

MRC 62107

R 11611

M
0668v
2011
c.1



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**VALORACION DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL
TRABAJADOR SOCIAL INSERTO EN PROGRAMA CARDIOVASCULAR
EIIIC DEL CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA**



INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO PROFESIONAL DE
ASISTENTE SOCIAL.

ALUMNA: DANIELA ORELLANA MILLAN

PROFESORA GUIA: VIOLETA FLORES FLORES

SANTIAGO, NOVIEMBRE DEL 2011

REF.: Remite Informes de Calificaciones Seminarios de Títulos
alumnos de Trabajo Social.

OFICIO: N° 021/2011

SANTIAGO, 12 de Diciembre de 2011.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Coordinadora de la carrera de Trabajo Social Campus Santiago cumpro en comunicar a Ud. las calificaciones que se le han asignado por parte de los Profesores Guías y Profesores Informantes a los seminarios de títulos de los alumnos de la Carrera de Trabajo Social del Campus Santiago, que se detallan en cuadro adjunto, con la finalidad de incluirlos en los registros académicos y autorizar los exámenes de título y grado correspondientes.

Nombre seminario de título	Profesor Guía	Profesor informante
1. "Valoración de las Competencias Profesionales del Trabajador Social inserto en Programa Cardiovascular EIIC del Cesfam Padre Manuel Villaseca"	Violeta Flores Flores	Luis Lillo Bermúdez
2. "Habilidades parentales que ejercen y/o manifiestan los adultos a cargo de niños, niñas y/o jóvenes con discapacidad intelectual leve, moderada y severa, que presentan un Derecho Vulnerado"	Luis Lillo Bermúdez	Violeta Flores Flores
3. "Estudio sobre las características y factores sociales al Síndrome de Burn Out en Profesores y Profesoras de Enseñanza Básica del Establecimiento Educacional Domingo Faustino Sarmiento"	Luis Lillo Bermúdez	Violeta Flores Flores
4. "Intervención Profesional del Trabajo Social y su relevancia en la atención directa con Familias en los Programas Pie Vida Nueva de la Corporación Opción"	Violeta Flores Flores	Luis Lillo Bermúdez
5. "Una aproximación de los significados de la Vivienda para un Grupo de Beneficiarios del FSVI, Peñalolén"	Violeta Flores Flores	Maria A. Urquieta
6. "Lealtades invisibles que operan en la no denuncia de vulneraciones de derechos infantiles en la comuna de Estación Central: Desde la subjetividad familiar"	Violeta Flores Flores	Maria A. Urquieta
7. "Una propuesta para favorecer la motivación laboral en comercializadora y distribuidora de combustibles y otros Granada Ltda. Microempresa concesionaria de Terpel, Chile"	Violeta Flores Flores	Luis Lillo Bermúdez

Saluda Atte. a Ud

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTIN R.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
VALPARAISO

C.c. - Dirección Escuela de Trabajo Social
VFF/mcs.





**Universidad
de Valparaíso**
CHILE

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
CAMPUS SANTIAGO

REF.: Informa calificación de Seminario de
Título de la alumna Daniela Orellana.

SANTIAGO, 5 de Diciembre de 2011.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Informante, cumpla con comunicar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: "**Valoración de las Competencias Profesionales del Trabajador Social inserto en Programa Cardiovascular EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca**", cursado durante el año académico 2011 por la alumna Daniela Orellana Millán .:

Para efectos de la calificación se ha evaluado.

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la Bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota 7.0 (Siete punto cero).

VIOLETA FLORES FLORES
PROFESORA GUIA



AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTIN R.
DECANO DE LA FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
VFF/mcs

REF.: Informa calificación de Seminario de
Título de la alumna Daniela Orellana.

SANTIAGO, 7 de Diciembre de 2011.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Informante, cumplo con comunicar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: "**Valoración de las Competencias Profesionales del Trabajador Social inserto en Programa Cardiovascular EIC del Cesfam Padre Manuel Villaseca**", cursado durante el año académico 2010-2011 por la alumna de la Escuela Srta. Daniela Orellana, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado.

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la Bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota 6.5 (seis punto cinco).

LUIS LILLO BERMÚDEZ

LUIS LILLO BERMÚDEZ
PROFESOR INFORMANTE



AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTIN R.
DECANO DE LA FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE
LLB/mcs

"Agradezco a Dios por la oportunidad de formarme profesionalmente, pero ante todo por la vocación y compromiso social que fui adquiriendo y que sin duda me acompañarán durante toda la vida"

"Le doy las gracias a mi familia, amigos y a todos aquellos que me acompañaron y me apoyaron durante esta hermosa experiencia"

"A mis profesores/as de la Escuela de Trabajo Social: gracias por compartir sus conocimientos y experiencias entregándome herramientas para afrontar la vida profesional. Gracias a mi Profesora Guía que fomento la reflexión en mi actuar durante todo el proceso"

Dedicado a las tres mujeres más importantes en mi vida:

"Viejita, tu fuerza y apego a la vida hace milagros, gracias por estar junto a mí"

"Mamá eres una mujer maravillosa, sin tu apoyo y esfuerzo nada de esto hubiese sido posible"

"Antonia, simplemente la luz que ilumina mi vida"

INDICE TEMÁTICO.

Resumen.....	7
Presentación Seminario de Título.....	8
CAPÍTULO I: MARCO POLITICO INSTITUCIONAL.....	9
Introducción.....	10
1. Contexto Internacional.....	11
1.1 Concepto de Salud Pública.....	11
1.2 Salud Cardiovascular.....	12
1.3 Enfermedades Crónicas No Transmisibles.....	13
2. Contexto Nacional.....	14
2.1 Hitos de la Reforma de Salud en Chile.....	14
2.2 Autoridad Sanitaria.....	16
3. Contexto Político.....	17
3.1 Atención Primaria de Salud en Chile.....	17
3.2 Salud Cardiovascular: Conceptualización y Enfoques.....	18
3.2.1 Programa de Salud Cardiovascular.....	20
4. Contexto Institucional.....	21
4.1 Centro de Salud Familiar "Padre Manuel Villaseca".....	21
4.2 Equipo Integral de Intervención Comunitaria.....	24
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	25
Introducción.....	26
1. Antecedentes Históricos.....	27
1.1 Trabajo Social y sus orígenes como disciplina.....	27
1.2 Una Mirada Histórica al quehacer profesional.....	29
1.3 Métodos clásicos de Trabajo Social.....	30
1.3.1 Trabajo Social de Caso.....	30
1.3.2 Trabajo Social de Grupo.....	30

1.3.3 Trabajo Social Comunitario.....	31
2. Trabajo Social en Salud.....	31
2.1 Intervención Profesional en Salud.....	31
2.2 Competencias Profesionales del Trabajo Social	33
2.3 Concepto de Valoración Profesional.....	36
CAPÍTULO III: INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA.....	37
Introducción.....	38
1. Problema de Investigación.....	39
2. Fundamentación.....	42
3. Preguntas de Investigación.....	43
4. Objetivos de Estudio.....	43
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
Introducción.....	45
1. Tipo de Estudio.....	46
2. Tipo de Investigación.....	47
3. Tipo de Diseño.....	48
4. Delimitación del campo a estudiar.....	48
4.1 Unidad de Análisis.....	48
4.2 Muestra e Informantes.....	48
5. Instrumentos de Recolección de Información.....	49
6. Plan de Análisis.....	51
7. Criterios de Rigor.....	52
8. Aspectos Éticos.....	53
CAPITULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.....	54
Introducción.....	55
1. Categorización.....	56
2. Análisis de Contenido.....	59
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES	80
1. En relación al Proceso.....	81
2. En relación a la Metodología Utilizada	81

3. En relación a la Temática Abordada	82
4. En relación al Trabajo Social.....	84
5. En relación al Crecimiento Profesional como Estudiante.....	85
CAPITULO VII: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	86
Introducción.....	87
1. Nombre del Programa	88
2. Objetivos.....	88
3. Beneficiarios.....	88
4. Justificación.....	89
5. Descripción del Programa.....	91
- Proyecto 1.....	91
- Proyecto 2.....	95
- Proyecto 3.....	99
6. Estrategias de Intervención.....	103
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	104
1. Fuentes Primarias.....	105
2. Fuentes Secundarias.....	105
ANEXOS.....	109

INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Funciones y Relaciones de Organismos Estatales en Salud.....	16
Diagrama 2: Organización del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca:.....	23
Diagrama 3: Competencias Profesionales de Trabajo Social en Salud.....	35
Diagrama 4: Los niveles de intervención en Atención Primaria de Salud son cinco.....	39
Diagrama 5: Diagrama Explicativo categorías definitivas en base al objetivo de la investigación.....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión.....	49
Tabla 2: Nomenclatura.....	59
Tabla 3: Análisis a partir del objetivo:.....	60
<i>"Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorga el equipo interdisciplinario a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca".</i>	
Tabla 4: Análisis a partir del objetivo:.....	66
<i>"Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorgan pacientes cardiovasculares a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca".</i>	
Tabla 5: Análisis a partir del objetivo:.....	72
<i>"Identificar la valoración percibida por el trabajador social, respecto al equipo y pacientes, frente al desempeño de sus competencias profesionales en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca"</i>	
Tabla 6: Hallazgos a partir del Análisis.....	77

RESUMEN

El Trabajo Social desde sus inicios como profesión ha tenido un fuerte compromiso en cuanto a ayudar a quienes más lo necesitan y es así que estos profesionales se han orientado a una labor de servicio humanitaria que tras el paso de los años se ha ido consolidando especialmente en el área de las políticas públicas de cada estado o nación. Si bien la profesión es reconocida entre otras disciplinas, existe una suerte de creencias respecto a la labor y desempeño que se espera de estos profesionales. Bajo esta perspectiva es que pareciese ser que el trabajador social, en el área de salud pública en Chile, cumple con roles tipificados y reconocidos a través de los tiempos, por este motivo resulta fundamental el conocer cómo el trabajador social ha ido desarrollando nuevas competencias que acrecientan sus áreas de intervención y más aun el conocer cuál es la valoración por parte de los equipos y de los mismos beneficiarios del sistema de salud público en Chile respecto a las competencias de este profesional.

La investigación que se presenta a continuación se guía por el objetivo de: "Conocer el repertorio y valoración de las competencias profesionales que despliega el trabajador social", bajo esta perspectiva se busca identificar y describir las percepciones o significaciones que los profesionales y pacientes del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca, tienen respecto al actuar del trabajador social en este equipo y en esta área de la salud, por otra parte se busca identificar las formas en que es expresada esta valoración por los profesionales y pacientes. Para efectos de esta investigación se consideró una metodología cualitativa, desde un enfoque fenomenológico, lo cual le permitió a la autora generar un mayor acercamiento a los sujetos de investigación, a su contexto y percepciones, favoreciendo la comprensión e interpretación de sus discursos.

ABSTRACT

From the inception of the profession, social work has had a strong commitment to helping those in greatest need and this is the area in which professionals have directed their efforts: in the provision of a humanitarian service, which, over the years, has come to be strongly bound to the public policies of a state or nation. While the profession may be recognised among other disciplines, there is a series of beliefs regarding the work and performance expected from social work professionals. In this context, it would seem that in the Chilean public health sector, the social worker complies with the roles that have become typified and recognised over the course of time. As such, it is of fundamental importance to understand how the social worker has developed new competencies that have increased the areas in which they operate, and how these are valued by the staff and beneficiaries of the Chilean public health system.

