizar, de tomar por ejemplo a la persona que va a asumir la presidencia, una coordinación, un director, ehh poder informar todo el proceso qué es lo que hay que hacer y ahí acompañar también”.

Trabajadora Social 3: “...entonces la etapa de conformación como te digo pasa más bien por las necesidades que tienen y cada uno de nosotros como profesionales deriva a los pacientes que encuentra que está en condiciones de poder aprender o aportar”

Trabajadora Social 4: “...en el último grupo ya fui la fundadora, yo busqué las bases, conversé con mucha gente, la convencí...”

De acuerdo a lo planteado por las entrevistadas los roles principales que cumplen los(as) Trabajadores(as) Sociales a la hora de conformar un grupo son principalmente los de creadora, fundadora, comenzando por armar las bases, identificar a los posibles integrantes de estos grupos, por lo que, la profesional también debe ser capaz de reconocer las necesidades de los (las) usuarios(as) y ver quién de ellos están óptimos para ser derivados a estas posibles agrupaciones, ya que tal como lo menciona la Trabajadora Social N°3 este es un rol a desempeñar en la etapa de conformación. Estas profesionales han participado en las diferentes etapas del proceso de tratamiento, por lo que, tienen cierto conocimiento sobre la realidad familiar y social en la que viven estas personas.

También un punto importante que se debe considerar es el rol directivo que se cumple en esta etapa, ya que las agrupaciones muchas veces no tienen el conocimiento de cómo se conforma un grupo, que elementos se deben considerar, y cuáles son los pasos que deben seguir. Villegas C, 1993 le atribuye el rol de líder al Trabajador(a) Social en el trabajo de grupo, hace una referencia más genérica al sentido que tiene su presencia en las diversas fases del proceso grupal, favoreciendo la participación, la intercomunicación o la integración, y siendo, en suma, el animador y dinamizador de la vida interna y de la actividad específica del grupo. Este rol de líder al que se hace referencia, va orientado al hecho de que el (la) Trabajador(a) Social es quien tiene un mayor conocimiento teórico sobre los procesos por los cuales atraviesa el grupo, por tanto es a quien las personas deben recurrir para que los guíe y oriente sobre cómo dar comienzo a este proceso.

Haciendo referencia al origen y/o nacimiento del grupo, este surge como una alternativa y estrategia a una demanda de insatisfacción individual, común y generalizada. Demanda sobre todo referida a las quejas en las relaciones de convivencia y a la insatisfacción por las escasas medidas de apoyo del sistema, social, laboral, político, de pensiones y ayudas económicas, así como de soportes sociales en vivienda y, en general, por todo lo referente al sufrimiento social que arrastra el trastorno mental crónico (Alonso Salgado,2014).

Los grupos de Salud Mental del Hospital de Chillán tienen diferentes orígenes, los cuales pueden ser por las necesidades que presentan los(as) propios usuarios(as), así como también por un requerimiento institucional o por la iniciativa propia de los(las) profesionales.

Trabajadora Social N°1: “...uno va detectando las necesidades cuando está haciendo un diagnóstico de una situación en particular, generalmente los grupos tendrían que surgir desde la propia necesidad de las personas desde las bases digamos, la gente. ¿Cómo surgieron los grupos los grupos más antiguos? cuando yo llegué a este hospital eeh venían las personas a manifestar un problema específico, Le voy a poner un ejemplo: Llegaban pacientes que tenían su familiar con esquizofrenia, acá no teníamos donde hospitalizarlo, no teníamos respuesta a la demanda de estos pacientes cuando estaba en situación de crisis y había que mandarlos Concepción que era el único centro referencial nuestro. Entonces eeh era una problemática que se repetía en forma constante, y de repente alguien dice “y aquí en Chillán como nos quedamos de brazos cruzados frente a este problema que me afecta a mí que me afecta a una señora de mi barrio, que en el barrio somos cinco familias que tenemos el mismo problema, cuando vengo a control con el psiquiatra me encuentro que hay señoras que son de otro lado y tienen el mismo problema que yo tengo”. Entonces la gente comienza a repetirse esta necesidad, la necesidad de ellos de juntarse para buscar algo en conjunto, entonces nace de las mismas personas que detectan una necesidad, y nosotros como Asistentes Sociales somos el puntal de apoyo técnico digamos para que esto se concrete en una organización”.

La Trabajadora Social en este caso reconoce su iniciativa de querer conformar una agrupación luego de identificar la falta de apoyo para este tipo de usuarios que tienen una enfermedad mental específica, y quienes, a su vez, manifestaron la necesidad real de contar con este tipo de apoyo. Por lo que, este primer grupo de

Salud Mental nació de la suma de las necesidades manifestadas por los(as) usuarios(as) y el conocimiento e iniciativa de la Trabajadora Social, misma situación que manifiesta otra de las profesionales entrevistadas:

Trabajadora Social N°4: “...yo fundé una nueva agrupación ya, que se llama la agrupación APROES Ñuble, la agrupación APROES Ñuble (Agrupación Provincial de Esquizofrenia) empezó el año 2009 en julio y hasta la fecha está activa, funciona en el hospital San Juan de Dios, y yo a pesar de que me cambié de trabajo formo parte de la directiva, soy la secretaria actualmente.

... la primera agrupación partió por propia necesidad de los usuarios de los familiares que se juntaron un día el año 1996 y dijeron “necesitamos tener una agrupación para que nos pueda apoyar en distintas ehh instancias gubernamentales específicamente, crearon personalidad jurídica y fueron asesorados en ese tiempo ya por el hospital de Chillán en ese tiempo iba Rut Gutiérrez a asesorarlos, Asistente social...”

En contraste con lo mencionado por las profesionales anteriormente, la Trabajadora Social N°3 hace hincapié que también la generación de las agrupaciones dentro del área de la Salud Mental puede ser por sugerencia del Ministerio:

Trabajadora Social N°3: “...bueno la guía clínica sugiere intervenciones psicosociales... Desde el ministerio, el ministerio digamos con el GES ...entonces desde eso punto de vista ya viene un poquito sugerido desde ahí pero como es una sugerencia depende de nosotros si queremos ejecutarlo digamos, pero creemos nosotros que es súper súper importante”.

Dado a lo anteriormente expuesto se puede evidenciar que existen diferentes fuentes que originan los grupos con usuarios(as) de Salud Mental, siendo iniciado por el (la) Trabajador(a) Social en su rol de creador, por necesidad y derecho propio que tienen los(as) usuarias(as), como también por las sugerencias directas del Ministerio.

5.1.2.2 **Subcategoría N°2:** Tareas en la conformación de Grupos

La etapa de conformación de un grupo es definida por Tschorne (1990), como una etapa de inclusión y seguridad en la situación o formación en donde los miembros tratan de satisfacer su necesidad de inclusión. Esta etapa podría ubicarse más compleja por las que atraviesa un grupo, ya que se deben considerar varios elementos técnicos antes de conformarlo, como lo es el objetivo que tendrá, las características de las personas que lo integrarán. Además que se debe lograr la real inclusión de las personas a fin de que se sientan parte e identificadas con el grupo. Es así como hay tareas específicas que deben realizarse en esta primera instancia:

Trabajadora Social N°1: “Primero la motivación. Primero motivar a la gente eehh decirles que este no es un trabajo para que vengan a servirse sino que vengan a trabajar esa es la primera motivación, que la gente esté consiente primero que es lo que quiere, descubrir que es lo que quiere”.

Trabajadora Social N°3: “Bueno mantener el grupo emmm que a pesar del conflicto que pueden haber o ha habido el grupo siga perdurando y siga cumpliendo los objetivos que los mantienen unidos a ellos y que nos motivan a nosotros a seguir también, porque como te decía es súper desgastador el proceso eeeeem muchas veces hacemos seguimiento también de de casos puntuales que han surgido algunas dificultades en el grupo, hacemos seguimiento de ese paciente o de los pacientes involucrados...”

Trabajadora Social N°4: “...primero era motivarlos, la primera parte fue de motivación constante de mostrarles a las personas que nunca habían estado en un grupo de qué se trataba, cuáles son los beneficios que cada uno se podía llevar del grupo que son intrínseco, beneficios que tenían que ver con el

tema de compartir experiencias ya, de eh de como grupo que podíamos tener fuerza...”

De acuerdo a lo señalado por las Trabajadores Sociales, las principales tareas a realizar en esta primera etapa de conformación del grupo serían:

- Motivar la participación de los(las) usuarios(as) a integrarse.
- Mantener/Permanencia del grupo.
- Mostrar los beneficios de participar en una agrupación.

Trabajadora Social N°4: *“...si no partimos de la base en que las personas se sientan gratas y acogidas dentro de un grupo, no tenemos asistencia...”*

Si bien existen tareas más directivas que se deben desarrollar en esta primera etapa, como lo son el colaborar en la formación de objetivos, planteamiento de metas, conformación de la directiva, de ser necesario obtener la personalidad jurídica etc., las profesionales destacan la importancia que tiene el que la persona se sienta parte del grupo, de esta manera permanece motivada y ayuda a que el grupo perdure en el tiempo.

Categoría N°2:

“Estrategias utilizadas en el Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental”

En primer lugar cabe aclarar que, cuando hablamos de estrategias estas hacen referencia a la recuperación de la práctica a partir de métodos y procedimientos que requieren un estudio profundo, exigen una planeación, búsqueda de información actualizada y estudio de problemas para lograr lo que se ha propuesto. Las estrategias son globales, se desarrollan mediante la utilización de técnicas; requiere

conocer las implicaciones de cada una en los procesos de mediación con las intencionalidades. La estrategia es un conjunto de alternativas que pueden funcionar como posibilitadoras de producción de acontecimientos. La estrategia, para que sea eficaz, requiere tres elementos esenciales: metas, políticas y programas, que permitan la cohesión, equilibrio y enfoque que se pretende alcanzar en lo inexplicable y desconocido (Bonilla, P et alt, 2005).

Para desarrollar estas estrategias, los (las) Trabajadores(as) Sociales se sustentan en metodologías específicas, las cuales son ejecutadas mediante técnicas. La metodología específica y las técnicas que ayudan a su consecución organizan el camino que se ha de seguir para orientar de forma lógica y ordenada, las actividades dirigidas a la obtención de un determinado resultado.

Subcategoría N°1: Metodología de intervención del Trabajo Social con Grupo

Las metodologías y el método de intervención permiten esquematizar los procesos, procedimientos, técnicas, las estrategias e instrumentos que se utilizan durante la intervención de Trabajo Social, por tanto, cualquier práctica a desarrollar debe ir acompañada de una metodología que guíe y sustente el proceso a realizar.

Según la autora Rosas. M, citada Bonilla. P, (2005), pp. 65. Define la metodología de intervención como:

Un conjunto de procedimientos que ordena y da sentido a la intervención, pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del Trabajador/a Social con el contexto. Una estrategia que permite una relación dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional

Trabajadora Social N°1: *“Primero tener un diagnóstico claro, cual es la.. cuál es la realidad que está afectando a las personas. Eeeeh partiendo del diagnóstico podemos eeeh hacer toda una intervención participativa eeh con los métodos como te digo en un plano bastante horizontal de potenciar a la gente para que ellos sean los gestores porque no es la Asistente Social la que va a ir a la municipalidad a buscar el papelito eeeh no, ellos tiene que asumir esa responsabilidad, ellos tienen que asumir la responsabilidad de tener un directorio de asumir tareas... Pero utilizamos mucho también la educación de Paulo Freire en esto de la Educación Popular, en la educación de la gente porque es educación de adulto, entonces es una educación en ese sentido. Y la metodología de intervención de Ezequiel Ander Egg que no pasa de moda porque igual vamos en esa línea en lo que es la promoción y la participación social”*

Al apoyarse en la educación Popular de Paulo Freire la Trabajadora Social N°1, al desarrollar el Trabajo con Grupos busca educar para empoderar a las personas que participan en las agrupaciones a fin de que ellos sean protagonistas de sus vidas, así como, lograr una mayor autonomía y participación en la sociedad.

Para Paulo Freire, citado en Ocampo (2008), la pedagogía liberadora sirve a la liberación, contrastándola con la pedagogía bancaria o tradicional que sirve a la opresión. Según sus ideas, los hombres son del quehacer con dinámica en la actividad y no con una posición estática e inmóvil. Ese quehacer dinámico no es propio de la Educación tradicional o bancaria, que es estática, sino con la educación liberadora, cuyo dinamismo puede llevar a los pueblos a una revolución social con la participación de los oprimidos que conforman las masas populares.

Las dimensiones de la propuesta participativa en el proceso educativo entre el educador/educando constituyen un espacio común en el proceso de aprendizaje social: la responsabilidad, percepción, comprensión y conocimiento de la realidad se convierten en un hecho compartido. No obstante, el hecho de ser un proceso

gradual de aprendizaje mutuo demanda necesariamente la transformación y el cambio, donde los educandos constituyen actores esenciales (Brito, Z. 2008).

Existe similitud en los discursos entregado por la Trabajadora Social N°1 y N°2, ya que ambas hacen referencia a una metodología de trabajo participativo que busca empoderar a los (las) usuarios(as).

Trabajadora Social N°2: "...más que nada en facilitar, en algún momento fue así de educación, de intervención, de ir como quien dice trabajando firme en eso, pero más que nada también la idea era de que ellos se fueran empoderando para trabajar solos ya, este grupo también era bien particular porque eran las mujeres depresivas, entonces ellas tenían la camiseta de la depresión super fuerte y si no eran del hospital no podían hacer nada..."

La Trabajadora Social N°4 pone el énfasis en lo importante de planificar el trabajo que se realizará con las agrupaciones, pero una planificación elaborada en conjunto (Planificación estratégica), es decir, entre la Profesional y los (as) usuarios (as).

Trabajadora Social N°4: "...yo hago es ehh planificaciones todos los años hago una carta Gantt ya, donde se planifica en conjunto todas las actividades que se hacen todo el año, se divide en tareas y se planifican distintas actividades... yo llevo una planificación de que tareas quedan pendientes, que actividades son para ese día planificadas, qué se va a hacer, ya y me coordino con la directiva, con la tesorera, con la presidenta, y de acuerdo a eso se trabaja ese día puntualmente, la mayoría de los martes es así, planificado-trabajado, hay martes donde simplemente se va a tener vida social..."

En Trabajo Social, dentro del ámbito de los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, se ha venido participando en la dirección técnica y acompañamiento en la elaboración e implementación de planes, con enfoque estratégico. Desde estas experiencias, se enfatiza en la necesidad de potenciar la participación plural cooperativa y dialógica entre los protagonistas, en todas las fases y procesos de la planificación del plan (Barranco & Herrera, 2009).

La Trabajadora Social N°3 hace hincapié en la importancia que tiene el que se emplee una metodología más bien cualitativa, ya que le permite conocer los aspectos subjetivos, las emociones que son parte del (de la) usuario(a).

Trabajadora Social N°3: "...yo creo que el fuerte es la parte cualitativa, enfocado aah como los pacientes vivieron el proceso, que les quedó que aprendieron y desde ahí si mejoraron alguna deficiencia que nosotros pudimos a ver detectado antes para invitarlo al grupo digamos".

Las Trabajadoras Sociales entrevistadas llegan a un cierto consenso en cuanto a la metodología que se utiliza para realizar las intervenciones con grupos en donde prima una metodología participativa, de trabajo en conjunto y más bien estratégica, en donde el (la) usuario(a) participa activamente de los distintos procesos por el cual pasa un grupo, lo que hace referencia al esfuerzo que realizan las Trabajadoras Sociales de hacer un trabajo colaborativo que termine con la marginación de los (las) usuarios(as).

De acuerdo a lo anterior Barranco & Herrera en 2009 plantean que, es preciso poner en marcha planes integrales que promuevan el desarrollo humano y social, políticas de cooperación que incluyan medidas de acceso a los bienes y servicios de la comunidad, medidas preventivas para superar las causas que originan la discriminación y marginación social, medidas de apoyo al tejido asociativo y medidas

de sensibilización social para que la ciudadanía reconozca el derecho de toda persona a la igualdad de oportunidades.

Subcategoría 2: Técnicas utilizadas

Las técnicas posibilitan operacionalizar los métodos de manera procedimental; permiten la comprensión y transformación de realidades concretas. Las técnicas constituyen conjuntos de procedimientos de los que se sirve una ciencia o arte, así como habilidad para usar estos procedimientos, ejecutar cualquier cosa o para conseguir algo (Bonilla, 2005).

Tabla N°3: Técnicas del método del Trabajo Social en Grupo

Técnicas del Método del Trabajo Social en Grupo	
Técnicas	Concepto
De Procedimiento	Estudio Diagnóstico.
De Interacción	-Planeamientos. -Evaluación. -Control.
De Conducción Directiva	-Estimular la participación. -Ejecución de Actividades. -Evaluación Permanente.
De Conducción no Directiva	Deja al grupo en libertad para que se exprese, interviniendo para señalar situaciones que dificultan el proceso, ayudándoles a resolver dificultades y problema internos.

De Participación	<ul style="list-style-type: none"> -Hacer preguntas. -Estimulación negativa. -Escenificar el desempeño de roles
De Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar la compatibilidad entre medios y fines - Análisis de dificultades y éxitos -Observación -Entrevistas -Aplicación de Planillas

Fuente: Bonilla, 2005

Trabajadora Social N°1: “...generalmente trabajamos con.. con lluvias de ideas con Phillips 66, con dinámicas de rompe-hielo, con mucho juego, con mucha dinámica en ese sentido de que la gente se conozca primero, que se conozca que sepa quiénes son, cuáles son sus problemas, que la gente comience a abrirse un poco para que vea que el vecino tiene el mismo problema de él, entonces en la medida que pueden todos hablar un lenguaje en común...”

Trabajadora Social N°3: Uyy que ahí hay de todo, desde lo visual una técnica visual, auditiva, manual eem trabajo como te decía en estimulación cognitiva, es decir, traer puzzles, traer sopas de letras –te digo en este taller de continuidad- en los otros tienen como son más acotados tienen intervenciones más bien diría yo audiovisuales, con harto trabajo manual también, con trabajo imaginativo que son como las que en realidad le puede llegar más al paciente...

... los talleres no pueden ser algo pasivo, monótono sino tiene que ser algo dinámico algo que en el rato que tú estés el paciente conectado con lo que está pasando en el grupo, sino ese paciente se te va ir y al final no va a volver.

Trabajadora Social N°4: “... pero todo lo demás es planificado, si hay capacitación, de que se lleve a alguna persona a algún profesional a darle alguna charla, hay que planificar todo, tanto las cosas prácticas, como llevar un data, tener las sillas adecuadas, ya o tener el audio, el tener los materiales para trabajar con los jóvenes bien, para hacerles distintas intervenciones, se hacen distintas cosas ya, y también depende de cómo anden ahh, porque hay días que se puede trabajar y otros días que no y también yo he hecho algunas veces ehh improvisado talleres grupales, he buscado en libros, eso sí lo he buscado ehh formato de prácticas para antes de iniciar un tema complejo, las típicas cosas de globito de la lana, de no sé que... pero hay un libro, yo tengo un libro de eso, de dinámicas, dinámicas antes de iniciar un trabajo”

Las principales Técnicas implementadas por las Trabajadoras Sociales son:

- Lluvia de ideas
- Phillips 66
- Dinámicas rompe-hielo
- Juegos
- Dinámicas de Socialización
- Técnicas Visuales
- Técnicas Auditivas
- Técnicas Manuales
- Trabajo Imaginativo
- La planificación
- Capacitación

Las técnicas del Trabajo Social en Grupo se refieren a las herramientas de ayuda y desarrollo de capacidades del profesional y de los sujetos. Además de las nombradas anteriormente para Natalio Kisnerman citado en Bonilla, (2005) existen otra técnicas: De capacitación, Terapéuticas, Reuniones, Phillips 66, Test sociométrico, Juegos, Rotación de miembros en equipos de trabajo, entrevista.

Subcategoría N° 3: Competencias profesionales

Las competencias básicas se refieren a los comportamientos que deben demostrar los trabajadores, asociados a conocimientos de índole formativa, como son la capacidad de leer, interpretar textos, aplicar sistemas numéricos y comunicación verbal y escrita. Estas competencias se adquieren gradualmente a lo largo de la vida, así como por la educación formal. En este tipo de competencia la que más se destaca es la comunicación verbal y escrita en razón a que al establecer la relación con cada una de las tareas ocupacionales se vislumbran que muchas de las funciones que se ejercen giran en torno al desarrollo de esta competencia, especialmente con énfasis en la elaboración de proyectos, presentación de propuestas ante diferentes auditorios, elaboración de materiales, capacidad de escucha, al Transmitir con claridad sus ideas y conocimientos, y retroalimentar las ideas de los demás compañeros entre otros (López &Chaparro, 2006).

Frente a la pregunta ¿Cuáles son las competencias profesionales que usted cree que debe tener el profesional Trabajador Social, para realizar una intervención con grupos?, las profesionales respondieron lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: “Aquí lo principal es la sensibilidad social, eeh como tú te sientes parte del problema del otro, como tú sientes eeh que el otro te manifiesta es una vivencia tan real que le está afectando tanto en su vida que tiene que hacerte parte para poder eeh superar ese problema... yyy una vez que tengamos, podríamos decir la humanidad, porque nuestra carrera se caracteriza por ser una carrera desde lo humano desde los sentimientos...

Ahora lo otro es ser empática también porque no somos... no tenemos la barita mágica, eeh no tenemos repuesta a todas las cosas, pero si las vamos a buscar, nos vamos a comprometer... el compromiso el compromiso social la solidaridad, el sentirse parte del otro, el sentirse co-responsable del otro. Entonces yo diría además

de las competencias técnicas, que las competencias técnicas las puede tener cualquier persona, cualquier profesional Asistente Social va a tener esa competencia porque tiene un título, porque trabajó porque tiene el bagaje teórico, pero ese bagaje teórico no te sirve de ¡nada! Si tú no eres empático con la otra persona”

Trabajadora Social N°2: *“bueno yo creo que tener la vocación, la empatía...el que sea responsable, que sea metódico, que puedas programar, que cumplas tus objetivos, que tenga la capacidad para adaptarte a lo que va a pasar, tu puedes tener una sesión lista pero te encuentras con una cosa que es totalmente distinto, ser versátil, poder adaptarte a lo que está sucediendo en el grupo, pero eso va junto con conocer el grupo...”*

Trabajadora Social N°3: *“...Muchas porque no solamente a nivel eeh técnico yo creo que también pasa por eem por por ti como persona digamos, como tú eres, como estableces relaciones interpersonales... Claro las habilidades blandas que se llaman que tienen que ver contigo como tú te planteas frente a un grupo como tú logras hacer el feeling el vínculo con el paciente desde eso es primordial eso siento yo como las cosas que uno más tiene que trabajar con uno... yo siento que el trabajo lo tiene que hacer uno desde las deficiencias de uno y desde las habilidades y reforzarlas...”*

Trabajadora Social N°4: *“conocer la red, conocer la red es importante porque tu ehh normalmente los grupos con los que uno trabaja son pobres entonces tú tienes que empezar a buscar de distinta redes, en cómo te puedes apoyar tanto en capacitaciones, como en apoyo hasta en proyectos, en lo que sea, tienes que tener buen manejo de proyectos, lo básico por lo menos, porque es mucho de postular a proyectos sino los grupos no subsisten sin recursos... otra habilidad del trabajador social es la responsabilidad, un grupo no deja de funcionar porque tu estas enferma, o si tu estas enferma tienes que saber hacerlo para que las cosas funcionen igual*

ya... otra habilidad que tiene que tener un trabajador social, ehh no sé, compromiso, ehh habilidades de comunicación indispensable, yo siento que un trabajador social que sea introvertido, que le cueste la interacción con el resto, le va a costar, va hacer tres veces más el esfuerzo para llegar al grupo ya.. con las emociones, con lo que pasa con todas las personas, entonces yo creo que habilidades de comunicación...la cosa de la ética super importante, el tema se trabaja con fondos, se trabaja con dinero, entonces eso es totalmente transparente 100%... todo pasa por habilidades personales, tener iniciativa para crear actividades, para que se te ocurran cosas”.

Según las respuestas entregadas por las Trabajadoras Sociales, se pudo obtener información de cuáles son algunas de las competencias profesionales que se deben tener para realizar un trabajo con grupos, ante las cuales destacaron las siguientes:

- Sensibilidad Social.
- Empatía.
- Compromiso Social.
- Vocación.
- Responsabilidad.
- Ser metódico: Poder programar y cumplir los objetivos.
- Capacidad de Adaptación.
- Versatilidad.
- Habilidades personales.
- Poseer conocimiento de la red de apoyo.
- Manejo de Proyectos.
- Compromiso.
- Conductas éticas.
- Habilidades de comunicación.

Como se puede evidenciar, los (as) Trabajadores(as) Sociales deben desarrollar múltiples habilidades para poder llevar a cabo un trabajo de grupo, no

solamente tienen que tener un conocimiento teórico sobre la temática, sino que, se enfatiza en las habilidades blandas que deben poseer, de esta manera se acentúa la importancia del poder conocer al otro y ser parte importante del proceso de tratamiento.