The research presented below is guided by the aim of "understanding the range of the professional competencies used by the social worker and how these are valued". Hence, the research will attempt to identify and describe the perceptions or ideas of professionals and patients on the Padre Manuel Villaseca Family Health Centre Comprehensive Community Intervention Team programme with respect to the social worker's activity in this team and in this area of health. Furthermore, it will seek to identify how professionals and patients express the value attached to this activity. For the purposes of this research, a qualitative methodology will be used with a phenomenological approach, making it possible to focus more strongly on the reality of the subjects considered in the research, together with their context and perceptions, thus favouring the understanding and interpretation of their discourses.

PRESENTACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO

El Seminario de Título que se presenta a continuación corresponde al informe final de una investigación prerequisite para optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social y al título profesional de Asistente Social y se llevo a cabo bajo el apoyo y soporte del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca de la Comuna de Puente Alto, específicamente el programa Equipo Integral de Intervención Comunitaria (EIIC).

Este Seminario de Título se sitúo dentro de la temática de la valoración de competencias profesionales del Trabajador Social en salud cardiovascular y trabajo con pacientes y equipos interdisciplinarios a cargo del programa EIIC, todo esto con el fin de investigar, conocer y comprender las valoraciones existentes en el discurso de estos actores sobre las competencias profesionales que se identifican en el desempeño del trabajador social en esta área de la salud.

Esta investigación se guía bajo los lineamientos de la metodología cualitativa interpretativa, por ello se considera el enfoque fenomenológico y se lleva a cabo bajo la lógica de aquellas investigaciones denominadas exploratorias descriptivas, pues estos tipos de investigaciones permiten acercarnos a fenómenos con escasos o insuficientes grados de conocimientos con el fin de aumentar el grado de familiaridad hacia ellos.

De acuerdo a lo señalado, es que para lograr acercase al objetivo de esta investigación se utilizo una muestra compuesta por la totalidad de profesionales que conforman el Equipo Integral de Intervención Comunitaria y además se trabaja con una muestra de 16 pacientes cardiovasculares que participan activamente en el programa y que para efectos de esta investigación son separados en dos grupos de acuerdo a su condición etaréa.

La información requerida para llevar a cabo esta investigación se obtiene a través del uso de dos tipos de técnicas que son: la Entrevista a Profundidad utilizada con los profesionales del programa y el Focus Group utilizada con los pacientes cardiovasculares del programa. Finalmente los resultados obtenidos son analizados mediante un Análisis de Contenido, previo un proceso de Categorización, lo que permite interpretar y concluir respecto a la investigación realizada para posteriormente elaborar una propuesta orientada a reforzar o fortalecer aquellos aspectos deficitarios de la temática estudiada.

CAPÍTULO I

MARCO POLITICO INSTITUCIONAL



Introducción

El capítulo que se presenta a continuación cumple con la función de contextualizar el área en que se desarrolla el presente Seminario de Título y a su vez otorga un respaldo y soporte para la investigación que se lleva a cabo.

El presente Seminario de Título se lleva a cabo bajo un contexto institucional que responde a la Atención Primaria de Salud, específicamente al Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca de la Comuna de Puente Alto a través de su programa en el área cardiovascular Equipo Integral de Intervención Comunitaria.

El objeto de este capítulo es entregar los principales lineamientos y normativas vigentes en esta institución y que orientarán el desarrollo del presente Seminario de Título. Para ello se abordará el contexto jurídico internacional y nacional a través de una revisión exhaustiva de antecedentes históricos y legislativos que resulten ser relevantes de acuerdo a la temática tratada en este estudio.

1. Contexto Internacional

1.1 Concepto de Salud Pública

A lo largo de la historia han surgido paradigmas que han modificado la definición y las funciones de la salud pública; en ocasiones estos paradigmas han resultado ser sustitutivos o complementarios, ejemplo de esta aseveración son la salud primaria, la promoción de salud, la salud comunitaria, la salud social, la medicina familiar. La Organización Mundial de la Salud, define salud, como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones. Bajo esta perspectiva queda de manifiesto que es el bienestar del individuo en su actuar individual y colectivo dentro de la sociedad; es por esto que las necesidades en esta área, se encuentran ligadas a mecanismos de salud (sistemas de salud).

La Organización Panamericana de salud (OPS), define la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar proteger, promover y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. A partir de esto, es necesario considerar los determinantes de la salud, que son:

- La biología humana; en cuanto es condicionada por la genética y sometida al envejecimiento.
- El medioambiente; en cuanto a los contaminantes químicos, físicos, psicosociales, culturales.
- Estilos de vida
- Sistemas de asistencia sanitaria

La OPS, tiene como valor básico la "equidad" en salud, y a raíz de este valor señala que a pesar de que la situación general de la salud en la región de las Américas ha tenido logros importantes, continúa siendo la región del mundo que presenta la mayor inequidad en la distribución de los ingresos. Actualmente sigue existiendo una gran disparidad en la situación de salud de los diferentes países y grupos sociales. Es conocido que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad.

Los principios de salud, son los siguientes:

- Derecho a salud: reconocimiento de la necesidad de protección social para todos los ciudadanos. Implica establecer garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, empoderando a la población con las herramientas y facultades para hacerlas exigibles.
- Equidad de Salud: es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y ello es el mayor objetivo de la reforma del sistema de salud.
- Solidaridad en salud: la sociedad se hace cargo de sus integrantes que se encuentran temporal o permanentemente en situación de vulnerabilidad o minusvalía y que están impedidos de procurarse atención de salud por sus propios medios. Se refiere además al aporte concreto desde las personas con más recursos hacia los que tienen menos.

- Eficiencia en uso de los recursos: refiere a mejoras de gestión, en el ámbito de los recursos humanos y financieros, terminando con problemas de administración de personal y de deuda, como también en el ámbito de los beneficiarios, a través de una mejor focalización y uso de los subsidios de salud.
- Participación social: constituye una instancia de control por parte de la comunidad, de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio y del uso eficiente de los recursos. También constituye la tribuna indispensable donde la comunidad expresa sus preferencias y expectativas.

Según la OPS, una de las funciones esenciales de la salud pública es la educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública. Latinoamérica ha debido originar reformas sanitarias cuya finalidad es fortalecer el rol regulador de la autoridad sanitaria, extender la cobertura de los servicios de salud, enfocarse en los grupos más desvalidos, redefinir los modelos de prestación de servicios y separar las funciones del sistema de salud (financiamiento, seguro y prestación de servicios).

Entre los tipos de Reformas Sanitarias, que se han llevado a cabo en Latinoamérica encontramos:

- Consolidación Estructural: protección social dentro de un Estado que lidera los procesos de cambio dejando atrás las formas benéficas y paternalistas de entregar salud.
- Cambios de Gestión: modalidades de administración de los servicios sanitarios con el objeto de disminuir los costos y aumentar la eficacia.
- Introducción de las presiones del Mercado: cambios estructurales de tipo liberal en donde se diferencian las funciones, quedando el Estado con responsabilidades reducidas y el mercado con mayores atribuciones.

1.2 Salud Cardiovascular

La labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de Enfermedades Cardiovasculares está integrada en el marco general de la prevención y control de las enfermedades crónicas que ha elaborado el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. Los objetivos estratégicos de este departamento, consisten en aumentar la concienciación acerca de la epidemia de enfermedades crónicas; crear entornos saludables, especialmente para las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir la tendencia al aumento de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, tales como la dieta malsana y la inactividad física, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables causadas por las principales enfermedades crónicas.

La OMS destaca que existe una necesidad imperiosa de cambiar desde un modelo de atención agudo, reactivo y episódico, a un modelo que facilite la relación continua entre proveedor y paciente y lo ayude a usar plenamente los recursos propios y comunitarios de salud. El foco necesita estar en la persona en su propio contexto y no sólo en la patología. La asociación colaborativa y la buena relación interpersonal entre proveedor y paciente es la base del modelo.

1.3 Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, se caracterizan por ser dolencias que se desarrollan durante un largo tiempo en el organismo de una persona; enfermedades cuyo desarrollo muchas veces no presentan sintomatología alguna y no se transmiten o contagian. Son crónicas en tanto se desarrollan por muchos años en el organismo, generalmente en forma silenciosa y se les denomina no transmisibles, ya que no se sectorizan o contagian de un ser humano a otro. Estas enfermedades comparten factores que son predisponentes a su desarrollo, estos se consignan como factores de riesgo. Según la OPS, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, padecimientos cardiovasculares, cáncer, diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe, y casi la mitad de todas las defunciones en el grupo de edad de menos de 70 años. Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades, limitan la productividad y requieren de tratamientos costosos. Aunados a la disposición genética y a la edad, los factores de riesgo que contribuyen a estos padecimientos incluyen una mala nutrición, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo inmoderado de alcohol; otros factores son la hipertensión arterial, los niveles altos de colesterol, el sobrepeso y la obesidad.

Las enfermedades cardiovasculares, como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son enfermedades crónicas no transmisibles de alto interés para la salud pública de Latinoamérica y el Caribe. En ambas sub-regiones, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles causan dos de cada tres muertes en la población general y cerca de la mitad de las muertes de los menores de 70 años de edad. Este grupo de afecciones constituye la principal causa de mortalidad de hombres y mujeres, la cual sigue aumentando en forma muy rápida tanto en el mundo como en América Latina y el Caribe. En 2000, de las 3.537.000 muertes registradas en Latinoamérica y el Caribe, 67% fueron causadas por estos padecimientos crónicos. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, además de provocar una mortalidad precoz, causan complicaciones, secuelas e invalidez, que afectan la capacidad funcional y limitan la productividad. Mediante un estudio realizado en Jamaica, los costos asociados con la diabetes y la hipertensión se estimaron en US\$ 33,1 millones y US\$ 25,6 millones, respectivamente, en 2002. La prevención primaria de las enfermedades crónicas podría revertir su costo para los sistemas de salud y las personas. Se estima que si solo 10% de los adultos estadounidenses incrementaran su actividad física, como por ejemplo caminar con regularidad, podrían ahorrarse US\$ 5.600 millones de costos relacionados con las enfermedades del corazón.

En Chile la prevalencia global de patologías cardiovasculares demostrada por la Encuesta Nacional de Salud 2003 fue de 4,2%, 4,8% en hombres y 3,8% en mujeres. Esta situación cambia en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, en que la prevalencia en hombres es de 8,4% y de un 10,4% en mujeres, la cual se eleva a un 9,4% a nivel nacional.

2. Contexto Nacional

2.1 Hitos de la Reforma de Salud en Chile

Los hitos que han marcado la reforma de salud en Chile; se encuentran establecidos en cuatro periodos importantes y se enmarcan dentro de la insatisfacción que expresa la sociedad chilena, frente al sistema de salud y las expectativas que se tienen de este.

- 1918-1924: Consolidación de la responsabilidad del Estado sobre la salud pública.
- 1944-1952: Desarrollo del Servicio Nacional de Salud
- 1980-1989: Desarrollo de un Mercado público-privado de servicios y seguros, mixto y descentralizado.
- 1990-2000: Fortalecimiento del mercado mixto
- Proyectos de Ley: Sistema AUGE, Ley de ISAPRES, Financiamiento, Deberes y Derechos, cambios en modelo de atención, Autoridad Sanitaria.
- El año 2005 se concretó el proceso, denominado Reforma Sectorial, cuyo contenido consta de varios cuerpos legales, siendo las principales las denominadas Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley N° 19.937) y la Ley N° 19.996 que crea el Régimen de Garantías Explícitas.

Los objetivos de la Reforma Sanitaria, se basan en el envejecimiento progresivo de la población que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica; además de las desigualdades en la situación de salud de la población, lo cual se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de distinto nivel socioeconómico. Como último fin se encuentra, el responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, resolviendo los problemas pendientes y manteniendo los objetivos sanitarios alcanzados.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, definen su misión de su representación en Chile de la siguiente manera: "La Representación de OPS/OMS en Chile entiende que cada una de sus acciones tiene por fundamento su contribución presente y futura a la elevación del nivel de salud de la población chilena y de los países de América". La política pública de salud en Chile, ha experimentado una reforma en sus líneas programáticas privilegiando las acciones de prevención y promoción por sobre las de reparación, lo que obedece a los cambios epidemiológicos y socio demográficos que han ocurrido a nivel sanitario en Chile y el resto del mundo; y a también considerando la inequidad y desigualdades. La formulación de objetivos nacionales de salud, es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud; ya que la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, permite los grandes avances en la salud de la población. En el marco de la reforma, estos objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población.

El Sistema de Salud Chileno es un "Modelo Segmentado" con algunas características del Modelo de Contrato Público, por cuanto la organización del sistema presenta segregación horizontal de la población de acuerdo a su capacidad de pago, donde se distinguen a lo menos tres grupos: seguro público, seguro privado y no asegurados; por otra parte en los segmentos con seguro público y no asegurados, el sistema

tiende a tener "cobertura universal" en la entrega de servicios¹, finalmente en los distintos segmentos de la población tiende a la celebración de convenios público-privados para la prestación de servicios. Si es necesario agregar que el Estado garantiza por igual los considerados "bienes básicos universales" para la población, ya sea esta del Seguro Público (FONASA) o de los Seguros Privados (ISAPRES), estos son las prestaciones asociadas al Plan Nacional de Inmunizaciones y a los Planes de Alimentación Complementaria tanto para niños como para Adultos Mayores (MINSAL, 2008).

La actual política pública de salud en Chile, cuenta con claros principios los cuales se ven influenciados por el constante trabajo que se lleva cabo con instituciones de calibre internacional, como lo son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud:

- Marco ético de los derechos humanos: derecho a la vida, a la salud, entre otros.
- Universalidad: se hace cargo de los problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económica, cultural o multiétnicas.
- Equidad: en la cobertura, el acceso y la oportunidad, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- Solidaridad: mayor aporte desde las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, desde los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.
- Integralidad: con perspectiva biológica, psicológica y social.
- Continuidad de los cuidados: que abarca desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y respecto a la dignidad de las personas en la atención y los cuidados de salud.
- Empoderamiento de la población: a través del fortalecimiento de la comunidad y del ejercicio del control social, así como del auto cuidado y promoción de su propia salud con hábitos saludables.
- Democratización: a través de la constitución y fortalecimiento de los espacios de participación, como los consejos (consultivos, desarrollo, salud etc.)
- Descentralización: a través de mayor poder de gestión y decisión regional.

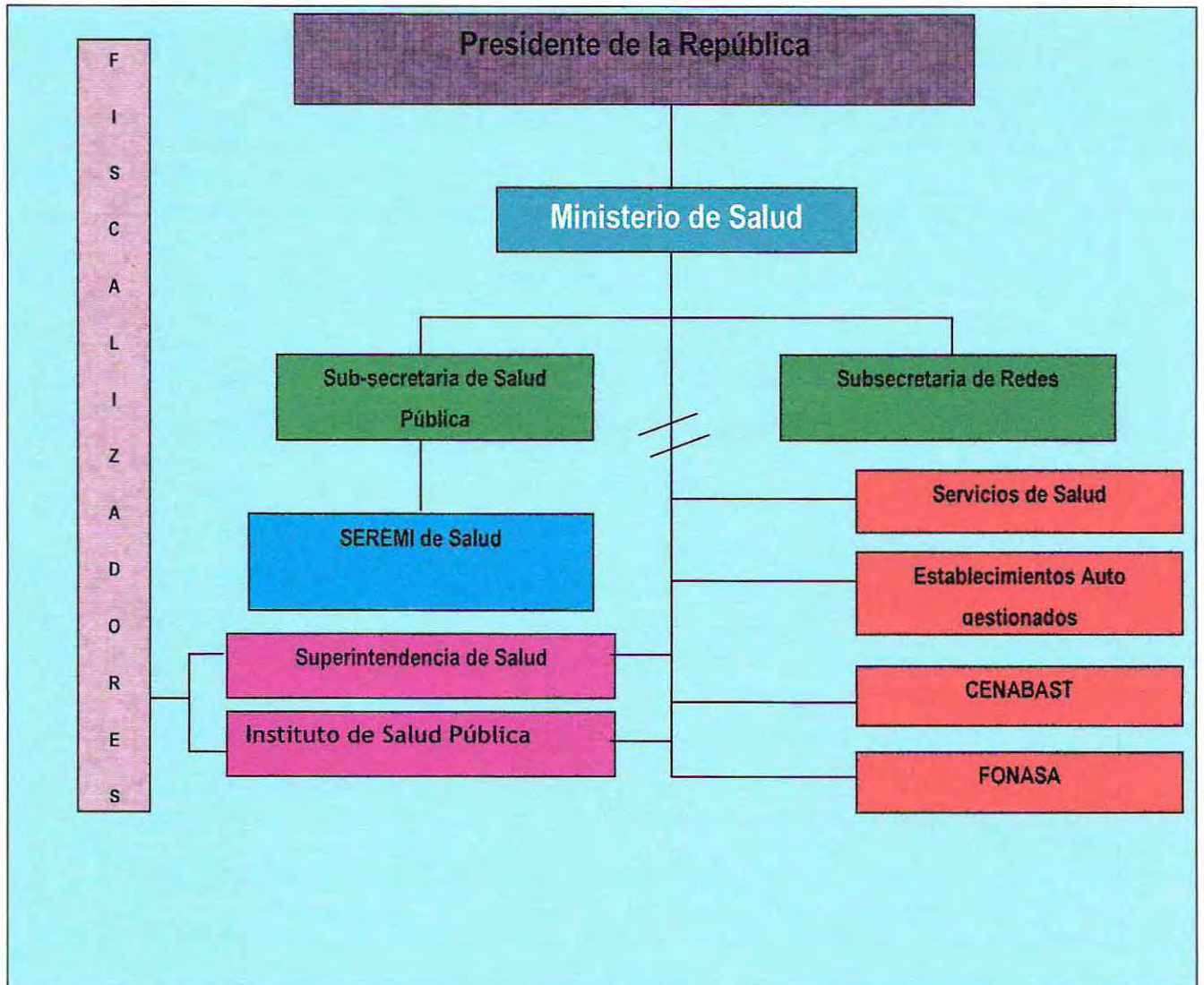
Los objetivos de la Reforma Sanitaria, se basan en el envejecimiento progresivo de la población que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica; además de las desigualdades en la situación de salud de la población, lo cual se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de distinto nivel socioeconómico. Como último fin se encuentra, el responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, resolviendo los problemas pendientes y manteniendo los objetivos sanitarios alcanzados.

¹ Nota: respecto a la cobertura universal, hay que señalar que si bien el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) que partió el año 2006 con 56 patologías cubiertas, actualmente aumento la cobertura a 69 patologías, esto no necesariamente implica que sea una cobertura universal.

2.2 Autoridad Sanitaria

En el marco de las Reformas, se reestructura el Ministerio, las Seremis y los Servicios de Salud, creando autoridad sanitaria regional, se crean los hospitales de autogestión con estándares claros para ser acreditados como tales, y se generan estímulos financieros a los funcionarios de acuerdo al logro de metas sanitarias y de gestión. Se separan las funciones en las de Prestación Asistencial (gestión de red) y la Rectoría-Regulación Sanitaria (salud pública).

Diagrama 1: Funciones y Relaciones de Organismos Estatales en Salud (MINSAL)



3. Contexto Político

3.1 Atención Primaria de Salud en Chile

En septiembre del año 1978, se realiza la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata, esta conferencia tiene una gran aceptación a nivel mundial y en ella se recalcan principalmente las desigualdades existentes en el estado de salud actual de la población; además de los derechos y deberes de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Se establece que uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, debe ser que todos los pueblos del mundo, alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, bajo esta perspectiva, se considera como la clave para lograr este objetivo la "Atención Primaria de Salud", la cual es definida en esta ocasión como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"².

Desde el año 1993, el estado chileno asume un gran desafío al firmar la declaración de Alma Ata pues a través de este acto; es que se genera y concreta un tránsito desde los Consultorios a los Centros de Salud, lo que se entiende como "una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio delimitado, con el propósito de contribuir a resolver problemas de salud y elevar el nivel de salud en la población que allí vive o trabaja" (MINSAL, 1993). Desde esta perspectiva, se puede señalar que la atención primaria de salud, corresponde a una estrategia con la cual se pretende focalizar el esfuerzo establecido en la Conferencia Alma Ata y en Chile se concreta a través del Nivel Primario de Atención, el cual es el primer nivel de la organización del sistema de salud y está compuesto por Consultorios, Centros de Salud, Centros de Salud Familiar, Postas Urbanas, Postas Rurales y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Uno de los cambios de mayor envergadura a nivel de política pública de salud en Chile, ocurre justamente en el Nivel Primario de Atención y es la transformación de los "Consultorios" a "Centros de Salud Familiar". Así los Consultorios Generales Urbanos y Rurales de los años 80, herederos de los Consultorios Periféricos de los años 70, de los Centros de Salud de los años 50 y 60, y más aun, de las Unidades Sanitarias de los años 40, los cuales, como lo hicieron sus antecesores, deben ser el reflejo del proyecto de desarrollo social que establece el gobierno de turno. Durante muchos años los Consultorios estaban orientados a responder preguntas, desde la perspectiva biomédica, en torno a cómo curar una dolencia específica, imperaba la mirada en torno al órgano enfermo que debe ser tratado médicamente y a nivel de intervención en el organismo de la persona que consulta (San Martín, 2006).

² Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 Septiembre 1978.

En 1998 el Ministerio de Salud da comienzo a un programa de atención para el nivel primario denominado "Salud Familiar", conocido también como atención de salud con enfoque familiar o simplemente salud integral. Esta propuesta de transformación del modelo se proyecta al futuro en el contexto de la reforma sectorial, reforzando sus principios y favoreciendo la consecución de sus metas. Este modelo se orienta hacia la resolución de los grandes desafíos de la atención primaria de salud:

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención sin que se produzca deterioro en la resolución y eficiente de la demanda por morbilidad.
- Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

El esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud, se centra en la constitución de los Centros de Salud Familiar, los que a su vez buscan incorporar una atención integral, basada en un enfoque Biopsicosocial; que considera al individuo, a la familia y a la comunidad, dando respuesta a sus necesidades de manera eficaz, oportuna y a través de una atención accesible y de calidad. Uno de los principios orientadores de este modelo es la Participación Social y comunitaria, cuyo fin es orientar las acciones de salud a las necesidades de la población. Según. Por lo tanto se entiende la importancia que tiene la participación comunitaria y social en temas referidos a la promoción, prevención y tratamiento en salud.

3.2 Salud Cardiovascular: Conceptualización y Enfoques

Una de las áreas de salud que involucra a mayor cantidad de población es la *salud cardiovascular*. Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por Enfermedades Cardiovasculares que por cualquier otra causa. Durante el año 2005 murieron 17,5 millones de personas por esta causa; lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,6 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 5,7 millones a los accidentes vasculares cerebrales. Se calcula que para el año 2015 morirán cerca de 20 millones de personas por Enfermedades Cardiovasculares.