Si bien todas las Competencias Profesionales son importantes de poseer según López y Chaparro, 2006 hay algunas que deben primar que son las siguientes:

- Autoestima: Tiene que ver con la característica de la personalidad del profesional en el puesto del trabajo; dentro del ámbito profesional de Trabajo Social una autoestima positiva facilita una mejor percepción de la realidad y posibilita una comunicación interpersonal asertiva.
- Responsabilidad: Hace referencia al compromiso y a un alto sentido del deber y al cumplimiento de las obligaciones en el puesto del trabajo.
- Sociabilidad: Es quizás una de las competencias más relevantes o indispensables en el desempeño profesional del (de la) Trabajador (a) Social en términos de saber acoplarse a cualquier equipo de trabajo, poseer capacidad de empatía, estar seguro (a) de su propio valor y dar créditos a los aportes de los demás.
- Creatividad: Aquí el (la) Trabajador(a) social debe tratar de descubrir soluciones imaginativas a los problemas, ser recursivo(a), innovador(a) y práctico(a) y ante todo buscar nuevas alternativas de solución, tratando de romper esquemas tradicionales.
- Saber aprender: La clave de esta competencia estriba en la capacidad que tiene el(la) profesional de adquirir y asumir nuevos conocimientos y aplicarlos en la vida laboral, por ello debe tener una actitud positiva a nuevas situaciones y retos en la asimilación de nuevos conocimientos.
- Relaciones interpersonales: Es una constante que el (la) Trabajador(a) Social posea la capacidad para efectuar intercambio con otras personas que resulten beneficiosas en una perspectiva integrativa, identificando los intereses del (de

la) otro(a) y reconociendo su legitimidad, de tal forma que se puedan mantener buenas relaciones personales.

La formación por competencias profesionales se orienta al fortalecimiento de la democracia participativa, la transformación cultural para la paz y la convivencia, la generación de condiciones para el desarrollo humano sostenible, la promoción de una cultura ética y de responsabilidad social y el apoyo a organizaciones para el aprendizaje y el cambio (Bonilla, 2005).

Sin duda las competencias que debe tener un profesional Trabajador(a) Social deben orientarse a lo que plantea Bonilla, ya que el trabajo de grupo supone una forma de intervenir, en donde el usuario o participante pueda adquirir no solo avances en el tratamiento médico, sino que también en las habilidades sociales. De acuerdo a lo planteado por Sarraceno citado en Alonso Salgado (2014), los objetivos, en la intervención grupal de Trabajo Social, se plantean dos direcciones: por un lado, el desarrollo de capacidades individuales de los participantes y, por el otro, la participación en el entorno social, la participación ciudadana.

Categoría N°3:

“Desarrollo del Proceso de Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental”

Dado que esta investigación busca describir el quehacer profesional de (de la) Trabajador(a) Social en el área de la Salud Mental, es relevante conocer las funciones que tiene el (la) profesional. Puesto que el trabajo que se realiza no solo depende del (de la) profesional, es que se presentan los facilitadores y obstaculizadores por parte de la institución a la hora de llevar a cabo un trabajo con grupos

Subcategoría N°1: Funciones del (de la) Trabajador(a) Social.

Según Bonilla, 2005 plantea que el método de Trabajo Social en Grupo permite cumplir con las funciones del Trabajo Social en las circunstancias en que se le considere más apropiado. La esencia de dicho método es el “grupo”, es decir, los individuos y su interacción. Sus componentes son: la persona en el grupo, el grupo, el problema (algunas veces de la persona particular, otras veces del grupo y otras de toda la comunidad) y el lugar.

Ha de entenderse que las funciones descritas no son realizadas necesariamente por una sola persona. Indican el rol de Trabajo Social en Grupo, pero las diversas funciones pueden repartirse entre varias personas.

En cuanto a las funciones que desempeña el (la) Trabajador(a) Social en una agrupación, las profesionales señalaron lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: *“Es la asesoría, lo que yo te decía el acompañamiento el estar ahí con las organizaciones porque al final las organizaciones siguen su propio rumbo, ellos tienen su directiva, pero ellos siguen contando con nosotros con el equipo para reunirnos...”*

Trabajadora Social N°2: *“mira más que nada nosotros lo que trabajamos como te contaba, es poder guiarlas a ellas, en poder ehhh como decías tu hace un rato atrás ir viendo tal vez cuál eran las necesidades que ellas tenían, descubrir como el grupo, con qué objetivo se va a crear, dentro de eso ehh qué cosas ellas pueden reconocer como características comunes por decir, como necesidades como competencias o capacidades...”*

Trabajadora Social N°3: *“...yo creo que el Trabajador Social somos como bien en eso multifacéticos porque tenemos que hacer de todo, porque aquí en Salud tengo que ir a buscar el data, tengo que ir a buscar no sé qué cosa, entonces*

salgo no sé cuántas veces a buscar pa partir digamos pa implementar el tema, después además de coordinar de demm planificar algunas actividades eeeh de evaluar esas actividades emm entonces tienen que ver con hartas funciones: coordinar, planificar, programar, evaluar...”

Trabajadora Social N°4: “... tuvimos los primeros años una líder que era la presidenta, que si bien fortaleció mucho al grupo, tenía un carácter demasiado fuerte y esa muy exclusiva y muchas veces maltrataba mucho, entonces mucho mediar en ese sentido, mucho mediar en que aprendieran a no tratarse mal, que aprendieran a mejorar las relaciones, el respeto, a compartir, distintas cosas, después los años posteriores fue empezar a mostrarse a la comunidad...”

Tschorne, (1990) propone ciertas funciones del (de la) Trabajador(a) Social en el grupo.

- Sensibilizar y motivar a las personas.
- Ayudar a formular objetivos concretos, cuantificables y coherentes.
- Establecer marcos referenciales para facilitar el trabajo grupal.
- Facilitar la participación.
- Proponer métodos de participación.
- Ayudar a asumir responsabilidades.
- Lograr que el grupo se autogestione.
- Recordar los progresos del grupo, mediante el refuerzo de las intervenciones individuales.
- Utilizar adecuadamente las preguntas y las técnicas de dinámica grupal

- Lograr que los integrantes del grupo se constituyan en agentes de movilización dentro de su contexto social y que, a la vez, movilicen a otros ciudadanos a participar en actividades comunitarias

Lo planteado por Tschorne en 1990, se coincide con las funciones que realizan las Trabajadoras Sociales entrevistadas, las cuales facilitan la participación constante dentro del Grupo a través de distintos métodos de participación, en donde el (la) usuario(a) es un ente empoderado al cual también se le asignan y/o asumen responsabilidades, las que se deben cumplir para que el grupo siga funcionando, de esta manera todos se sienten parte de éste. Por lo que, una de sus principales funciones sería asesorar y/o facilitar la participación de los integrantes de las agrupaciones, promoviendo el Trabajo de Grupo como un complemento del tratamiento de la persona.

Lo que plantea Garcés en 2010 con respecto a las funciones del(de la) Trabajador(a) Social en el trabajo con grupo es que son de tres tipos:

Función de atención directa.

Función preventiva, de promoción e inserción social.

Función de coordinación.

Subcategoría N°2: Facilitadores y Obstaculizadores en la Intervención

Cabe mencionar que en toda área de trabajo existen facilitadores y obstaculizadores, los cuales influyen en el correcto o defectuoso desarrollo de la intervención que se realiza. Estos elementos pueden tener dos orígenes como lo son los que están relacionados con la institución y los que dependen de la persona que realiza el trabajo. Para efectos de esta investigación se optó por indagar en los

facilitadores y obstaculizadores que presenta la institución, los cuales fueron identificados por las profesionales Trabajadoras Sociales entrevistadas.

➤ **Facilitadores:**

De acuerdo a la pregunta sobre los facilitadores que provee la institución a las profesionales para realizar un trabajo con grupos, estas respondieron lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: *“...no me han dado nada, no me han dado nada yo he ido buscando los espacios he ido generando espacio he ido generando las necesidades he idooo aglutinando voluntades eeem... porque yo encuentro que es parte de mi trabajo, entonces eeem a mí nadie me dijo: “usted va a llegar aquí va hacer esto”, yo vi de acuerdo al diagnóstico esto era necesario lo fuimos fomentando...”*

Trabajadora Social N°2: *” la confianza, la confianza del equipo, la confianza ehh de la jefatura, ehh y tal vez esto no no sé si importa mucho, pero tiene que ver con un tema administrativo también, de repente uno está al alero de una jefatura, después cambia a otra jefatura y claro cambian las cosas , pero uno sigue trabajando con su mismo equipo entonces eso facilita mucho el poder de repente decir vamos que se puede, las cosas hay que hacerlas igual y es lo que queremos hacer...”*

Trabajadora Social N°3: *“...podrían ser útiles de oficina, contar con un computador para planificar hacer cosas... Como secretarias para hacer otras cosas...”*

Trabajadora Social N°4: *“... entonces el apoyo tanto en el horario, como en, no era solamente ir tres horas los días martes en la tarde, sino que a veces era en otros periodos de tiempo dedicarlo cuando había que entregar un proyecto a SENADIS, es una semana completa dos semanas que hay que estar abocado y lo otro lo dejas de lado. La institución también me apoyó por qué, porque cuando yo cree la nueva agrupación no teníamos nada entonces tuvimos que pedir aportes, al director del Servicio de Salud Ñuble que nos aportó con el como dato del espacio físico que*

tenemos hoy en día, hasta cuándo, hasta cuando desarmen el hospital, también el director del hospital de acá de Chillán también nos aportó con los muebles que tenemos, entonces también fue un aporte en ese sentido, el director del hospital cada vez que nosotros necesitamos algo esta super llano a recibir nuestras solicitudes”.

Las Trabajadoras Sociales entrevistadas, consideran como facilitadores aspectos relacionados por el apoyo entregado por los equipos de trabajo, por la jefatura y también el apoyo en ciertos materiales de oficina. Es así, como se puede evidenciar que, es importante pertenecer a un equipo de trabajo que esté dispuesto a colaborar en las distintas actividades que se necesitan desarrollar dentro de las agrupaciones, lo que sin duda ayudará a que el grupo perdure en el tiempo.

➤ **Obstaculizadores:**

Con respecto a los principales obstaculizadores, las profesionales mencionaron lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: “...siempre estamos con los problemas de recursos, de repente estuvimos un tiempo que no teníamos sala para juntarnos y teníamos que andar con la gente por los pasillos, de repente estábamos en un espacio de reunión y nos venían a sacar porque había otra cosa que era más importante...”

Trabajadora Social N°2: “...el no comprender o la dificultad tal vez mejor dicho para poder comprender ehh la forma de trabajo, el producto acá no necesariamente va rendir cada 15 minutos, cada 30 minutos, ehh es poder hacer calzar el sistema que funcione a lo que uno hace, ehh porque se ha ido transformando esto, vale más el cuanto se produce y no el cómo se hace, a pesar de que la visión , la misión va, tira pal otro lado, en la práctica uno ve que

ehh el sistema tiene que funcionar y el resto en algún momento lo va a evaluar, pero va parecer en el papel”

Trabajadora Social N°3: *“... Con el data, el computador cosas que son quizás más bien emm desde ese ámbito pero que igual influye en el trabajo que tú estás haciendo, incluso a veces la motivación... dificultades porque no hay una sala óptima para hacer este trabajo, hay desde que lo que hay, acomodarse y bueno ha sido la tónica, los pacientes lo han tolerado lo han manejado nosotros también y desde ahí no más funcionar”*

Trabajadora Social N°4: *“siempre va a faltar plata, si nosotros tuviéramos plata disponible así por una parte, bucha haríamos maravillas... otro obstaculizador que en realidad yo, a mí me gustaba mucho un grupo y yo creo que se hubieran hecho mucho más cosas, si yo tuviera muchas más horas disponibles, pero mi trabajo no me lo permite, yo creo que tres horas a la semana en general lo que les decía yo, más un par de horas ehh necesitas para hacer coordinaciones, cartas y un montón de cosas, son súper pocas, si un profesional tuviera 100% con el grupo, que no se da, bucha podría sacarle lustre, podríai armar la media agrupación”*

Los principales obstaculizadores detectados por las profesionales entrevistadas fueron:

- Falta de espacios físicos donde desarrollar la intervención con la agrupación.
- La incomprensión por parte del sistema.
- Falta de horas para dedicarlas a la intervención con grupos.
- Falta recursos para solventar los gastos de la agrupación.

Categoría N°4:

“Relevancia del Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental”

El sentido y el valor del Trabajo de Grupo radica en la relación que establecen los miembros entre sí dentro del grupo y en la situación de grupo en sí mismo, que actúa como “contexto y medio de ayuda” para el individuo y para el propio grupo Vinter citado en Rossell 1998. La participación a un grupo se ofrece a personas que tienen una situación, un problema o un interés en común, para que, a través del grupo y con la ayuda de un profesional, en este caso un(a) Trabajador(a) Social, puedan conseguir mejorar su situación personal, y puedan también aumentar la capacidad para modificar aspectos sociales que consideran negativos o mejorables (Rossel, 1998).

Lo planteado por los autores evidencia algunos de los factores del por qué es necesario para los (las) usuarios(as) el ser partícipe de un grupo, ya que se les da la posibilidad de encontrar apoyo tanto en sus pares como en un profesional; encontrar un apoyo tanto en el tratamiento en este caso y también para que potencie sus habilidades sociales y personales.