En Chile las Enfermedades Cardiovasculares, son la principal causa de muerte en ambos sexos, una de cada tres defunciones ocurre producto de un evento o patología cardiovascular. Sumando a la mortalidad que estas enfermedades producen, estas enfermedades son de una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica; de ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias conducentes a la reducción de su mortalidad y morbilidad, las que incluyen coordinadamente acciones de promoción de una vida saludable, prevención, curación y rehabilitación en la Atención Primaria de Salud.

De acuerdo al análisis causal de las Enfermedades Cardiovasculares; se debe señalar que existen un conjunto de causas internas y externas que las producen. La causas internas son aquellas que les competen a profesionales del área de la medicina y están relacionadas con la funcionalidad del organismo

de cada ser humano; por otra parte al analizar las causas externas, aparecen una serie de factores o condicionantes, relacionados con el entorno y que explican en cierto modo el auge que presentan las patologías cardiovasculares hoy en día.

Existen hábitos, patologías, antecedentes que aumentan de forma significativa la probabilidad de sufrir algún problema cardiovascular y se conocen como los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRC), estos factores son aditivos; pues cuantos más Factores de Riesgo Cardiovascular se presenten en un individuo, mayor será la probabilidad de sufrir un problema cardiovascular.

A continuación se especifican los tipos de Factores de Riesgo Cardiovascular, según su división de acuerdo a lo no modificable y a lo modificable (Cuevas, 2008):

- Factores de Riesgo No Modificable; entre estos se encuentran
 - el sexo
 - la herencia o antecedentes familiares
 - la edad.

- Factores de Riesgo Modificable, en esta clasificación se encuentran los
 1. FRC Directos:
 - 1.1 Niveles de colesterol total
 - 1.2 Niveles de HDL bajos
 - 1.3 Tabaquismo
 - 1.4 Hipertensión
 - 1.5 Diabetes
 - 1.6 Tipo de alimentación

 2. FRC Indirectos:
 - 2.1 Sedentarismo

 - 2.2 Obesidad

 - 2.3 Estrés Social

- Factores Condicionantes:
 - Obesidad: IMC>30
 - Obesidad Abdominal: circunferencia de cintura (CC) >88 cm. en la mujer o >102 cm. en el hombre.
 - Hábito sedentario: no realiza actividad física de intensidad moderada con una frecuencia de al menos tres veces por semana, durante un mínimo de 30 minutos.
 - Colesterol HDL< 40 mg/dl.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto-cuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.

3.2.1 Programa de Salud Cardiovascular

En Chile el *Programa de Salud Cardiovascular*, es el conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad, cantidad y resolutivez de las acciones sanitarias efectuadas por los equipos de salud, destinado a disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. A Diciembre 2006, el Programa de Salud Cardiovascular en el Sistema Público de Salud tenía 1.160.379 personas hipertensas y 372.901 personas diabéticas bajo control en el nivel primario de atención, lo que corresponde a una cobertura de 77,5% y 98,2% respectivamente. Este programa se plantea metas terapéuticas según el riesgo cardiovascular que presenta cada paciente y de este modo se establece un tratamiento a seguir.

La reducción de la mortalidad cardiovascular observada en los países desarrollados se debe en gran parte a una reducción de la prevalencia de los Factores de Riesgo, en el ámbito poblacional. En el nuevo enfoque del Programa Salud Cardiovascular (MINSAL, 2002), las decisiones terapéuticas se basan en la probabilidad de un individuo de tener un evento cardiovascular (CV) en el futuro (infarto agudo al miocardio-IAM o ataque cerebral-ACV). Este enfoque reemplaza las decisiones terapéuticas basadas en la presencia y cuantía de factores de riesgo aislados (hipertensión, diabetes, dislipidemia).

Actualmente, se da una situación en que, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población adulta chilena, con un aumento progresivo del peso porcentual entre todas las defunciones. Esta situación se refleja a nivel nacional; a través de los resultados entregados por la Encuesta Nacional de Salud 2010, los cuales resultan preocupantes; ya que el 54,6% de la población chilena de 15 años y más presenta un riesgo cardiovascular bajo, el 27,6% un riesgo cardiovascular moderado o moderadamente alto y el 17,72% un riesgo cardiovascular alto o muy alto (MINSAL, 2010). Frente a este escenario; el llamado de las autoridades de salud es a una mayor colaboración de la ciudadanía para cambiar las conductas poco saludables.

El Ministerio de Salud, ha formulado prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose en noviembre del año 2000, con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud (alimentación, actividad física, tabaco) y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud. Sin embargo y considerando los resultados que arrojó la última Encuesta Nacional de Salud; es

que el actual Ministro de Salud; Jaime Mañalich, fijó como metas sanitarias, el bajar el nivel de consumo de sal en la dieta, legislar para prohibir fumar en espacios cerrados y buscar medidas intersectoriales para aumentar las multas y penas para quienes manejen en estado de ebriedad³.

De acuerdo a las disposiciones del Ministerio de Salud, cada Centro de Salud debe contar con un equipo responsable del programa de salud cardiovascular, médico, enfermera, nutricionista, auxiliar paramédico y el apoyo de asistente social, psicólogo, kinesiólogo o profesor de educación física, según la disponibilidad. Bajo esta perspectiva es que la Atención Primaria de Salud ha ido innovando en la atención a pacientes cardiovasculares. El tratamiento utilizado para tratar los Factores de Riesgo, contemplan, la educación, la nutrición, la actividad física y el apoyo a través de fármacos.

4. Contexto Institucional

4.1 Centro de Salud Familiar "Padre Manuel Villaseca"

La comuna de Puente Alto, es la comuna que ha presentado un mayor crecimiento en cuanto a su población, lo que ha significado una inversión municipal en áreas de salud, educación, entre otras. La Corporación Municipal de Puente Alto, ha puesto sus mayores esfuerzos en establecer un vínculo con el desarrollo social de la comuna. En este sentido, realiza exitosos programas en educación, salud y atención de menores, que buscan mejorar la vida de nuestra población mejorando sus aspiraciones en educación, salud y cuidado de los menores. En el área de Salud, se ha implementado el modelo de salud familiar, la realización de conceptos locales con la comunidad, la implementación de la ficha electrónica, se ha logrado acercar aun más la salud a los vecinos, entregando un servicio de mayor calidad y eficiencia, reduciendo los tiempos de espera y mejorando la atención, la cual se ha traducido en un excelente cumplimiento de metas. Bajo esta perspectiva, es que en el año 2002, se inaugura el Centro de Salud Familiar "Padre Manuel Villaseca", que pasa a formar uno de los seis centros pertenecientes a la Corporación Municipal. Este Centro de Salud, en un comienzo fue creado para cierta cantidad de población, sin embargo fue tal la aceptación y reconocimiento de la población, que actualmente el Centro atiende al doble de la población que se estimó en un comienzo.

Las políticas institucionales implementadas al interior del Centro de Salud Familiar "Padre Manuel Villaseca", se encuentran guiadas por los principios del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, por su énfasis en la "promoción de la salud", esto es el logro del control en la propia salud con un enfoque comunitario, participativo, utilización de estrategias de difusión masiva y trabajo coordinado en red.

El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para la mantención y el cuidado de la salud, a dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Este modelo está basado en el trabajo en equipo tanto en el nivel primario de atención como de los demás componentes de la red, guiado por los siguientes lineamientos:

³ Nota: durante este año, se ha incrementado la promoción de estilos de vida saludable, a través de publicidad en los distintos medios de comunicación un ejemplo de esto es el programa "Elije vivir sano" que centra su intervención en colegios, universidades, lugares públicos entre otros, pues se pretende incentivar a la población a tener un manejo de su salud a través de estilos de vida saludables.

1. Continuidad de la atención y de los cuidados de salud: Estará dada por un equipo de salud del sector (que tiene asignada una cantidad de familias que habitan un sector, villa o población delimitados), multidisciplinario y de liderazgo horizontal. Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores y tiene autoridad para actuar con estrategias preventivas, promocionales y educativas adaptadas a esa realidad conocida. Este es el fundamento de la sectorización en el proceso que conduce al Modelo de Salud Familiar. La continuidad de cuidados de salud se sustenta en la relación y coordinación que se establece en la red de establecimientos de salud.

2. Prestación de servicios integrados: En cada una de las actividades donde el equipo de salud interactúa con el usuario (morbilidad, controles de salud o de programas específicos) se incorporan contenidos de promoción y prevención, además dichas actividades, independiente si corresponden a diferentes programas de salud, se realizan integradamente por el componente del equipo de salud más capacitado para el tipo de servicio requerido, este equipo está conformado por médicos, enfermeras, Asistentes Sociales, Psicólogo. Se incorporan prestaciones como la atención domiciliaria integral donde las familias de riesgo son visitadas por uno o más miembros del equipo según lo requieran de acuerdo a un plan de intervención elaborado en conjunto entre sus integrantes y el equipo.

3. Resolutividad: Definida como la capacidad del equipo de salud de atención primaria de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisando precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial.

4. Auto cuidado individual y familiar: En todas las actividades se incorpora educación para que los individuos y las familias sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna y efectiva. Las acciones que sustentan esta estrategia son la educación y la conserjería familiar.

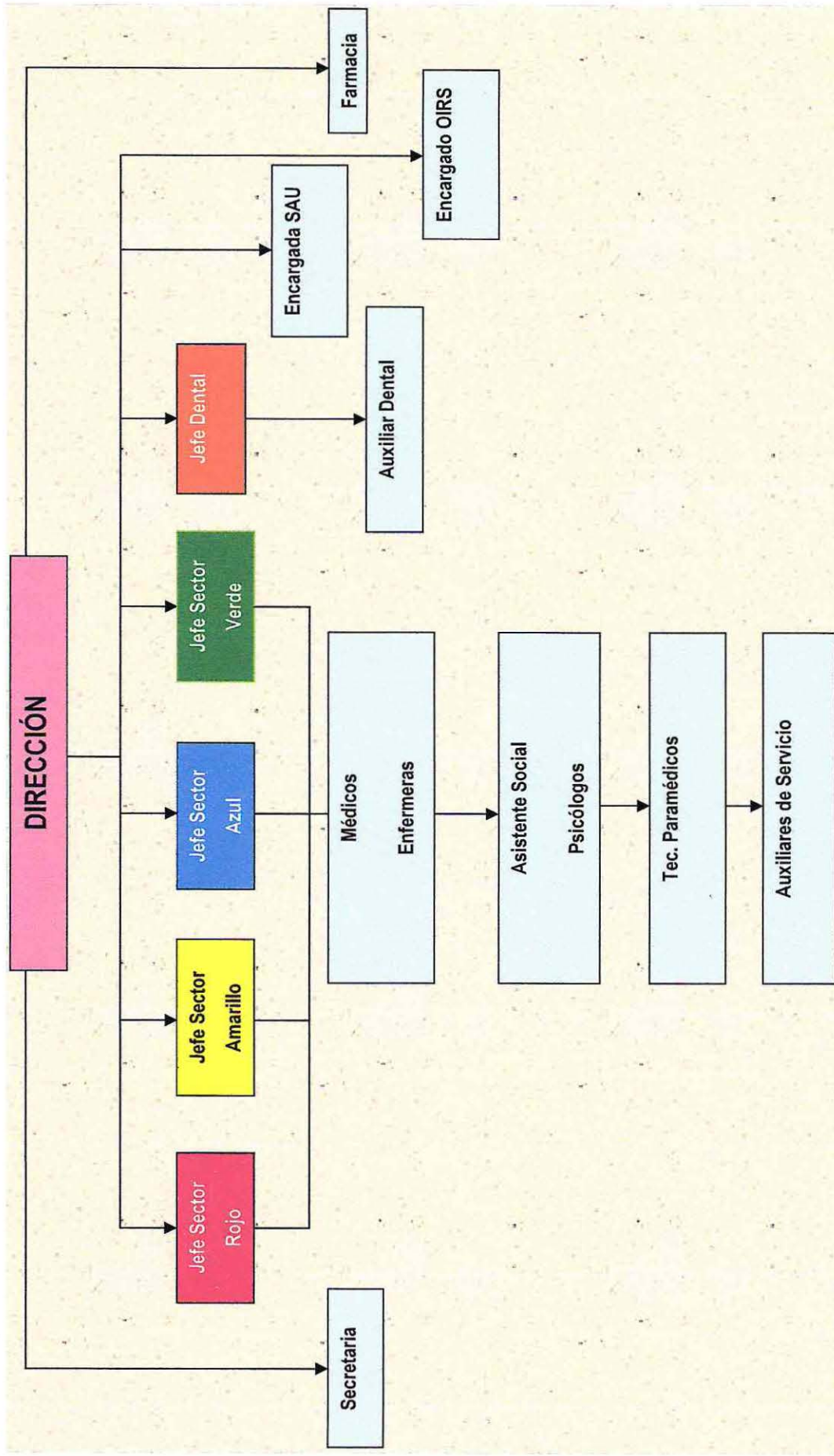
5. Responsabilidad Compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes: Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo, del padre y la madre en el cuidado de los hijos, de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