Subcategoría N°1: Implicancias de la participación en un grupo en el tratamiento de los(as) usuarios(as)

A las Trabajadoras Sociales se les preguntó directamente sobre los beneficios que tiene el Trabajo de Grupo para los(as) usuarios(as) de Salud Mental, ante esto dos de las profesionales respondieron lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: “Si no creyera eso no estaría aquí (risas). No estaría haciendo eso eeh... por supuesto que si eeh yo te digo que los grupos ha logrado cosas que el sistema público no le va a entregar...”

“...La educación por lo menos de los pacientes es algo que no está incorporado dentro de nuestra... de nuestra funciones... ahora para nosotros como Asistente

Social no es problema pero el resto de los médicos eeh ellos están destinados a la atención clínica, ellos no vienen con hora: “a ustedes tienen que hacer tantas horas con educación” o el resto de los profesionales no dice: “tienen que hacer tantas horas de educación, pero nosotros a través de los grupos conseguimos eso (educación), conseguimos traer al médico al grupo, conseguimos traer al especialista al grupo.

Entonces son cosas que no están en el sistema pero que lo logramos.”

Trabajadora Social N°4: *“a ver, si te doy cifras duras, yo te digo que de todos mis usuarios ya, todos los que asisten constantemente ninguno se descompensa, ninguno reincide en hospitalizaciones.*

...fundamental y todos los usuarios que tenemos que han recaído en hospitalización ha sido porque han dejado, no es que sea solamente eso porque hay otros factores, pero han dejado de asistir por un periodo largo, se encerraron en sus casas y no compartieron, dejaron los medicamentos etc. Y finalmente terminaron hospitalizados. Nosotros reforzamos mucho el tema de la medicación, de normalizar el tema de la medicación, porque mucha gente dice, no si los remedios te hacen mal, tienen mucho esto de “no si estoy bien para que vas a seguir tomando”, allá nosotros reforzamos mucho ese tema, la medicación es parte de la vida diaria...”

De acuerdo a lo explicitado por las profesionales según sus experiencias en la Unidad de Salud Mental, reconocen que este tipo de intervención ha sido beneficiosas para el tratamiento de los (as) usuarios(as), puesto que, a través de estas agrupaciones los (as) pacientes han podido educarse en cuanto a su enfermedad se refiere, además de tener la oportunidad de acceder de una forma más cercana a los especialistas del área de la Salud, puesto que, algunos de ellos realizan educación dentro de estos grupos.

Por otro lado, la Trabajadora Social N°4 evidencia un beneficio relevante en cuanto al tratamiento, el cual ella ha podido cuantificar, haciendo hincapié en la importancia que tiene que los (as) usuarios(as) complementen su tratamiento más bien biomédico con intervenciones grupales, ya que según lo que ella manifiesta, este último ha sido relevante para evitar las descompensaciones de sus integrantes.

Si se contrasta lo explicitado por las profesionales con los estudios que se han realizado en otros países como España existe una concordancia, ya que una de las investigaciones realizada en ese país fue llevada a cabo con una muestra de 13 mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad, que acuden al Centro de Salud Mental CSM-Aranjuez, en la ciudad de Madrid, obteniéndose como resultado: Del total de las 13 pacientes, 9 han recibido tras la conclusión del grupo el alta por mejoría (69.2%), 1 ha abandonado (7.7%) tras la cuarta sesión y 3 siguen acudiendo a las citas programadas (23.1%). No se han detectado recaídas en las 9 primeras durante un año después de la conclusión de las sesiones grupales, tomando como criterio de recaída acudir de nuevo a consulta (Poves Oñate, et al, 2010).

El estudio realiza en España reafirma que un trabajo grupal con usuarios con alguna enfermedad mental, si puede ser beneficioso, puesto que supone otra forma de intervenir, desapegada de lo que son las intervenciones individuales. Al realizar un trabajo de grupo, en cierta medida se entiende que la enfermedad mental no solo es problema de la persona quien la padece, sino que también de su entorno más cercano y de la sociedad en general, así como los diferentes factores que se asocian para que estas enfermedades se produzcan. Tal como plantean Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997), la salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, por la interacción social, por las estructuras y recursos de la sociedad, y por los valores culturales, y a su vez, la salud mental de cada persona afecta a la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, a la salud de una comunidad o población. Factores tales como el ambiente familiar o el abuso y abandono de menores influirán en el nivel de salud física y mental.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2004, evidencia los principales factores protectores para la salud mental:

- Fortalecimiento.
- Integración de minorías étnicas.
- Interacciones interpersonales positivas.
- Participación social.

- Responsabilidad social y tolerancia.
- Servicios sociales.
- Apoyo social y redes comunitarias.

Los elementos anteriormente mencionados forman parte de lo que promueve el trabajo con grupos, en donde uno de sus ejes fundamentales es generar el fortalecimiento personal de las personas que lo integran, a través, interacciones entre los miembros del grupo, además de promover el apoyo social y participación social de los mismos, estos elementos trabajados al interior del grupo, según lo planteado por las entrevistadas, permite que los(las) usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental no se descompensen y logren alcanzar una salud mental deseada.

Subcategoría N°2: Implicancias en la potenciación de las Habilidades Sociales

El Trabajo Social con grupos, promueve la mejora, restablecimiento y potenciación de habilidades sociales infiriendo reajuste tanto a nivel individual y social a sus participantes. El(la) Trabajador(a) Social debe promover una interacción entre los individuos para que se produzca un aumento de sus capacidades y configuren una identidad propia (Martínez, 2012).

En el grupo, los miembros se refuerzan mutuamente acerca de su valía personal. Esto se manifiesta en la comprensión y aceptación de todos los miembros del grupo. Cuando un miembro del grupo describe sus acciones o emociones como raras o anormales, los otros miembros tratan de hacer ver que esa conducta es normal (Domenech, 1998).

Trabajadora Social N°2: "...desarrollo de habilidades sociales, autoestima, la capacidad de socializar, el reconocer ehh no sé po ehh la oportunidad de vincularse con el otro, de salir del encierro, o de poder hablar de lo que a uno le pasa, eso es lo que nosotros vemos en los pacientes".

“...pero también uno va viendo como el paciente sale de su dolor para reconocer otras cosas entonces es como la capacidad para que la persona se vea como una persona capaz de interactuar, capaz de decidir, de sentir que tiene el derecho de escoger, que puede eh encontrar un sentido a su vida tal vez primera vez...”

Trabajadora Social N°3: “...que me parece que sí que es tremendamente beneficioso que es un trabajo que es muy potente a la hora de que el paciente pueda eeem cambiar no es cierto el entorno en el ambiente en el cual está inmerso que que es más bien aislado que está solo que está deprimido que tiene que más bien siente incomprensión por parte de su entooorno no cierto eem y el grupo en ese sentido acoge, contiene, es capaz de sentirse que los otro empatizan con su emociones con lo que está viviendo entonces eeh yo creo que desde ahí es muy beneficioso y de hecho, como te mencionaba anteriormente, está validado dentro de las intervenciones psicosociales...”

Las Trabajadoras Sociales plantean que dentro del grupo se promueven el desarrollo de habilidades sociales, a las cuales se les consideran como un medio excepcional de protección y promoción de la salud ya que los comportamientos sociales positivos favorecen la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar del sujeto. Crespo citado en Lacuanza & Contini De González, (2009). Lo que le permite a los (las) usuarios(as) poder integrarse al grupo y también a la sociedad en general de esta manera poder cambiar el entorno donde está inserto diariamente. También dentro de la agrupación tienen la oportunidad de vincularse con el otro, de tomar sus propias decisiones y de aceptar su realidad particular con una enfermedad como el resto de la sociedad.

Según Alonso Salgado en 2014, la participación en grupo es enriquecedora para cualquier individuo, pero aún más para pacientes con enfermedad mental, ya que se considera rehabilitadora e indispensable en su proceso de adaptación a la manera de vivir con la enfermedad. El grupo proporciona y favorece la participación

en la vida social y contribuye a reducir la tendencia al aislamiento. El tener un espacio donde poder crear un entorno, en el que sentirse a gusto y poder desarrollarse, es fundamental para una buena calidad de vida.

Las Habilidades Sociales de un(a) usuario(a) que pertenece a un grupo de Salud Mental se ven desarrolladas por el apoyo mutuo que se da entre los mismos miembros de la agrupación, lo que García, 1997, citado en Méndez y Barra, (2008), relaciona al concepto de Apoyo Social el cual se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que influyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible.

El apoyo social es definido en términos de varios dominios funcionales en los cuales las relaciones personales sirven para una función particular. Las funciones más citadas son: las emocionales, de ayuda instrumental o tangible, de información o consejo y de validación (Domínguez, Salas, Contreras, Procidano, 2010).

La autora Poves Oñate en 2009, plantea que el encuadre grupal favorece la percepción de sus propias dificultades al ser expresadas por otra persona con la que no mantienen vinculación emocional lo que les va a permitir comprenderse mejor. Otra consecuencia directa del abordaje en grupo de estas enfermedades consiste en afrontar situaciones sociales probablemente alejadas dadas las conductas evitativas que aparecen. Por otro lado, el apoyo social favorece una mejoría en el estado de ánimo que en muchas ocasiones está muy disminuido por la incomprensión que perciben por parte de sus personas cercanas. En la situación segura de grupo terapéutico, el paciente irá afrontando situaciones que puede generalizar en su vida diaria a la par que adquiere recursos de afrontamiento de forma activa que tendrá que poner en práctica fuera del grupo.

El trabajo en grupo desde la perspectiva de rehabilitación, permite explorar en los participantes capacidades de creatividad y de empatía con el resto de los miembros del grupo, puesto que se desarrollan actividades dentro de estos (grupos) en donde se exploren estas capacidades, además del respeto y el derecho de los pacientes no solo, a participar activamente en su proceso de rehabilitación sino a

poner en práctica el derecho de opinión y de expresión como ciudadanos (Alonso Salgado, 2014).

En cuanto a la percepción que tienen las Trabajadoras Sociales respecto a cómo valoran los (las) usuarios(as) el apoyo que se brindan entre pares de un grupo en Salud Mental, ellas mencionan lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: *“¡Claro! Entonces la gente se siente parte de, la gente que está en los grupos dice: “esta es como mi familia”...*

No todo es así solamente asistir, educación y cosas de esas sino que también tratamos que las reuniones sean agradables...”

Trabajadora Social N°2: *“la importancia de que el paciente ehh es como quien dice el autoaprendizaje, la capacidad de sentirse casi como una persona que no tiene voluntad, que no tiene derecho a decidir, a una persona que se transforma casi en persona, por que recibimos pacientes en esas circunstancias, pacientes que han sido muy dañados por distintas historias, circunstancias de la vida por lo tanto llegan acá como quien dice ehh a contarnos que le pasa y más que nada muy validados en su dolor y es cierto...”*

Trabajadora Social N°4: *“entonces si valoran mucho el tema de poder compartir con pares, el de tener una actividad a donde ellos sean valorados, donde ellos sean ehh mirados como uno más de la sociedad, que no sean discriminados, igual es un grupo donde somos todos de distintas edades y todo pero podríamos decir “ya ellos se sienten valorados porque están en el grupo y fuera del grupo no” pero nosotros también compartimos con otras agrupaciones que se juntan en el San Juan de Dios y se insertan de la misma manera”*

Las profesionales manifiestan el reconocimiento que han hecho los (as) propios(as) usuarios(as) sobre lo importante que ha sido para ellos participar de estas agrupaciones, por lo que, se deduce el sentido de pertenencia que han desarrollado dentro del grupo, también se hace hincapié en que los (as) usuarios(as)

reconocen sentirse como una persona capaz de tomar sus propias decisiones, lo que conlleva a que finalmente ellos(as) se sientan integrados(as) dentro de la sociedad.

Para Aranda, Pando y Pérez (2004) este apoyo (social) desempeña un papel importante en la salud y el bienestar de las personas. Cuando no se carece de esto y el que hay es el adecuado, se mejoran los niveles de salud o se mantiene estables; a su vez, un buen estado de salud facilita el mantener un apoyo social apropiado.

Subcategoría N°3: Importancia del(de la) Trabajador(a) Social en el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental.

El servicio del(de la) Trabajador(a) Social profesional está reconocido como un proceso capacitador por el cual las personas, el grupo o la comunidad es ayudada a identificar sus necesidades, a esclarecer los objetivos y a resolver problemas sociales y personales (Konopka, 1973).

La labor del(de la) Trabajador(a) Social está basada en la creencia en la dignidad de todo ser humano y en su derecho a desarrollar y a emplear todas sus facultades en su propia satisfacción, así como en su responsabilidad de usarlas con objeto de contribuir en la sociedad y en no dañar a otros (Konopka, 1973).

En cuanto al rol que desempeña en el equipo de atención en salud mental al (a la) Trabajador(a) Social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales Pellegrero, 1992, citado en Garcés, (2010). En concreto, los(as) Trabajadores(as) Sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias Guimon, 2002, citado en Garcés, (2010).

En la entrevista que se les realizó a las Trabajadoras Sociales, se les preguntó sobre la relevancia que tiene el que haya un (a) Trabajador(a) Social guiando las intervenciones con grupo, ante lo cual ellas destacan lo siguiente:

Trabajadora Social N°1: "...O sea para mí ese es el fuerte de mi trabajo acá ese es casi el fuerte de mi trabajo, el trabajar con organizaciones sociales para que ellos sean organizaciones pro-activas que no están demandando al sistema porque son organizaciones que están aportando al sistema, no son personas que están reclamando: denos esto denos esto otro, sino nosotros que podemos hacer donde podemos obtener más recursos para eeh... aportar a nuestro bienestar."

Trabajadora Social N°2: "emm mira yo creo que tiene que ver con un poco de la formación, yo creo que hay psicólogos tal vez más con formación comunitaria que se han ido formando al alero de trabajo interdisciplinario y que se van aprendiendo muchas cosas ehh tiene que ver con un tema de competencias yo creo que el trabajador social por formación y tal vez por vocación tiene mucho más feeling con la gente, de acercarse, de compartir, de sentarse en cualquier parte, de recibir cualquier cosa..."

...uno va como quien dice ehh tal vez formando en relacionarse con la gente de forma paralela y dentro de eso creo que tenemos mucha más ehh podemos desarrollar ciertas habilidades que tal vez otras profesiones no tienen, porque se nota el contacto hay siempre una como parada desde arriba hacia abajo y yo siento observando también a colegas en distintos trabajos no solamente acá, que tenemos esa posibilidad de interrelacionar con el otro, de integrarlo, de ser acogido, aceptado como uno igual y siempre con la posibilidad de educar, o sea siempre desde el rol"

Trabajadora Social N°3: "Bueno yo creo que por formación eeh el Trabajador Social tiene varias cualidades que pudieran eeh permitir que queee el trabajo grupal se ve ya, en términos de dirigir, facilitar, orientaaaar eem este proceso grupal. Ahora la importancia tiene que ver, porque estos grupos tienden a ser bien bien pasivos, bien... te fijas son de depresión y depresión severa, entonces el Trabajador Social en general le da como el ¡tiene que! Darle el dinamismo."

Trabajadora Social N°4: *“a ver, para mi todos los grupos deberían estar formados por un trabajador social o por lo menos formar parte del equipo ya, por qué, porque a ver, un psicólogo sin desmerecer, porque hay psicólogos comunitarios emm tiene una visión un poco menos amplia que la que tiene un trabajador social, nosotros miramos para todas las áreas, los enfocamos en distintas cosas al mismo tiempo, un psicólogo va a trabajar con ellos porque es parte de su marca personal, de su formación el preocuparse de la interacciones que tiene cada uno con ellos y con los demás y basta, nosotros con todo lo demás, con todo y en todas las distintas áreas, somos mentolato como se dice, aportamos a 360 grados para todo, entonces nos preocupamos del área familiar, personal, grupal, social, comunitario, todo aportamos en todo dentro de un grupo me refiero...”*

Respecto a lo relatado por las Trabajadoras Sociales, en cuanto a la pregunta realizada, se puede evidenciar una similitud entre lo dicho por ellas ya que todas consideran que es fundamental que exista un(a) Trabajador(a) Social que guíe los trabajos con los grupos, esto principalmente por la formación que tienen estos(as) profesionales en cuanto al trabajo que se lleva a cabo con los grupos y directamente con las personas. Recalcan además el que haya un(a) Trabajador(a) Social en el equipo de trabajo en Salud Mental amplia la mirada que se tiene sobre la problemática abordada enfocándose en la familia, su entorno y en las habilidades propias que posee cada integrante, las cuales busca potenciar a través de un trabajo en conjunto y dinámico, que les permita a futuro ser personas autónomas y empoderadas en su rol de ciudadanos con derechos. La autora Rossell (1998) plantea que en el Trabajo Social con Grupos el (la) Trabajador(a) Social se sitúa “al lado” del grupo e intenta fomentar su capacidad para autorganizarse y ser efectivo en el logro de sus objetivos sociales, al mismo tiempo que intenta potenciar líderes que lo dirijan.

También se hace la distinción en que otros profesionales que intervienen en Salud Mental no poseen esta mirada holística, si no que más bien se centran en la

expertís propia que le da su profesión en particular, como es el caso de los médicos los cuales tratan la enfermedad de la persona a través del modelo biomédico que prima en el área de salud.

A partir de lo anteriormente mencionado la Trabajadora Social N°4, dice lo siguiente:

“Entonces como el enfoque de nosotros es tan amplio aportamos porque hacemos que la visión de las personas que pertenecen a ese grupo, también se amplíe, y no se restrinja, en cambio con otras profesiones claro también va a depender de las habilidades personales de cada persona que pueda apoyar en un grupo, eso es súper importante pero las otras personas de sí, por el sello vienen más limitados, entonces tendrían que ampliar más recursos para poder ampliar el abanico de ofertas que te dan dentro de un grupo”

Lo planteado por los autores Amelotti & Fernández (2002), rescatan esta mirada de la igualdad desde la cual intervienen los(as) Trabajadores(as) Sociales, los(as) cuales consideran a las personas con las que se trabaja como sujetos plenos, con potencialidades y condicionantes, producidos y productores de la historia, es decir, condicionados pero no determinados por la realidad, lo que implica reconocer la capacidad de creación del sujeto y la posibilidad de producción de prácticas instituyentes en la sociedad. Se entiende al sujeto con experiencias, intereses, historias y posiciones particulares, sujetos activos y actuantes en su situación.

Categoría N° 5:

“Sistematización del Trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental”

Subcategoría N°1: Valoración de la sistematización

La Sistematización de Experiencias es un proceso político, dinámico, creador, interactivo, sistémico, reflexivo, flexible y participativo, orientado a la construcción de aprendizajes, conocimientos y propuestas transformadoras, por parte de los actores

sociales o protagonistas de una experiencia en particular, mediante el análisis e interpretación crítica de esa experiencia a través de un proceso de problematización (Cepep,2010).

Para Castañeda (2014), el núcleo de la sistematización es el análisis, ya que, demanda la incorporación de los componentes contextuales, teóricos conceptuales y de la propia experiencia, en un corpus integrado capaz de develar los aprendizajes y nuevas comprensiones de la realidad social que emergen desde la práctica.

Es la importancia que tiene la sistematización de experiencias, lo que nos ha llevado a preguntarnos si es que efectivamente los(as) profesionales del Trabajo Social tienen incorporado esta práctica dentro de sus quehaceres propios de la profesión, y específicamente en este caso si han sistematizado el trabajo de grupo que realizan en las unidades de salud mental.

Ante la consulta realizada directamente a las profesionales que se conforman como la población objetivo de esta investigación, algunas de sus respuestas fueron las siguientes:

Trabajadora Social N°1: “No, porque en esto del “hacer y el hacer” no te queda tiempo para sistematizarlo entonces el disco duro lo tienes en la cabeza...

Trabajadora Social N°2: “he hecho varios intentos de sistematizar, nunca eh yo elaborado un documento...

...yo creo que si uno quisiera lo podría hacer, pero también significa harto desgaste porque para eso no queda tiempo eh nosotros hacemos por ejemplo harto trabajo administrativo que tiene que ver con un montón de coordinaciones que se hacen también, coordinaciones super finas, hasta cuestiones como más grandes con el extrasistema, pero eso ya queda como quien dice para la casa, porque si tu ocupas tiempo acá también se te va a cuestionar, o se te va a decir “bueno entonces ríndalo en tal fecha...”

Trabajadora Social N°3: *“algún minuto lo hicimos, no sé en qué año parece que después del terremoto eeh tratamos de sistematizar todos los talleres pero así como en módulos emmm pero quedó ahí, yo creo que si debe haber algo de eso cuando lo hicimos pero el tema es que no hay tiempo disponible pa poder hacerlo, porque ese fue un trabajo que tuvimos que hacer en otro horario en nuestro tiempo...”*

Trabajadora Social N°4: *“nunca, me hubiera gustado pero por falta de tiempo no, nunca lo he hecho...”*

De acuerdo a lo señalado por las profesionales, el trabajo realizado con los grupos en la Unidad de Salud Mental, y su quehacer profesional en general no es sistematizado, a lo más han existido algunos intentos, los cuales no se han concretado finalmente. Lo cual acredita lo planteado por Kisnerman & Mustieles (1997), quienes se refieren a la clara falta de sistematización de las prácticas realizadas por los(as) profesionales del Trabajo Social. Evidenciándose un bajo número de bibliografía publicada correspondiente a experiencias correctamente sistematizadas, lo que contribuye a que los(as) Trabajadores(as) Sociales sigan siendo un “banco desestructurado de datos”.

En cuanto a los motivos por los cuales estas profesionales no realizan sistematización, uno de los más mencionados es la falta de tiempo que existe en sus lugares de trabajo, por otro lado dentro de sus quehaceres profesionales designados por la institución en la cual se desempeñan, la sistematización no figura como una de las actividades a realizar, por lo que, de ser ejecutada por alguna de las profesionales tendría que ser fuera del horario de trabajo lo cual demanda tiempo y dedicación extra a lo que ya realizan.

Trabajadora Social N°1: *“...encuentro que es importante la sistematización. Pero en los servicios de salud y en general yo creo en la repartición pública – bueno voy hablar específicamente por el servicio de salud- a nosotros nos piden rendimiento, entonces los rendimientos de atención tienen que ver con el número de atenciones que se ofrecen los tiempos que dedicas a eso, entonces la sistematización no es algo que le importe al servicio de salud, al servicio de salud le importa la atención en*

salud y no otro de agregado -si es que te queda tiempo y quieres hacerlo- eso es parte de cada uno y no hay en ninguna parte que te vayan a poner en tu estadística tiene una hora para que sistematice, en ninguna parte va existir eso porque ese no es el rubro en el cual estamos trabajando, a lo mejor si nos dedicamos a la investigación y hubiese un comité de investigación pudiere dedicarse a eso a lo mejor pero no es parte del trabajo que desarrollamos, no es parte del trabajo” .

Trabajadora Social N°2: “...en una institución como la universidad, toda la validez pero aquí lo van a mirar, ese es mi (risas) impresión lo van a mirar, y lo van a hojear y ahí va a quedar”

...yo creo que si uno quisiera lo podría hacer, pero también significa harto desgaste porque para eso no queda tiempo eh nosotros hacemos, por ejemplo, harto trabajo administrativo que tiene que ver con un montón de coordinaciones que se hacen también, coordinaciones super finas, hasta cuestiones como más grandes con el extrasistema, pero eso ya queda como quien dice para la casa, porque si tu ocupas tiempo acá también se te va a cuestionar, o se te va a decir “bueno entonces ríndalo en tal fecha...”

El autor Ayllón (2001), manifiesta que son varias las razones que podrían explicar el por qué no se sistematiza, por un lado la tradicional concepción de los que los profesionales de la acción son buenos para ello; y por lo tanto, poco o nada tendrían que ver con la producción de conocimiento. Por otro lado, los trajines propios del quehacer cotidiano de los profesionales que trabajan en el campo, los involucran en preocupaciones prácticas quedando poco espacio para la reflexión y el diálogo creativo. A ello además menciona el poco interés que demuestran algunas instituciones por recuperar el conocimiento producto del desarrollo de los programas y proyectos a lo cual atribuye el por qué no es frecuente el quehacer sistematizador.

En el informe de la CEPEP (2010), se evidencian algunos enemigos de la sistematización:

- Desconocimiento de la Sistematización de experiencias como método.

- Falta de tiempo para investigar y producir
- Creer que lo que se hace no es útil y no le interesa a los demás.
- No registrar sistemáticamente lo que se hace.

Referente al tema de que si es importante realizar una sistematización de las intervenciones que se llevan a cabo en un grupo, las Trabajadoras Sociales concuerdan en que si es de gran importancia ejecutar una actividad como esta:

Trabajadora Social N°1: *“O sea yo considero que es bueno compartir las experiencias que tú vas tomando o sea eso es importante eeh... pero cada persona le pone su sello...”*

Trabajadora Social N°2: *“Si, es necesario sistematizarlo para validarlo...
...para validarlo, porque dentro de esta institución y que las Asistentes Sociales llevan años cuenta mucho ver, mucha gente se pregunta siendo funcionarios del hospital ¿qué hace una Asistente Social en Salud Mental?”*

Trabajadora Social N°3: *“Bueno yo creo que es súper importante, porque evalúa y procesa lo que está haciendo, que también uno a veces sigue de funciones y funciones y no para a mirar y a reflexionar lo que está haciendo, como lo está haciendo y si es pertinente seguir manteniendo eso”*

Trabajadora Social N°4: *“...porque obviamente uno al sistematizar se te das cuenta de todos los errores que pudieras tener y como lo puedes mejorar, ahora mismo el tema en que ya estoy conversando con ustedes me di cuenta de muchas cosas que podría, “chuta por qué no lo hice y no sé qué...”*

Dentro de las razones de por qué es importante sistematizar, según lo mencionado por las profesionales, se encuentra:

- Sirve para evaluar el proceso de las intervenciones realizadas.
- Sirve para visibilizar el trabajo de realizan las Trabajadoras Sociales.
- Sirve para comunicar las experiencias.
- Para validar los procesos de intervención.