6. Participación: Reconoce la importancia de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de la salud. Ello con la finalidad de dar pertinencia y adecuar las acciones de salud a las necesidades de la población.

La participación social y comunitaria en la salud adquiere distintas dimensiones:

- a. La corresponsabilidad frente al Control sobre determinantes de la Salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- b. El control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
- c. El ejercicio de rendición de cuentas. Trabajo Comunitario y colaborativo en distintos ámbitos del quehacer en salud de acuerdo a competencias de las redes comunitarias (organizaciones comunitarias de salud grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud).

Diagrama 2: Organización del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca



4.2 Equipo Integral de Intervención Comunitaria

El Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca ha participado en diversas actividades comunitarias, por lo cual es reconocido por la promoción que realizan sus profesionales en el sector. Es así como en el año 2006 en este centro nace el Equipo Integral de Intervención Comunitaria (Ex Módulo de Actividad Física y Educación) una innovadora propuesta que al pasar de los años ha logrado contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población de pacientes con riesgos o patologías cardiovasculares. Su propuesta contempla una población activa compuesta por usuarios que presentan factores de riesgo cardiovascular y/o dos grupos etarios; uno de ellos por usuarios hasta los sesenta años y el otro por usuarios sobre los sesenta años. La intervención considera tres etapas de seis meses cada una en donde se interrelacionan los tres ejes que fundamentan este programa: la actividad física, la educación nutricional y la educación psicosocial teniendo como objetivo central la educación de la población y el auto cuidado en relación a cada uno de los factores de riesgo y sus condicionantes. En forma paralela a estos tres ejes se trabaja además, diferentes temáticas que puedan ser observadas en la población como por ejemplo: depresión, trastornos ansiosos, consumo de tabaco, etc.; siendo estas abordadas por diferentes profesionales relacionados con cada una de ellas.

Actualmente el Equipo Integral de Intervención Comunitaria está compuesto por Nutricionista, Asistente Social, Kinesiólogo y Profesor de Educación Física, además cuentan con el apoyo de alumnos del instituto profesional DUOC, quienes realizan prácticas profesionales con los grupos de pacientes. Finalmente y luego de tres años de existencia del equipo, este se consolida y el flujo de derivación y la organización de entrega de prestaciones, se han sectorizado en base a la distribución de población asignada para cada uno de los cuatro sectores existentes en el Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca.



CAPÍTULO II

MARCO

REFERENCIAL

Introducción

El presente capítulo corresponde al Marco de Referencia, de este Seminario de Título, el cual se configura como el sustento teórico de la presente investigación. Por medio del mismo se pretende especificar aquellas teorías y/o conceptos que darán explicación a las temáticas a tratar. De la misma manera, el marco de referencia permitirá dar un respaldo a todos aquellos hallazgos de la investigación, proporcionando los argumentos necesarios para dar significado a los antecedentes más relevantes recabados.

En una primera parte se dispondrán los antecedentes históricos del Trabajo Social y el quehacer profesional, para luego insertarse en el Trabajo Social actual, en cuanto a las competencias profesionales, a los métodos de esta disciplina y a la vez se dispondrá del sustento teórico en el área de salud para finalmente generar un acercamiento teórico al concepto de valoración profesional.



1. Antecedentes Históricos

1.1 Trabajo Social y sus Orígenes

Los orígenes y antecedentes del Trabajo Social radican en la "función persistente" a través de la historia del hombre y las sociedades transmitidas en forma de "defensa y sobrevivencia" (Comes Da Costa, 1996). Desde épocas medievales la iglesia y los gremios son los encargados de otorgar ayuda a los desvalidos, es una época en la que se habla de la limosna, la ayuda mutua y protección social de reyes y señores. Bajo esta perspectiva es que se puede remontar los orígenes de la profesión a las labores que se realizaban en Europa durante el "renacimiento", en cuanto a la caridad y específicamente en Inglaterra a través del "socorro de los pobres", que tras la reforma trae consigo una secularización de los monasterios y hospitales que habían sido una fuente primordial de ayuda para el desamparado. Precisamente es en Inglaterra donde nace la figura de Juan Luís Vives durante el siglo XVI, su obra el Socorro de los Pobres, trae consigo una forma de ayuda hacia las personas dejando a un lado la humillación y discriminación que existía anteriormente, con esta obra busca abolir la mendicidad en la ciudad de Brujas. Continuando a través de la historia aparecen personajes como San Vicente de Paul (siglo XVII), quien es considerado como un reformador de obras de caridad por la importancia que establece entre la relación de quienes prestan ayuda y quienes reciben. Entre los siglos XVIII y XIX, destaca la figura de Thomas Chalmers, quien organiza la administración del socorro en su parroquia, en Escocia, pues consideraba que era necesario investigar sobre las causas de la penuria y las posibilidades de que el indigente se sostuviese a sí mismo, a raíz y en honor a sus propuestas cincuenta años más tarde se funda la "Charity Organization Society" (COS). Se crea en 1869 con el fin de ayudar a los verdaderos necesitados, reprimir la mendicidad, promover la independencia y trabajar con la familia, es a través de esta organización que el Trabajo Social comienza a tomar profesionalismo a través del ingreso de Mary Richmond, como tesorera de la COS, en el año 1889, cuatro años más tarde se incorpora al grupo de "Visitadoras de Amigas", en el cual tiene por objetivo realizar caridad, para ello visitaban barrios de obreros en los cuales atendían problemáticas sociales. Estudia Sociología y Filantropía. En 1897 en la Conferencia Nacional de Instituciones de Caridad y Corrección expresa de la necesidad de crear una escuela para la instrucción de Trabajadores Sociales. Esto se concreta al año siguiente siendo Richmond docente, sostuvo un trabajo activo en la caridad y filantropía ocupando el cargo de Secretaria General de la COS y colaborando a la creación de diversas legislaciones necesarias en políticas sociales.

En el año 1917 y con más de 17 años de investigación crea el término de **Diagnóstico Social**, donde por primera vez se formula una teoría del Trabajo Social y se especializa en ejecutar cátedras del Trabajo Social de Caso. Esta obra es realizada en la **expansión del funcionalismo**, definiendo al Caso Social Individual como *"un tratamiento prolongado e intensivo que desarrolla la personalidad, reajustando consiente e individualmente al hombre a su medio social."* Ella incurre en el texto, primordialmente en el pesquisar el sentido y la base del servicio social ya que opina que *"sin investigación no es posible realizar trabajo social"* y esto que *"los compuestos tomados en su conjunto indiquen la naturaleza de las dificultades del Cliente y los instrumentos para su solución"*. Esta fue una de las primeras obras de inducción del Trabajo Social, en donde plantea orientaciones existentes hasta nuestros días (Ureta, 2008).

Bajo esta perspectiva y considerando además los aportes realizados por cada uno de estos personajes que han forjado la profesión, es que se puede señalar que hoy en día Trabajo Social es una profesión que ha

pasado por diversas etapas con el fin de "legitimarse", pues si bien es cierto que los primeros pasos de la profesión se adscriben a un modelo médico, en el que destaca una evidente vocación de ayuda, posteriormente y con el aporte de otros personajes como Sigmund Freud y el Psicoanálisis, el desarrollo de la profesión ha ido renovándose, reformulándose, complementándose y a la vez ha asumiendo nuevos roles y campos en la atención de aquellos que requieren algún tipo de protección o apoyo, es así como en la actualidad se encuentra a diversos autores que señalan que el Trabajo Social forma parte de una disciplina en el marco de las Ciencias Sociales, y muchos otros que refieren a una tecnología, que tiene por objeto modificar la realidad. Nidia Aylwin, plantea que en América latina el Trabajo Social se ha desarrollado como técnica, debido a que ha dado importancia a la eficacia de la acción sin contar con el suficiente respaldo teórico que le permitiera interpretar fundadamente y explicar la eficacia de las técnicas utilizadas (Aylwin, Briceño, Jiménez y Lando, 1975). Sin embargo debido a los acontecimientos naturales, políticos, económicos etc., que han ocurrido en la zona, se han producido cambios en los paradigmas exigiéndole a la profesión una aproximación científica a la realidad social. Sea disciplina o tecnología, sus principios son inherentes al actuar profesional, el respeto, la aceptación, autodeterminación e individualización forman parte de los valores que el profesional de trabajo social utiliza en su accionar.

Pilar Alvaríño señalaba que se pasó del "cumplimiento de una función más bien asistencial, a una función orientada a capacitar y a organizar a la comunidad para que asuma una posición participativa en la transformación de la sociedad" (Alvaríño, 1974:11). A la vez expresa " Que la nueva concepción del Trabajo Social es actuar ahora con todos los beneficiarios, adscritos o potenciales del sistema, capacitando y motivando su incorporación a la toma de decisiones que repercuten directamente en el enfoque y calidad de los servicios que ofrecen" (Alvaríño, 1974:13). Sin duda en la actualidad los esfuerzos que se realizan como profesionales del área social están puestos en el empoderar y capacitar a la población en un contexto sociocultural que día a día va presentando modificaciones y que requieren de la contribución que el Trabajo Social como profesión puede otorgar en los más diversos aspectos de la vida en la sociedad; no obstante a pesar de que nos muestra una cara distinta, renovada en el quehacer o actuar, en el sentido del entusiasmo y esfuerzo por generar conocimiento y entregar un aporte a la sociedad respetando los principios de cada uno de sus individuos y guiado indudablemente por los principios profesionales antes mencionados; no se puede dejar de mencionar que gran parte de la sociedad mantiene la cosmovisión de un profesional que ha de ser asistencialista en su desempeño, y que se asocia a ciertas áreas del sector público, es por esto que en muchas ocasiones no es clara la labor y las competencias profesionales del Trabajo Social, esto queda demostrado en lo arduo que ha sido saltar del concepto de "visitadoras"⁴ al de "Trabajador/a Social".