La sistematización puede ser entendida como un proceso de conocimiento, por lo tanto, sin ser investigación en estricto sentido, es una modalidad de ésta, que procura hacer una conceptualización a partir de las prácticas. Se fundamenta en la acción: pero no se agota en ella, porque la trasciende, es decir la eleva, la toma como objeto del saber; para tratarla, analizarla, comprenderla y elaborarla en un nivel cualitativamente distinto a una simple descripción. De este modo la sistematización vuelve al mundo de las experiencias, con formulaciones que pueden servir para conocer mejor los problemas o necesidades sociales atendidos, los aportes metodológicos, técnicos, instrumentales; así como las interacciones entre los usuarios y los agentes de la promoción social (Ayllón, 2001).

VI) CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1 Conclusiones

Luego de realizar el análisis de la información recogida durante el proceso de investigación, se darán a conocer las conclusiones obtenidas; éstas se presentarán partiendo por las conclusiones en relación a cada objetivo específico, para finalmente hacer referencia al objetivo general.

Objetivo específico N°1: ***“Describir el rol del (de la) Trabajador(a) Social en el proceso de conformación de los grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental”***. Según este se puede concluir lo siguiente:

Son diversos los roles que cumple un(a) Trabajador(a) Social al interior de un grupo, esto va a depender de la etapa en la cual se encuentre dicho grupo. El objetivo planteado hace referencia a la etapa de conformación de estos, por lo que, los principales roles que cumplen las profesionales entrevistadas son los de creadoras, fundadoras y pesquisadoras de los posibles integrantes de los grupos, por lo que, en esta primera instancia las Trabajadoras Sociales asumen un rol de líder debido a que ellas poseen la base teórica para crear y desarrollar un trabajo con grupos. También es importante que el(o la) Trabajador(a) Social tenga la capacidad de identificar las necesidades de cada persona para ver si su tratamiento puede ser complementado con un trabajo en grupos, ya que no todos(as) los(las) usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental, se encuentran preparados para pertenecer a un determinado grupo, así como, no todos se adhieren positivamente a estos.

Dentro de la etapa de conformación de grupo, el(la) profesional Trabajador(a) Social cumple un rol directivo, el cual está orientado a organizar un grupo, coordinar, informar del proceso que se va a realizar, así como, también acompañar a los (las) usuarios(as) que lo requieran. Este rol directivo es beneficioso en esta primera parte, ya que, las personas que lo conforman tienen la característica de tener una

enfermedad mental, por lo que, podrían necesitar de un mayor acompañamiento y asesoría por parte del profesional, para lograr constituirse como grupo.

Por otro lado, el (la) Trabajador(a) Social, tiene la capacidad de gestionar instancias de participación, promover recursos para el desarrollo del grupo, generar redes, lo que complementa su quehacer profesional al momento de asumir su rol directivo. El(la) Trabajador(a) Social es un ente que al asumir diferentes roles debe tener la capacidad de apropiarse de cada uno de ellos, a fin de desarrollar un trabajo profesional y pertinente dependiendo de las necesidades de cada uno de los grupos.

Cabe mencionar que estos roles, si bien se pueden aprender por medio de la teoría, de igual manera se necesitan otras habilidades personales para poder asumir un rol más protagónico dentro del grupo, así como también, esto va a depender de cómo se dé la dinámica al interior del mismo.

Al asumir un rol al momento de conformar una agrupación dentro de la Unidad de Salud Mental, conlleva consigo tareas que también son de índole más directivas y que tienen como fin estructurar al grupo. Dentro de las tareas que se llevan a cabo están las de motivar a los(las) usuarios(as) a participar e integrarse al grupo, es por esto que en las primeras reuniones que se realizan, se desarrollan tareas que promueven la permanencia de las personas al grupo, a fin de que este perdure en el tiempo.

Por lo tanto los (las) Trabajadores(as) Sociales cumplen diferentes roles al interior de un grupo, pero en las primeras etapas este rol es más protagónico y directivo. Si bien esto se concluye en base a lo expuesto por las profesionales que trabajan en la Unidad de Salud Mental, este rol se puede extrapolar a los diferentes grupos que se conformen al alero de un(a) Trabajador(a) Social, puesto que, independiente del grupo con el cual se trabaje, en una primera instancia, se requiere de una mayor dirección y guía por parte del (de la) profesional.

Referente al surgimiento de los grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín, estos tienen tres orígenes, pudiendo ser por iniciativa de las Trabajadoras Sociales, por la necesidad manifestada por los(as) propios usuarios(as) y también por requerimiento de la institución. Independiente del origen de los grupos dentro de esta Unidad de Salud Mental, el rol profesional desarrollado por las Trabajadoras Sociales, se orienta a ser un ente que está para acompañar y guiar a los(as) usuarios que los integran, por lo que, se promueve un trabajo horizontal con y para las personas.

De acuerdo al Objetivo específico N°2: ***“Conocer las metodologías de trabajo que emplea el(la) Trabajador(a) Social para realizar el trabajo con grupos de usuarios(as) en la Unidad de salud Mental”***, se puede hacer referencia a lo siguiente:

El quehacer del (de la) Trabajador(a) Social siempre va acompañado de una metodología que guía y estructura el trabajo a realizar. En el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín, se utilizan una metodología participativa, donde profesional y usuario(a) trabajan en conjunto a fin de alcanzar los objetivos propuestos. Esta metodología participativa es de índole estratégica, que está presente durante todo el proceso, ya que en una primera instancia se van elaborando en conjunto los objetivos y metas que espera alcanzar el grupo, así como también, se planifican en conjunto todas las actividades que se quieren realizar en conjunto.

Esta metodología entrega herramientas a los(las) usuarios(as), a través, de una educación que les permita empoderarse y de esta manera tener un rol protagónico en sus vidas, además de tener una mayor participación como ciudadanos en el contexto particular en la cual se desenvuelven. Durante el trabajo con grupo que se realiza con usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental, se considera al sujeto de intervención como una persona natural que posee una historia de vida, sentimientos y emociones, las cuales son consideradas al momento de trabajar con ellas, por lo que, en ningún momento a estas personas se les considera

como un objeto o cosas con las cuales se debe trabajar, por el contrario resulta importante conocer como los(as) usuarios(as) viven y sienten cada proceso por el que atraviesan.

Cada metodología va acompañada de diferentes técnicas que permiten la ejecución de las actividades a desarrollar al interior del grupo, las técnicas principalmente utilizadas son: Técnicas de interacción, de conducción directiva (en una primera etapa), y técnicas de participación tales como lluvia de ideas, dinámicas rompe-hielo y de socialización, de capacitación y planificación. Es importante rescatar que estas se relacionan con la metodología participativa que guía el proceso, puesto que estas permiten que los(las) integrantes del grupo expresen sus opiniones, experiencias y expectativas, las cuales son fundamentales para que realmente se pueda llevar a cabo un trabajo integral.

En cuanto a las competencias profesionales que debe tener un(a) Trabajador(a) Social en la Unidad de Salud Mental y que acompañan la metodología participativa utilizada, son tener un manejo en la formulación de proyectos, contar con habilidades de comunicación y conocer la red de apoyo, competencias que, sin duda, son importantes a la hora de trabajar con grupos, sin embargo, estas competencias profesionales, deben ir acompañadas de habilidades personales como lo son la empatía, sensibilidad social, la vocación y la versatilidad, habilidades que no todo(a) Trabajador(a) Social posee y que dependiendo del contexto son determinantes a la hora de realizar un trabajo con grupos.

El Objetivo específico N°3: ***“Caracterizar las funciones del (de la) Trabajador(a) Social dentro de los grupos de usuarios(as) en la Unidad de Salud Mental”***

Las funciones a desempeñar por un individuo específicamente en este caso por un(a) Trabajador(a) Social, varían dependiendo del contexto en el cual se encuentre. En los grupos de usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental, las

funciones que cumple un Trabajador(a) Social son variadas y de diferentes naturalezas, ya que, es conocido el carácter multifacético del (de la) profesional a la hora de desarrollar actividades. En esta área se destacan las funciones de mediar, de guiar, de asesorar y de acompañar a los (las) usuarios(as) durante todo el proceso. Estas funciones promueven el Trabajo de Grupo el cual se sitúa como un complemento al tratamiento biomédico de la persona.

El desarrollo del proceso del Trabajo con Grupos en la Unidad de Salud Mental se ve influenciado por facilitadores y obstaculizadores por parte de la institución, es así como, el buen desarrollo del grupo no solo depende de las funciones que desempeñe el(la) profesional, sino que también influyen factores externos. Dentro de los principales obstaculizadores que influyen en el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín son: la falta de espacios físicos, la poca de valoración del trabajo con grupos, falta de horas para desarrollar este tipo de trabajo y la falta de recursos económicos. Es así como, se evidencia que el trabajo con grupos no siempre cuenta con el apoyo necesario para llevarse a cabo, lo que impide, que muchas veces, se realicen trabajos de esta naturaleza, esto sumado a que a la hora de implementar tratamientos se prioriza el enfoque biomédico, el cual sigue predominando en el área de la salud.

En cuanto a los facilitadores que entrega la institución principalmente se encuentran aspectos relacionados con el apoyo entregado por los equipos de trabajo, puesto que, si bien como se mencionó anteriormente prima el modelo biomédico, de a poco se ha ido generando espacios para un trabajo más integral y grupal con los(las) usuarios(as).

Es importante destacar que, para realizar el trabajo con grupos dentro de la Unidad de Salud Mental, se debe contar con el respaldo de la institución, así como también, con el apoyo de otros profesionales de diferentes áreas, situación que no siempre sucede pero que sin duda es fundamental para el buen desarrollo del trabajo que se realiza al interior del grupo.

Objetivo específico N°4: “**Detectar si los(as) profesionales Trabajadores(as) Sociales consideran beneficiosa la participación de los(as) usuarios(as) en grupos en la Unidad de Salud Mental**”.

Con respecto al presente objetivo se puede concluir que es beneficiosa la participación de usuarios con alguna enfermedad mental en un grupo, ya que, permite a estas personas conocer y comprender su enfermedad desde una mirada más amplia, puesto que son diversos los factores que convergen para que se produzca la enfermedad, factores no solo de índole biológico, sino que también sociales y culturales, así como las consecuencias que estas enfermedades generan; las que igualmente tienen repercusiones a nivel social y familiar.

La inserción a un grupo de un(a) usuario(a) con alguna enfermedad mental, es beneficiosa puesto que, se trabaja con la persona no desde la individualidad, sino que le permite conocer, explorar y buscar alternativas para mejorar, desde lo grupal, en conjunto a personas que padecen las mismas complicaciones, lo cual es fundamental, debido a que, estas personas se sienten comprendidas una vez que encuentran apoyo entre pares.

El beneficio de participar en un grupo tiene efectos positivos en los tratamientos de los(as) usuarios(as) con alguna enfermedad mental, ya que, el complementar el tratamiento biomédico con este tratamiento de tipo grupal, evita descompensaciones y recaídas en los(as) usuarios(as). Cabe destacar que, el beneficio de participar en un grupo, no solo se limita en lo que al tratamiento médico se refiere, sino que este también tiene implicancias positivas en la potenciación de habilidades sociales en los(as) usuarios(as), como autoestima, empatía, capacidad de entablar relaciones con otra personas, capacidad de expresarse, etc. Lo que es fundamental para que estos(as) usuarios(as) puedan evitar prácticas tendientes al aislamiento y en consecuencia insertarse en la sociedad. Es por esto que, el participar de un grupo es una práctica rehabilitadora para los(as) usuarios(as) que padecen alguna enfermedad mental.

Los beneficios de participar en un grupo, son identificados y valorados positivamente por los(as) usuarios(as), ya que estos(as) evidencian que el recibir un apoyo social entre pares, y el sentirse valorados como personas que forman parte de un grupo y una sociedad, se vuelve fundamental para buscar alternativas de mejoría a su enfermedad.

A la hora de llevar a cabo un trabajo de grupo con usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental, es fundamental la participación de un Trabajador(a) Social que promueva y guíe este trabajo, ya que, por formación se cuenta con las herramientas que permiten desarrollar de la mejor forma este tipo de intervención. Al estar presente un(a) Trabajador(a) Social, permite visualizar desde una mirada holística la problemática que se pretende abordar, lo que es relevante a la hora de generar instancias que busquen mejorar dicha situación. Finalmente cabe mencionar que, el trabajo que realizan los(as) Trabajadores(as) Sociales pretende ser con y para las personas, por lo que, se tiene una concepción de sujetos con habilidades, capacidades, productores de su propia realidad, por lo cual, el trabajo que se realiza es mancomunado entre profesional y usuario.