En Chile Trabajo Social surge como profesión en el año 1925 tras la creación de la primera Escuela de Trabajo Social por el Dr. Alejandro del Río, lo que ya demuestra esta cercanía del quehacer profesional al área de salud, pues basado en las influencias europeas, el interés del Dr. Del Río se enmarca en formar profesionales que presten servicios en el área de salud." La influencia Europea, con profesores traídos de Bélgica, hizo que el modelo de práctica profesional se adecuara al Trabajo Social prevaleciente en ese continente, con gran énfasis en la práctica asistencial y en la atención familiar, y con casi nula influencia del psicoanálisis" (Aylwin y Solar, 2009: 72). Se entiende que el ingreso del psicoanálisis a la profesión, por aquella época se encontraba fuertemente ligado a Estados Unidos, por lo que el modelo que se aplica a Chile se encuentra ligado mayoritariamente a las ciencias sociales, particularmente a la sociología.

⁴ Nota: El concepto de Visitadora Social fue el nombre que recibieron las primeras asistentes sociales. Si bien esta denominación fue cambiada en 1957, tras la creación del Colegio de Asistentes Sociales, su uso perdura entre la población.

Los primeros profesionales de Trabajo Social en Chile, comenzaron a ejercer bajo el alero del área de la salud, y las funciones que se les asignaron prioritariamente fueron en la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, las que agrupaban a hospitales y servicios de salud del país, es ahí donde la profesión comienza a acercarse al trabajo con familias de escasos recursos, pues el quehacer profesional por esta época estaba ligado a los problemas económicos que presentaban los pacientes, y para ello la visitadora social, era la encargada de intermediar entre los aspectos médicos y sociales de la población.

1.2 Una Mirada Histórica al Quehacer Profesional

Según Jorge Gissi, el Trabajo Social tiene en su peculiaridad disciplinaria un "objeto material" que es lo social, la sociedad en cualquiera y todas sus manifestaciones, y un objeto formal, que es la transformación a nivel individual micro y macro social, de algunos problemas sociales, apuntando a un objetivo general de bienestar de cada uno y todos los miembros de la sociedad en relación con el desarrollo social pleno en todos sus aspectos, lo disciplinariamente peculiar del Trabajo Social es su objeto formal, esto es, la transformación a diferentes áreas de lo social (Aylwin, 1980). Bajo esta perspectiva es que se señala que el quehacer profesional en sus comienzos estuvo ligado a lo médico, y la labor de las "visitadoras", se enmarcaba dentro de una serie de políticas sanitarias y siempre relacionadas con la situación de pobreza de quienes necesitaban ayuda, sin embargo como bien señala Gissi el objetivo general que es el bienestar, apunta a un desarrollo social pleno, pues es por esto que no es suficiente con la labor de la visitadora social y se empieza a utilizar un método. Con el aporte de Mary Richmond, se le da validez a este quehacer profesional, y es así como en el último siglo, se ha ido dejando atrás el rol asistencialista y se ha dado paso a lo distintivo y particular de la profesión, que es su intencionalidad transformadora, es decir ir generando cambios en función de los problemas que se abordan.

Desde los orígenes de la profesión Trabajo Social ha tenido gran vinculación con el trabajo con familias, el quehacer profesional se ha comprometido desde sus inicios con la intervención en familias, lo cual genera una distinción con el resto de las profesiones. "Trabajo Social fue la primera profesión que se acercó a las familias, en el lugar donde ellas vivían, conociéndolas al interior de sus hogares, y esto le permitió desarrollar una comprensión compleja de las familias en su contexto social, que no es atribuible a otros profesionales." (Aylwin y Solar, 1999: 63). Ya en su época Mary Richmond proponía el concepto de "cohesión familiar", el cual hace sentido a la vinculación emocional del individuo en familia; a partir de esto es que actualmente el quehacer profesional, se encuentra ligado a una intervención de carácter familiar, y si bien existen los niveles de intervención de Caso, Grupo y Comunidad, es casi imposible dejar de lado a la familia al momento de intervenir.

Volviendo al tema del objeto del trabajo social y considerando las aproximaciones a nivel familiar que una intervención tiene, nos encontramos con los fines que ha de tener una intervención profesional; y es así como Nidia Aylwin plantea que frente a los problemas sociales existentes en una sociedad determinada, la intervención del Trabajo Social se orienta principalmente a:

- Identificar y describir los problemas sociales existentes, teniendo claridad acerca de los factores estructurales que los generan.
- Desarrollar una terapia social frente a individuos, familias, grupos y organizaciones afectados por problemas sociales, que incluye:

- Atención inmediata de situaciones de urgencia.
- Desarrollo de proyectos orientados a dar solución parcial o total a los problemas.
- Desarrollo de proyectos orientados a generar recursos y servicios.
- Análisis y diseño de políticas sociales.
- Desarrollo de proyectos orientados a promover la participación de los individuos y grupos en el desarrollo de programas sociales.
- Señalar la existencia de los problemas y la necesidad de buscar soluciones
- Desarrollar una labor educativa orientada a prevenir determinados problemas sociales

De lo anterior se desprende que si bien la labor del Trabajo Social se visualiza formalmente, las exigencias y competencias profesionales son muchas y están en constante cambio a fin de adecuarse al contexto político, económico, social y cultural de la sociedad actual es por esto que durante la formación profesional se ha debido innovar a partir de los indicios de la formación profesional, esto es en la adecuación de las distintas mallas curriculares de muchas escuelas de Trabajo Social; con la finalidad de poder formar a un actor que promueva cambios sociales, a través de su capacidad de motivar, de gestionar y de innovar en propuestas que generen un acercamiento de los individuos, grupos, comunidades y familias a un bienestar social, estando firmemente arraigado a los principios claves del quehacer profesional (Aylwin, 1980).

1.3 Métodos clásicos de Trabajo Social

1.3.1 Trabajo Social de Caso

Reconocido como el método que otorgo valor al profesionalismo de la disciplina, en cuanto fue el primer método sistematizado respecto a la práctica profesional de Trabajo Social. Sus orígenes se remontan a una época en que se tecnifica la beneficencia y se pasa a utilizar el concepto de "asistencia", lo que implica un proceso de ayuda y apoyo a los más desposeídos. Más tarde este método se influencia por la propuesta de Mary Richmond y toma con fuerza aquellas corrientes del psicoanálisis. Según Ander-Egg (1996) este método corresponde a una ayuda social que se presta a nivel individual utilizando una serie de procedimientos que configuran el llamado método de caso social individual (Ander-Egg, 1996). Se considera para toda intervención los factores psicológicos a fin de lograr entender de manera holística las problemáticas sociales que afectan a los individuos.

1.3.2 Trabajo Social de Grupo

Transcurrieron varios años para que se adoptara y reconociera este método como propio del Trabajo Social, pues en un comienzo se tuvo una visión más cercana a un movimiento social; sin embargo en el año 1936 fue adoptado y reconocido como un método propio de la disciplina, entre las definiciones existentes Ander – Egg señala: "es una forma de acción social realizada en situación de grupo que puede perseguir propósitos muy diversos (educativos, terapéuticos, correctivos, preventivos, de promoción, etc) cuya finalidad es el crecimiento de los individuos en el grupo y a través del grupo y el desarrollo del grupo hacia tareas específicas y como medio para actuar sobre ámbitos sociales más amplios" (Ander-Egg, 1996:137-138). El

trabajador/a social que utiliza este método ha de desarrollar ciertas cualidades, capacidades y destrezas como parte de su personalidad que le permitan manejar y utilizar dinámicas y técnicas que aporten a generar un buen trabajo a nivel grupal.

1.3.3 Trabajo Social Comunitario

Este método nace como una respuesta a aquellas problemáticas sociales que surgen tras los procesos de cambios en la sociedad y que están referidos a temas económicos, culturales, poblacionales, entre otros. El Trabajo Social Comunitario sentó sus bases en una organización de la comunidad, Newstetler plantea que este método surge a partir de una doble problemática, una es la cooperación y la coordinación de diversas agencias de ayuda y otra se refiere a un método de Trabajo Social que es inter-grupal (Ander-Egg, 1996).

El Trabajo Social Comunitario supone objetivos que van ligados a la solidaridad, la convivencia y la participación de los individuos, grupos y familias que componen la sociedad; es por esto que las estrategias a utilizar se orientan a la motivación e incentivo de participación por parte de la ciudadanía en las problemáticas sociales, promoviendo fortalecer la autonomía de cada comunidad frente a sus problemas, necesidades y propuestas de cambio.

2. Trabajo Social en Salud

2.1 Intervención Profesional en Salud

Desde una perspectiva histórica, el Trabajo Social, nace bajo el alero de aquellos que requieren ayuda para subsistir, y que se encuentran en una situación precaria, ya sea social, económica, política, cultural. Este tipo de situaciones se han suscitado durante siglos, desde los comienzos de la humanidad; existen diferencias entre los seres humanos, que llevan a unos a necesitar de otros. Remontándonos en la historia, se podría decir que es en la edad media donde se encuentran las situaciones más concretas en torno a los indicios del servicio social, ya que tras la aparición de la figura de Juan Luís Vives y su obra el "Socorro de los pobres", se abre un campo del área social que es seguido por muchos actores sociales, que vinieron del mundo político, médico, eclesiástico, entre otros, pero sin duda quien estimula y genera el profesionalismo en el actuar es Mary Richmond, a través de sus obras "Social Diagnosis" y "Case Work", dándole una cabida al método y aproximándose a una labor científica y de mayor envergadura. Es así como el Trabajo Social profesional, va generando su campo de intervención y aparece el accionar profesional en niveles de caso, grupo y comunidad. Mientras en Europa y Estados Unidos la profesión se consolidaba, en Latinoamérica llega a través del Dr. Alejandro del Río, quien influenciado por la corriente Europea, consideró que la labor asistencialista de las "visitadoras sociales", era una forma de apoyo en los servicios de salud. Así crea en Chile, la primera escuela de Trabajo Social del Dr. Alejandro Del Río y cuya primera directora es la profesora belga Jenny Bernier.

Es notable la influencia europea en el Trabajo Social Latinoamericano, sin embargo al pasar del tiempo ingresan fuertemente las influencias estadounidenses guiadas por el psicoanálisis, lo que puede ser visto como la irrupción del proceso reconceptualizador de Trabajo Social, pues no se integran ambos paradigmas en el actuar profesional. Ander Egg señala que tras el proceso de reconceptualización, la profesión aun conserva muchos achaques y manías, pero que ha sido creativo en cuanto a la producción

de conocimiento y diversificación de roles. Bajo esta perspectiva se puede señalar que el Trabajo Social Latinoamericano se ha enfocado en diversas áreas, infancia, pobreza, familia, salud; y es esta última en la que ha tenido mayor participación, pues si se parte de la premisa de que el Trabajo Social nace directamente vinculado a la pobreza y a los sistemas sanitarios, y más aun la historia de la profesión en Latinoamérica nace a raíz del apoyo a sistemas de salud, es pertinente señalar que es una de las áreas en las que el Trabajo Social se ha desarrollado y ha ido creciendo y fortaleciendo.