Según lo planteado en el objetivo específico N°5: ***“Conocer si los(as) profesionales Trabajadores (as) Sociales han sistematizado el trabajo que realizan con los grupos en la Unidad de Salud Mental”*** se puede concluir lo siguiente:

Como ya es sabido la sistematización es propia del Trabajo Social, por lo que, se tiende a deducir que la mayoría de los (las) profesionales debiesen hacerlo, sin embargo, no existe una evidencia de que se sistematice el trabajo que se realiza con los grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminia Martín.

Entre las razones por las que, no se sistematiza el trabajo, se encuentran los siguientes motivos: falta de tiempo para realizar este proceso; dentro de las agendas de los(as) profesionales no hay espacios destinados para poder elaborar un trabajo

como éste, sino que por el contrario lo que prima es el cumplimiento de las metas. Por lo que, desde la institucionalidad no existen espacios destinados (dentro del quehacer profesional) para la realización de sistematizaciones.

Existe un reconocimiento y una valoración positiva de la sistematización, ya que es importante compartir las experiencias que se tienen con determinados grupos. La sistematización permite validar las actividades que se ejecutan y de esta manera compartir a los (las) demás profesionales de otras áreas lo que se realiza, así como también, la práctica de la sistematización evidencia el rol que desempeña un(a) Trabajador(a) Social en la Unidad de Salud Mental, el cual es desconocido para muchos(as). También permite evaluar y procesar lo que se realiza y de este modo evidenciar los aciertos y errores que pueden cometer.

Es así como se puede determinar que las Trabajadoras Social, si bien no realizan una sistematización de su trabajo con grupos, si se reconoce la importancia que tiene ésta para el quehacer profesional, ya que va permitiendo entregar herramientas para futuras intervenciones que se puedan hacer dentro de esta y otras áreas. Por lo tanto, se puede concluir que, en ocasiones existe la voluntad de hacer este proceso, pero la institución no entrega los espacios para poder realizarlo, por ende, se necesita de ambas partes (Trabajador(as) Social e Institución) para hacer una sistematización adecuada de las actividades que se realicen.

Finalmente en relación al Objetivo General: ***“Describir el quehacer profesional que desarrolla el(la) Trabajador(a) Social en la conformación y trabajo con los grupos de usuarios(as) en las Unidades de Salud Mental”*** se puede decir que:

Luego de dar respuesta a los objetivos específicos de la Investigación, se puede hacer referencia a la descripción de los elementos que componen el quehacer de un(a) Trabajador(a) Social dentro de la Unidad de Salud Mental.

En primer lugar los (las) Trabajadores(as) Sociales guían y basan su trabajo con grupos en una metodología participativa, en donde se trabaja en un plano horizontal con los(las) usuarios(as) a fin de generar un espacio de confianza y participación constante y de esta manera hacer más enriquecedor el trabajo con usuarios(as) generando así un empoderamiento en ellos que les permita ser protagonistas de sus vidas, así como entes activos en la sociedad.

Esta metodología empleada por las Trabajadoras Sociales puede llevarse a cabo mediante determinadas técnicas que permiten ejecutar el trabajo con grupos, que van desde técnicas de interacción, de conducción directivas hasta técnicas de participación. Esto permite que el(la) Trabajador(a) Social pueda realizar un trabajo profesionalizado desde un enfoque integral, que se adecue a las distintas etapas por las cuales va atravesando un grupo.

En cuanto al rol del(de la) Trabajador(a) Social en un grupo, se puede determinar que en una primera instancia el rol que cumple el (la) profesional es de carácter directivo, desplegándose otros roles como lo son el de creador, fundador y de líder. Esto debido que en esta etapa el grupo no tiene experiencia en cuanto a elementos técnicos se refiere, por lo que, necesitan de un(a) profesional para que los oriente en este proceso; profesional Trabajador(a) Social ya que este es el profesional más idóneo para desarrollar un trabajo con grupos, puesto que cuenta con las herramientas teóricas y competencias profesionales acordes a este tipo de intervención.

Otro eje de interés que ha tenido esta investigación ha sido el caracterizar las funciones del(la) Trabajador(a) Social en el trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental. De acuerdo a esto se determina que sus funciones son diversas las cuales van desde asesorar, guiar hasta acompañar a los(las) usuarios(as) durante el trabajo que se realiza con los grupos. Estas funciones no son de carácter impositivo, por lo que, el (la) profesional no es quien determina las acciones a seguir dentro del grupo, sino que más bien, es un ente que acompaña y apoya a los(as) usuarios(as) en el trabajo que se desarrolla en el grupo.

Un punto importante a destacar es la beneficiosa participación de los(las) usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental en un grupo, específicamente en cuanto al tratamiento se refiere. Esto es relevante ya que las personas con alguna enfermedad mental suelen aislarse, y esta es una forma de intervención grupal en donde se establecen interacciones entre personas que tiene elementos en común, como lo es en este caso una enfermedad mental, y de esta manera poder recibir un apoyo entre pares. Un elemento que se ha podido deducir de esta investigación es que la participación en un grupo ayuda a la potenciación de habilidades sociales, las que son fundamentales para que la persona pueda vivir en sociedad.

Dentro del quehacer profesional de (de la) Trabajador(a) Social se encuentra la práctica de la sistematización, en base a esto se determina que no se sistematizan las actividades que se desarrollan al interior de un grupo, esto principalmente por la falta de tiempo de las profesionales y la no consideración de esta práctica dentro de la institución. Sin embargo, se reconoce la importancia que tiene este proceso para validar las intervenciones que se realizan en el área de la Salud Mental y en todo quehacer del (de la) Trabajador(a) Social.

Cabe destacar que, la sistematización es una herramienta del Trabajo Social que permite visibilizar a los equipos de trabajo, una determinada experiencia social, por lo que se vuelve fundamental que en todos los espacios profesionales donde está inmerso(a) el(las) Trabajadores(as) Sociales, se utilice y valore esta práctica.

Es por anterior que el quehacer profesional del Trabajador Social en la conformación y trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Herminda Martín, se caracteriza por tener un sustento teórico y metodológico que guía y estructura el trabajo que realiza al interior del grupo, lo cual entrega las herramientas técnicas que se necesitan para desarrollar un trabajo profesional y que hacen que el Trabajador Social sea el profesional más idóneo para este tipo de intervención. Este quehacer profesional también tiene su base en la experiencia que van adquiriendo los(as) Trabajadores(as) Sociales en cuanto al trabajo con grupos, ya que es esta experiencia la que va generando una mayor confianza y expertis en el

profesional, produciéndose así un complemento entre el saber teórico y el saber adquirido en la práctica, el cual pudo visibilizarse, en esta oportunidad, con la realización de este estudio, puesto que, el objetivo era describir el quehacer profesional, lo que sin duda aporta al desarrollo disciplinario del Trabajo Social.

6.2 Sugerencias

- Dado que el Trabajo Social de grupo con usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental es beneficioso para el tratamiento de sus enfermedades mentales, es que se hace necesario que este tipo de intervención sea considerado como un eje central dentro de los tratamientos, y por tanto sea mayormente implementado por los(as) Trabajadores(as) Sociales.
- Como se ha evidenciado una vez más, no se sistematiza el trabajo que realizan los(as) Trabajadores(as) Sociales, por lo que se hace necesario que a pesar de los obstáculos para realizar esta práctica, se intente instaurar esta técnica, ya que, es importante visualizar el trabajo que se realiza tanto en esta área en específica, como en otras.
- Dado que esta investigación está realizada bajo la perspectiva de las profesionales Trabajadoras Sociales, sería importante conocer la mirada que tienen los(as) usuarios(as) de la Unidad de Salud Mental y sus familias con respecto al trabajo con grupos, lo cual permitiría conocer la visión de ellos y de este modo responder de forma adecuada a sus necesidades.
- En el área de Salud Mental, el(la) Trabajador(a) Social, trabaja en conjunto con otros profesionales, por lo que, conocer la perspectiva que tienen psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeras, etc. sobre el trabajo de grupo se constituiría en un aporte en el quehacer profesional del Trabajo Social.

- Es fundamental visibilizar el trabajo que realizan los(as) Trabajadores(as) Sociales con los diferentes tipos de grupos, por lo que, es relevante continuar con investigaciones y estudios que aborden esta temática.

VII) BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, C. G. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Aguirre-García, J. C., & Jaramillo-Echeverri, L. G. (2012). *Aportes del Método Fenomenológico a la Investigación Educativa*. *Revista Latinoamericana de estudios educativos*, 51-74.

Alonso Salgado, C. (2014). *Una Experiencia de Trabajo Social de Grupo con Pacientes con Enfermedad Mental Grave y Crónica. Una Alternativa de Recuperación Psicosocial*. *Cuadernos de Trabajo Social*, 224.

Álvarez-Gayou, J. (2005). *Cómo Hacer Investigación Cualitativa*. México: Paidós.

Ander-Egg, E. (1979). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Buenos Aires: HVMANITAS.

Ander-Egg, E. (1997). *Métodos del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Aranda, B., C., Pando, M., M. y Pérez, R., M. (2004). *Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión*. *Psicología y salud*, 14(1), pp. 79-87. Extraído el 29 de abril de 2015 desde <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114109.pdf>

Aroca Fons, L., & Arocas Estellés, A. e. (s.f.). *Intervención del/la Trabajador(a) social en las unidades de apoyo en salud mental*. Recuperado el 10 de Marzo de 2015, de Conselleria de sanitat: http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf

Ayllón, M. (2001). *La práctica como fuente de conocimiento: una propuesta operativa para sistematizar experiencias en trabajo social*. Perú.

Bonilla, P., Curvelo, Y., Jiménez, X., Torres, V., & Uмба, F. (2005). *El método de trabajo social en grupo en los proyectos de intervención de práctica de entrenamiento profesional*. Bogotá.

Barranco, C., & Herrera, J. (2009). *Planificación estratégica y Trabajo Social*. Revista Acciones, 1- 17.

Brito Lorenzo, Z. (2008). *Educación popular, cultura e identidad desde la perspectiva de Paulo Freire*. Consejo Latinoamericano de las Ciencias Sociales, 29-45.

Castañeda, P. (2014). *Propuestas metodológicas para trabajo social en intervención social y sistematización*. Santiago: Universidad de Valparaíso.

Carballeda, J. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista MARGEN n°65.

Cepep. (2010). *La Sistematización de Experiencias: Un método para impulsar procesos emancipadores*. Caracas: El perro y la rana.

Centre for Addiction and Mental Health (2003). *La Salud Mental y problemas que puedan presentarse*. Toronto.

Cepep. (2010). *La Sistematización de Experiencias: Un método para impulsar procesos emancipadores*. Caracas: El perro y la rana.

Chan, M. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Cordero Allaray, M. (1998). *El Modelo Gravitacional: Una Propuesta para Construir Redes de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. Santiago: Universidad de Santiago.

Cortés, A., Lerma, G., & Araya, E. (2004). *Centro de salud familiar un cambio en el modelo de atención, un desafío para los equipos de salud*. Valdivia.

De Robertis, C., & Pascal, H. (1994). *La intervención colectiva en trabajo social: La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: EL ATENEO.

De Robertis, C., & Pascal, H. (2007). *La intervención colectiva en trabajo social: La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: LUMEN HVMANITAS.

De Vicente, A., & Castilla, C. (2011). *Grandes retos de la salud mental en el mundo. Infocop*, 21-22.

Domenech López, Y. (1998). *Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social*. Cuadernos de Trabajo Social, 179-195.

Domínguez, A., Salas, I., Contreras, C. y Procidano, M. (2010). *Validez Concurrente de la versión Mexicana de las escalas de apoyo social de percibido de la familia y los amigos (Pss-fa y pss-fr)*. Revista de Latinoamericana de psicología, 43, 125-137. Extraído el 21 de agosto de 2014 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v43n1/v43n1a11.pdf>

FLACSO. (9-13 de Enero de 1984). *Apuntes sobre sistematización de experiencias*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de Cide: http://www.cide.cl/documentos/informe_final_seminario_sistematizacion_experiencias_ed_pop.pdf.

Fahrer, R. (2003). *Definición de la enfermedad mental y de las condiciones psicosomáticas*. Argentina .

França-Tarragó. (2001). *Ética para psicólogos, Introducción a la psicoética*. España: Desclée De Brouwer.

Freire, P. (1969). *Rol del Trabajador Social en el proceso de cambio*. Revista Hoy en el servicio social N°16/17. Editorial ECRO.

Garcéz Trullenque, E. M. (2010). *El Trabajo Social en Salud Mental*. Cuadernos del Trabajo Social , 333-352.

Gomes, C. (2001). *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. Mexico. Editorial Flacso.

Hernández Martínez, M., & Tello cadena, M. (1994). *Sociología I: Estratificación social*. Mexico: Colegio de Bachilleres.

Herriko, E. (2006). *Teoría del Rol. Rol Profesional*. Universidad del País Vasco.)

Kisnerman, N. (1990). *Servicio social de grupo*. Buenos Aires: Hvmánitas.

Kisnerman, N., & Mustieles, D. (1997). *Sistematización de la práctica con grupos*. Buenos Aires: Lumen-Hvmánitas.

Kohn, R & Aguilar-Gaxiola, S (2009). *Epidemiología de los Transtornos Mentales en America Latino y el Caribe*.

Konopka, G. (1973). *Trabajo de grupo en la institución: un desafío moderno*. Madrid: La Editorial Católica.

Larban Vera, J. (2010). *El modelo comunitario de la atención a la Salud Mental "Continente y Contenido"*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 205-224.

Lacunza, A y Contini De González, N. (2009). *Las habilidades sociales en niños preescolares en contextos de pobreza*. Cienc. Psicol. [Online]. vol.3, n.1 [citado 2015-09-07], pp. 57-66. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212009000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1688-4221.

Lehtinen V, Riihonen E, Lahtinen E (1997). *Promoción de la salud mental en la agenda europea*. Helsinki, (STAKES), Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud.

López, M, J (2001). *I Congreso Internacional de Pensamiento Latinoamericano: La construcción de América Latina*. Universidad de Nariño-Ceilat-Pasto. Ponencia: El papel del educador en el pensamiento de Paulo Freire).

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría , 45-46.

López Luna, E., & Chaparro Maldonado, M. (2006). *Competencias laborales del Trabajador Social vistas desde el mercado laboral*. Cundinamarca: Universidad Colegio Mayor.

Marías, J. (2012). *Husserl y la Fenomenología*.

Martínez López , J. (2012). *Teoría del Trabajo Social con Grupos*. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 107.

Martínez López, J. Á. (2012). *Teoría del Trabajo Social con grupos*. Comunitania.

Méndez, P. y Barra, E. (2008). *Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores*. Revista psikhe, 10(1), 59-64. Extraído el 23 de abril de 2015 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282008000100006&script=sci_arttext

Ministerio de Salud (2006). *Sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago.

Ministerio de Salud. (2014). *Introducción Plan Nacional de Salud Mental.*, (pp. 1-4). Santiago.

Minolletti, A., & Zaccaria, A. (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 Años de Experiencia* . 346-358.

Mokate, k., & Saavedra, J. J. (2006). *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas.*, (págs. 1 - 30). New York.

Ocampo López, J. (2008). *Paulo Freire y la Pedagogía del Oprimido*. Revista Historia de la Educación Latinoamericana, 57-72.

Ochoa Muñoz, J. (1998). *Salud Mental y Psiquiatría: El Modelo Gravitacional*. Santiago: Universidad de Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud, 2004. *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Depto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht*.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Enfermedades Mentales: Datos*.

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y plan de acción sobre la salud mental*. Washington, D.C.

P, B. V., Saldivia, S., Rioseco, P., & Kohn, R. (2007). *Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile*. Revista de Medicina Chile, 1591-1599.

Pérez Serrano, G. (2008). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Murrall.

Pelegrí, X. (2006). *Los roles en Trabajo Social: Profesionalización y Formación*. Dialnet , 304.

Poves Oñate, S. et.al, (2010). *Experiencia grupal breve para pacientes con trastorno de ansiedad en un centro de salud mental*. Revista asociación española de neuropsiquiatría, 409-418.

Rada Cadenas, D. (2006). *El Rigor en la Investigación Cualitativa Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad*. 1-11.

Ramírez de Mingo, I. (1992). *El Trabajo Social en los servicios de la Salud Mental*. Madrid: Eudema.

Rioseco, Saldivia et.al. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Rev. Méd. Chile* v.130 n.5 Santiago.

Rossell Poch, T. (1998). *Trabajo Social de Grupo Grupos Socioterapéuticos y Socioeducativos*. Cuadernos de Trabajo Social, 103-122.

Ruíz Olabuénaga, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto.

Ruíz Olabuénaga, J. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sánchez, D. (1989). *Sistematizar es un verbo que se conjuga en la acción*. En: Apuntes para Trabajo Social n°16 p. 28-30. Santiago.

Servicio De Salud Ñuble. (2014). *Servicio De Salud Ñuble*. Recuperado el 06 de Septiembre de 2014, de <http://www.serviciodesaludnuble.cl/portal/index.php?Sec=contenidos&IdContenido=9>

Sheeham, Joseph G. *Teoría del conflicto del rol*. Los Ángeles, 1970.

Steward, E. y. (1977). *Introducción a la sociología*. Canadá: Paidón.

Strider, C. (2014) eHow En Español. Recuperado el 19 de Noviembre de 2014, de *Método de Investigación Descriptivo Cualitativo*: http://www.ehowenespanol.com/metodo-investigacion-descriptivo-cualitativo-info_386243/.

Subsecretaria de redes asistenciales. (2008). *Manual de apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en establecimiento de Atención Primaria*. Santiago.

Tschorne, P. (1990). *La dinámica de grupo aplicada al Trabajo social*. Barcelona: Obelisco.

Universidad de Chile. (2014). *Calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicio de salud mental*. Santiago.

Valdéz, C., & Errázuriz, P. (2012). *Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud*. Claves de políticas públicas, 1-10.

Villegas Castrillo, E. (1993). *“El trabajador social en el trabajo de grupo”*. Cuadernos de Trabajo Social. N. 2 pp. 119-136.

Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza editorial.

Rioseco, Saldivia et.al. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Rev. Méd. Chile v.130 n.5 Santiago.

VIII) ANEXOS

8.1: Pauta de entrevista



Universidad del Bío-Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social

Pauta Entrevista Tesis: **TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS: Un Análisis Descriptivo del Quehacer Profesional con Grupos en Salud Mental.**

Tesistas: Makarena Sepúlveda Cerna – Valeria Vásquez Mendoza

Fecha Aplicación:

Entrevistada:

Pauta de entrevista

N°	Preguntas
1	Según su experiencia ¿Cómo ve usted el Trabajo Social de Grupo a la hora de llevarlo a la práctica y utilizarlo en los planes de intervención?
2	¿Cómo han surgido los grupos que usted ha organizado? - Cómo surgió la idea de su formación - Qué tipo de grupos han sido
3	¿Qué relevancia tiene el que haya un(a) Trabajador(a) Social guiando el trabajo con agrupaciones?
4	¿Cuál ha sido el objetivo principal que ha motivado la creación de grupos en la Unidad de Salud Mental?
5	¿Cómo es el desarrollar un trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental?
6	¿Cuál es la metodología que usted emplea para llevar a cabo el trabajo con grupos?
7	¿Qué Técnicas usted utiliza para realizar el trabajo con los grupos?
8	¿Cuáles son las competencias profesionales que usted cree que debe tener el profesional Trabajador (a) Social, para realizar una intervención con

	grupos?
9	¿Cuál es o fue su rol en la etapa de conformación del grupo?
10	¿Cuáles fueron las principales tareas que debió llevar a cabo para conformar el grupo?
11	¿Cuáles son las funciones que usted desempeña al interior del grupo?
12	<p>¿Cuál es su percepción respecto al nuevo Modelo integral con enfoque familiar y comunitario que se está aplicando en el área de la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considera que efectivamente ha habido un cambio - Cómo se desarrolla el contraste entre, lo que plantea el modelo en forma teórica, y lo que se ejecuta concretamente en la práctica. Existe una real posibilidad de su aplicación.
13	<p>¿Considera usted que la intervención con grupos ha beneficiado el proceso de tratamiento de los/as Usuarios/as pertenecientes a la Unidad de Salud Mental?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ha sido beneficiosa, nos podría mencionar en que aspectos les ha beneficiado
14	Según su apreciación ¿Cuál es la importancia que tiene para los (las) usuarios (as) de la Unidad de Salud Mental el que se realice un trabajo de grupo?
15	Según su punto de vista ¿Cuáles han sido los facilitadores que le ha entregado la institución para realizar la intervención con grupos?
16	¿Cuáles han sido los obstaculizadores con los que usted se ha encontrado al realizar la intervención con grupos?
17	Con respecto a la sistematización que se realiza en el Trabajo Social ¿sistematiza o a sistematizado usted las prácticas/intervenciones que ha ejecutado con las agrupaciones? ¿Por qué?
18	¿Considera importante sistematizar el trabajo que se realiza con grupos? ¿Por qué?
19	Desea agregar algo más

8.2: Carta de solicitud a población objetivo.



Universidad del Bío-Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Escuela de Trabajo Social

Chillán, 21 de Mayo 2015

Señorita

Rut Gutiérrez Lavados

Asistente Social Consultorio Adosado de Especialidades

Hospital Clínico Herminda Martín:

Esperamos que al recibo de la presente se encuentre bien. Nos presentamos nuestros nombres son Valeria Vásquez Mendoza y Makarena Sepúlveda Cerna, ambas estudiantes de quinto año de Trabajo Social de la Universidad del Bío-Bío de la ciudad de Chillán.

En el marco de optar a nuestro título profesional nos encontramos realizando nuestra tesis de grado titulada “Trabajo Social con Grupos: Un análisis descriptivo del quehacer profesional con grupos en Salud Mental”, la cual tiene por objetivo General:

“Describir el quehacer profesional que tiene el (la) Trabajador(a) Social en la conformación y trabajo con las agrupaciones de usuarios(as) en las Unidades de Salud Mental”.

Siendo los objetivos específicos, el conocer metodologías de trabajo empleados, describir el rol de los (as) Trabajadores (as) Sociales, caracterizar las funciones del (la) Trabajador(a) Social dentro de las agrupaciones, y por último detectar si los (as) Trabajadores (as) Sociales consideran beneficioso la participación de los (as) usuarios (as) en agrupaciones.

Dado su amplia experiencia en trabajo con grupos en la Unidad de Salud Mental, es sin duda de vital importancia para la realización de nuestra investigación el que usted pudiese ser partícipe de esta. Es por esto que el objetivo de la presente es solicitar su participación en nuestra Tesis, puesto que, para el desarrollo de la investigación, la información que usted posee en cuanto a la temática, representa una contribución a la sistematización de experiencias en el trabajo con grupos en Salud Mental.

Cabe destacar, que la información que se obtenga para esta investigación es confidencial, es decir, la información obtenida solo será utilizada para fines investigativos. Además, su participación es absolutamente voluntaria, pudiendo desistir del proceso de investigación cuando estime conveniente.

Como investigadoras y responsables de la Tesis que se está llevando a cabo, nos comprometemos a, una vez finalizado el proceso de análisis y obtención de las conclusiones, a compartir con usted los resultados que se obtengan, puesto que, estos se constituyen en insumos que pueden ser un aporte para su quehacer profesional.

Es necesario señalar que la Tesis a desarrollar cuenta con el respaldo de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, además se cuenta con apoyo de una profesional que guía y supervisa todo el proceso.

Sin nada más que agregar nos despedimos esperando una favorable respuesta a nuestra solicitud.

Se despide atentamente

Valeria Vásquez Mendoza

Correo:

valerivasquez.ts@gmail.com

Fono: 96366559

Makarena Sepúlveda Cerna

Correo: makarena.sepulveda92@gmail.com Fono: 66373729

8.3: Correos electrónicos enviados a posibles entrevistadas.

✓ Contacto con la Srta. Sherley Wall

Srta. Sherley Wall

Esperamos que al recibo de la presente se encuentre usted muy bien, los motivos de la presente carta se explicitan en el documento adjunto.

Saludos cordiales.

Valeria Vásquez M y Makarena Sepúlveda C
Alumnas 5to año Trabajo Social UBB
Zona de los archivos adjuntos

Respuesta

Shirley shirley.wall.a@gmail.com

29 de Mayo 2015

Estimadas, conversemos el lunes a las 16:00 hrs.

Las espero

Enviado desde mi iPhone

✓ Contacto con Trabajadora Social Rut Gutierrez

para Rut

22 de Junio 2015

Sra. Rut Gutierrez

Esperamos que se encuentre usted muy bien, le escribimos para confirmar nuestra asistencia a la próxima reunión mensual que realizan las profesionales Trabajadores sociales, con el fin de dar a conocer en qué consiste nuestra investigación.

Por otra parte también queríamos ver la posibilidad de realizarse a usted nuestra entrevista piloto, la cual nos pide la escuela realizar antes que acabe el semestre. Dicha entrevista es sin compromiso alguno y será utilizada para la evaluación de la pauta creada.

Sin otro particular y esperando que acoja nuestra solicitud se despiden

Makarena Sepúlveda Cerna
Valeria Vásquez Mendoza
Alumnas 5to año Trabajo Social
Universidad del Bío-Bío

Respuesta

Rut Gutierrez rut.gutierrez@redsalud.gov.cl

Valeria y Makarena:

El Martes 30 tendría que ser en horario de la mañana (10 a 13 horas)

El Lunes 6 tendríamos la reunión con las A.S.

Y el Martes 7 después de las 10 en adelante.

Cariños

Rut Gutierrez Lavados

Asistente Social CRAE

Hospital Clínico Herminda Martin

Fono: 042-586453 – Anexo Minsal: 426453

Correo: rut.gutierrez@redsalud.gov.cl

Visítenos en: www.hospitaldechillan.cl