Es por esta razón que el sistema de salud público chileno, le otorga relevancia al rol del trabajador/a social, y es que el objeto de estudio del trabajo social se vincula a una intervención integral, que con el paso de los años ha tomado fuerza en el área de salud, tras el cambio de paradigmas y el ingreso de un Modelo de Salud Integral, cuyo perfil va más allá del trabajo a nivel individual, sino que también grupal, familiar y comunitario, con el cual se busca tener una visión sistémica respecto a los significados de salud y enfermedad en la población. Desde otra vista y más allá de las diferencias legítimas y válidas que puedan surgir, el Ministerio de Salud considera que apoyando a la familia y a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de habilidades y destrezas para una vida saludable, está actuando sobre el núcleo principal de la sociedad (MINSAL, 2004).

Los antecedentes históricos del Trabajo Social, dan cuenta de la firme relación que ha tenido el quehacer profesional con el área médica o de salud, desde los comienzos eran las visitadoras sociales las encargadas de generar el acercamiento entre el paciente y el médico.

A raíz de los cambios de carácter, políticos, sociales, culturales y económicos que ha vivido el país, la labor del trabajador/a social ha ido pasando por diversas etapas, a pesar de ello es el área de la salud pública, una de las fuertes para el desempeño profesional, y es así que en esta área el rol del profesional ha sufrido cambios debiendo innovar y pasando de un rol puramente asistencialista y basado en el nexo entre el paciente y el médico; a un rol de ejecutor de políticas, de creador y promotor de programas y proyectos sociales, y de evaluador de estos mismos.

Las situaciones de cambio y reforma que se han vivido en la política pública de salud en Chile, referidas a un Modelo de Atención Integral Familiar, conllevan a cambios estructurales en el sistema de salud; lo que abre un amplio campo para el trabajador social, puesto que a lo biomédico se le agrega lo psicosocial y cultural, lo cual se encuentra directamente relacionado con los procesos de salud/enfermedad que vivencia la población. Es así como el trabajador social ha debido tomar gran protagonismo, por sobre todo en el Nivel Primario de Atención; en el que su rol se ha ido adecuando a los requerimientos de la sociedad, pasando a ser un ente reflexivo y crítico con una mirada sistémica y global de las necesidades existentes en el campo de la salud, otorgando un aporte a través de la intervención profesional que se lleva a cabo.

Considerando estos antecedentes se puede señalar que el Trabajo Social en Salud, es un campo pionero en la profesión, pues el área de la salud, permite al trabajador social desempeñarse en sus más variados roles profesionales, desarrollando su labor en instituciones de carácter público como privado. Si entendemos la salud como componente fundamental de la calidad de vida, el tratamiento del individuo deja de estar sometido a la dualidad salud-enfermedad, para conseguir un objetivo mucho más amplio: el bienestar bio-psicosocial. En este sentido un individuo de buena salud es aquél capaz de funcionar tan eficazmente como es posible en su medio y de consagrarse plenamente a sus proyectos. (Pineault y Daveluy, 1987).

Los cambios acontecidos en el área de la salud, resaltan en cuanto a los niveles de intervención de promoción y prevención; y no solo las acciones curativas o rehabilitadoras, es por esto que la labor del trabajador social a nivel de promoción y prevención de salud, radica en una tarea de carácter educativa orientada a la prevención y el empoderamiento de la población respecto a su situación de salud. La contribución del trabajador social en salud, se hace notar a través de su incorporación en los equipos multidisciplinarios de intervención, cuya función es entregar herramientas que permitan cumplir con la incorporación de la educación de carácter psicosocial en la población, a través del trabajo tanto a nivel individual, como grupal, familiar y por supuesto el comunitario.

El quehacer profesional actual exige dar un vuelco a aquellas acciones de carácter paternalista o asistencialista, que se solían realizar en el hacer profesional del área de salud hace algunas décadas, puesto que hoy en día el quehacer del profesional de Trabajo Social en salud, requiere a profesionales que inciten a la población a generar cambios positivos en su salud y que no solo se preocupen de lo curativo más bien que genere instancias de promover mejoras en la calidad de vida de los individuos, grupos y comunidades, este es el rol de facilitador de procesos de transformación y cambio social en salud.

2.2 Competencias Profesionales del Trabajo Social

Las formas de vida del hombre han cambiado y seguirán cambiando al compás del encadenamiento de las innovaciones tecnológicas. La revolución industrial originó profundos cambios, principalmente en el medio ambiente, que condiciona y limita la vida colectiva desarrollada sobre las relaciones sociales y los procesos de comunicación. El entorno y los recursos de que disponemos forman del medio ambiente, por lo que la adaptación hace posible la vida del hombre. La adaptación es un proceso realizado mediante la obtención de recursos y del trabajo humano, en el que se utilizan técnicas y respuestas socioculturales que influirán no sólo en los individuos, sino sobre el grupo que es quien en realidad llega a un ajuste con su medio. Todo grupo social mantiene un sistema de creencias que puede ser alterado, en mayor o menor medida, por las respuestas originadas para la adaptación; esta alteración trae como consecuencia cambios que llevan a la desorganización social, la secularización cultural y la individualización. Esto es lo que se verifica a menudo en la realidad del medio urbano y, cada vez con más frecuencia, también en el rural, dada la creciente interdependencia entre las distintas organizaciones sociales. Se da un aumento de comunicación, pero también de dispersión y de heterogeneidad que provocan la imposibilidad de encontrar los recursos necesarios para poder abordar la adaptación y evitar el conflicto.

La complejidad social hace pues necesaria la creación de redes capaces de generar recursos que eviten la dispersión y la inadaptación del individuo al medio. Una de las respuestas es la educación para la salud, ejercida desde todos los sectores de la organización social: familia, escuela, instituciones, Estado, etc. y desde la perspectiva didáctica de los profesionales. Estos serán a la vez una parte integrante del grupo social y un recurso técnico que canaliza las acciones a emprender, mediante la ejecución de planes y programas preventivos.

Es así como Trabajo Social ha ido avanzando en diversas temáticas al pasar de los años, desde temas como la expansión de la vida humana, infancia, familia, entre otros, hasta temas comunitarios como los que

se plantean en la IX Conferencia Internacional de Servicio Social de Tokio⁵, en 1958, conferencia en la que se presenta un empoderamiento de la labor comunitaria del Trabajo Social y se señalaron una serie de cualidades necesarias en el Trabajador Social que trabaja con comunidades, que son:

- Experiencia para movilizar los recursos de la comunidad a fin de alcanzar objetivos sociales; conocimientos especiales en el trabajo de grupo
- Conocimientos sobre actividades especializadas (colaboración médico/social)
- Conocimiento de elementos socioculturales
- Capacidad para hacer investigación social

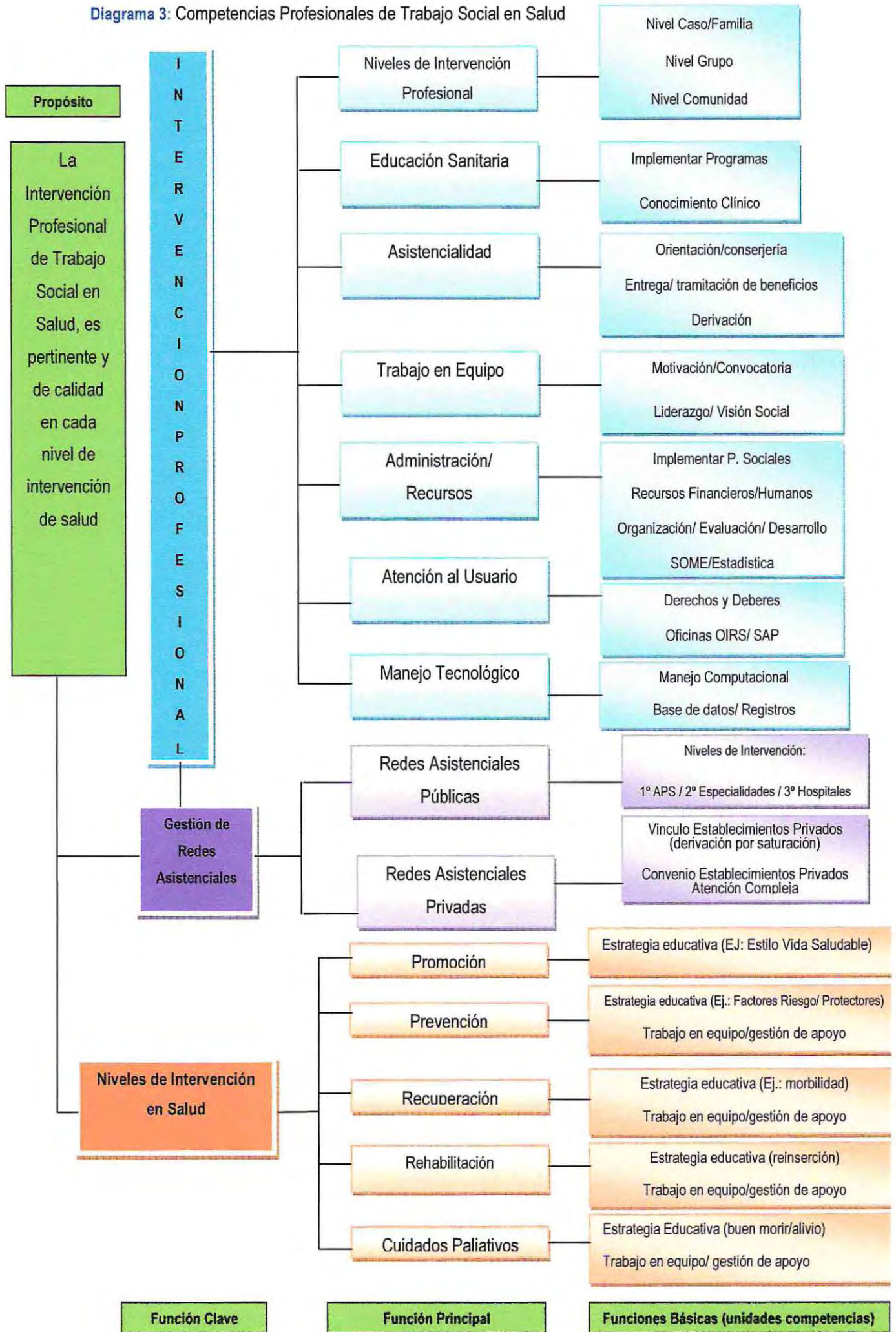
El trabajador social actúa previniendo, promoviendo, interviniendo, rehabilitando y educando en el campo de la salud. La formación recibida en las Escuelas de Trabajo Social prepara para hacer frente a estas funciones, pero esto no es inconveniente para que continúe la formación. Nos movemos dentro de una sociedad cambiante y se debe estar preparado para asimilar los cambios. Los juicios de competencia de la tradición profesional de Trabajo Social son actualmente confrontados con las nuevas competencias demandadas desde un escenario profesional, impactado por las transformaciones estructurales. Lo anterior, se traduce en nuevas demandas del mercado laboral, donde los procesos de inserción de los profesionales en los puestos de trabajo implican requerimientos que superan las competencias participativas y personales, centrales para el enfrentamiento de un mundo en permanente cambio. Así entonces los y las trabajadores sociales desarrollaron procesos de inserción en contextos laborales, que demandan crecientes requerimientos tecnológicos; orientados a entregar respuestas de calidad a problemáticas y necesidades sociales diversas y cambiantes; con estructuras de funcionamiento flexibles y dinámicas; y con una tendencia creciente a trabajar en torno a proyectos y productos, más que por actividades estandarizadas predefinidas. (Castañeda y Salame, 2001).

Las competencias profesionales, están en constante evaluación y es que no solo el profesional es quien se encarga de evaluar y cuestionar su desempeño; sino que entran en juego innumerables actores sociales, partiendo del cliente hasta otros técnicos y profesionales; hoy en día el trabajador/a social debe ser capaz de demostrar y desarrollar todas aquellas cualidades inherentes a la profesión, que hacen marcar una diferencia entre otras carreras del área social, puesto que si bien el mundo actual exige trabajar en equipos muchas veces multidisciplinarios, la esencia que enmarca esta profesión debe hacerse notar y distinguir del resto, pues el objeto de estudio del Trabajo Social no es el mismo que el de otras profesiones, al reflexionar al respecto no queda más que la sensación de que hay mucho trabajo por realizar aun, muchas barreras que superar para generar cada vez más conocimiento; el trabajador/a social debe conocer, construir y usar modelos.

Actualmente Trabajo Social se vincula a diversas áreas de trabajo, sin embargo toma fuerza en términos de políticas públicas pues aparecen todas aquellas vinculadas con el bienestar de la población, en ese sentido cobra fuerza la figura del trabajador/a social vinculado a temas de previsión, vivienda social, bienestar social, familia y salud, entre otros.

⁵ La primera conferencia internacional de Servicio Social se realizó en París en 1928 y su tema fue "La expansión de la vida humana", la segunda conferencia se realizó en Frankfurt en 1932 y su tema central fue la familia, la tercera conferencia se celebra en Londres en el año 1936 y su tema central fue el servicio social y la colectividad.

Diagrama 3: Competencias Profesionales de Trabajo Social en Salud



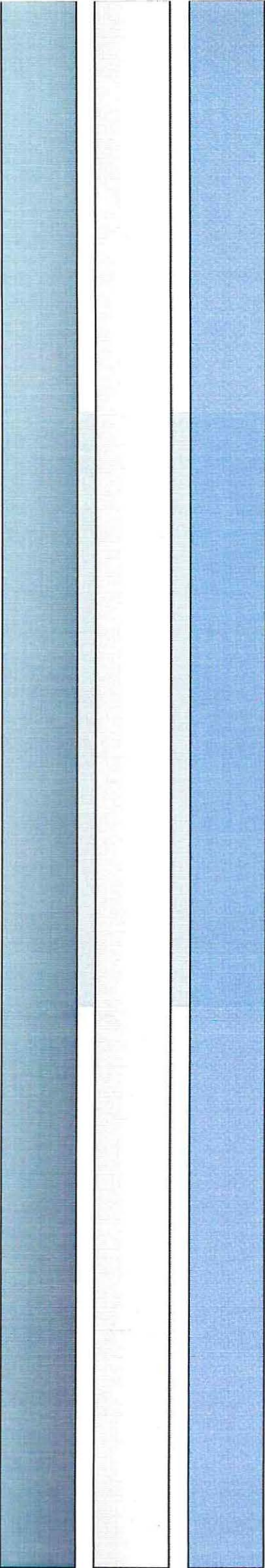
2.3 Concepto de Valoración Profesional

Al utilizar el concepto de "valoración" en el ámbito de las competencias profesionales que despliega el trabajador social, es necesario aclarar que entran en juegos múltiples actores, que forman parte del actuar de este profesional. Para obtener un acercamiento a lo que implica la valoración, aparecen muchas definiciones, entre estas; Pelechano (1988), quien afirma que las principales condiciones que debe tener la valoración son las siguientes:

- Debe proporcionar información suficiente como para poder tomar decisiones alternativas.
- Los resultados de la valoración deben permitir mejorar lo que se está realizando o se haya realizado.
- La valoración debe tener en cuenta los objetivos inmediatos, a medio y largo plazo.
- Deben tenerse en cuenta tanto los objetivos y los efectos estrechamente relacionados con ellos, como los efectos no esperados.
- Los diseños de análisis a utilizar deben ser principalmente multivariados.
- Los procedimientos de obtención de información deben cumplir los requisitos mínimos de objetividad, fiabilidad, validez, viabilidad, utilidad y responsabilidad ética.

Fernández-Ballesteros (1999) refiere a: la sistemática investigación del mérito, valor o éxito de concretos tratamientos, intervenciones o programas llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social. De acuerdo a las definiciones del concepto de valoración, y llevándolo a la práctica, es que se entiende como una necesidad explícita en el desempeño que ha de tener cada profesional en su actuar, pues la valoración pasa a formar parte de un compromiso entre muchos actores y sin duda el único propósito o fin que tiene, es el mejorar y contribuir a alcanzar las metas establecidas en la infinidad de situaciones o contextos que se puedan suscitar.

Al hablar de valoración profesional, se hace referencia al reconocimiento o aprecio del valor o mérito, precisamente la valoración profesional permite generar un acercamiento a las percepciones y significaciones que tienen para los equipos de profesionales de distintas disciplinas y para los pacientes o usuarios el poder contar con el apoyo y las competencias profesionales del Trabajador Social.



CAPÍTULO III

INVESTIGACIÓN

DIAGNÓSTICA

Introducción

El presente capítulo corresponde al Diseño de Investigación, es aquí donde se brindan los ejes de acción a fin de constituir una base para el adecuado desarrollo de la investigación.

En una primera instancia se presentará el Problema de Investigación que ha sido detectado por la Alumna Seminarista. En una segunda instancia se fundamentara el porqué de esta problemática escogida.

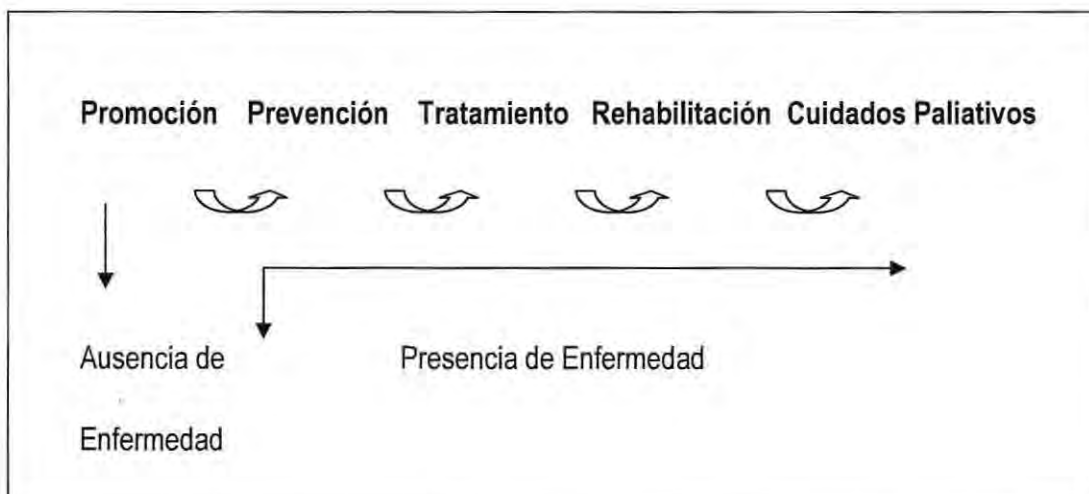
Finalmente se darán a conocer las Preguntas directrices de esta Investigación y aquellos Objetivos tanto General como Específicos que orientarán el actuar de la seminarista que suscribe.



1. Problema de Investigación

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata (1978), se establece que uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, debe ser que todos los pueblos del mundo, alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, bajo esta perspectiva, se considera como la clave para lograr este objetivo la "Atención Primaria de Salud", es así que en los niveles de atención de salud en Chile⁶, el nivel de atención primaria es donde se permite el accionar profesional en los más variados contextos y circunstancias. Bajo esta perspectiva es que los Centros de Salud y Centros de Salud Familiar priorizan intervenciones desde la educación y aquellas acciones que resultan ser protectoras, ya que posibilitan una mayor permanencia en el tiempo y a largo plazo, permiten una mayor eficacia en el resultado de las medidas preventivas frente a factores de riesgo para la población que atienden. La Atención Primaria de Salud, se esfuerza en desarrollar intervenciones terapéuticas desde una mirada integral en los individuos y sus grupos familiares, considerando en ellos, el componente biomédico, social y ecológico, como a su vez el psicosocial individual y familiar, ya que muchas patologías de alta prevalencia e impacto en nuestra sociedad, poseen condicionantes hereditarias y por sobretodo de condicionamiento transgeneracional, a partir de la enseñanza de hábitos no saludables, lo que es la base de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la Hipertensión Arterial (San Martín, 2007).

Diagrama 4: Los niveles de intervención en Atención Primaria de Salud son cinco (Castañeda y Cazzorla, 2008)



En el nivel primario de atención los mayores esfuerzos se concentran en la promoción de salud y la prevención. La promoción de salud se entiende como un "proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla" (Carta de Ottawa, Ginebra 1986). Los pilares de la promoción de salud son:

- Comunicación social: garantiza la adecuada y oportuna información de la opinión pública, los líderes sociales y políticos y el equipo de salud, de modo que participen en forma decisiva en los propósitos de desarrollo y salud.

⁶ Nota: Nivel Primario (Hospitales), Nivel Secundario (Especialidades), y APS (Consultorios, Postas, SAPU).

- Participación Social: proceso de la población a través del cual ésta asume su derecho a la salud por medio del auto cuidado y la autogestión.
- Educación para la salud: es la combinación de experiencias de aprendizaje planificadas y destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.
- Coordinación intersectorial: establecer relaciones estables o transitorias con otros sectores, en relación a problemas de salud de las personas y del ambiente.

El Ministerio de Salud inició en el año 1998 el Plan Nacional de Promoción de la Salud, con metas propuestas para el año 2000 en una primera fase, las que luego se ampliaron con vistas al 2010. Simultáneamente se creó el Consejo Nacional para la Promoción de Salud o VIDA CHILE, organismo intersectorial integrado por 28 instituciones nacionales. Este consejo está encargado de elaborar las políticas de promoción de salud en el país, coordinar los esfuerzos de las instituciones participantes, asesorar a los ministerios y a los gobiernos regionales y locales en los temas de promoción, y apoyar la implementación de los planes de promoción de la salud (MINSAL, 2000).

Por su parte la prevención de salud habla de un enfoque reactivo para, evitar que aparezcan enfermedades y/o para pesquisar la pronta aparición de la patología.

La relación entre el trabajador/a social y las intervenciones en salud, conllevan al planteamiento de objetivos en cuanto al quehacer profesional en esta área, y es así como dentro del primer nivel de atención, los objetivos que se plantea el trabajador/a social son:

- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida, que inciden en los procesos de salud-enfermedad de la población.
- Contribuir a la implementación de la atención primaria, como parte de la estrategia de desarrollo local.
- Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales especialmente de la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud.
- Contribuir en la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de la salud.
- Promover en conjunto con el equipo de Salud una eficiente utilización de los recursos existentes (gubernamentales – no gubernamentales), a nivel público o privado, contribuyendo a su articulación.
- Trabajar en equipo los diferentes casos sociales que son pesquisados por los profesionales del equipo de salud.
- Aplicar con los equipos multidisciplinarios el enfoque psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de problemas específicos de salud.
- Contribuir en que los equipos de salud incorporen los elementos psicosociales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de las actividades.
- Estimular la coordinación para la atención de salud, en la perspectiva facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.
- Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social, en relación a la morbilidad y mortalidad.

Considerando los aspectos tratados anteriormente, es que se reflexiona respecto a la contribución que proporciona el Trabajo Social en esta área, Millán (2003) define el trabajo Social en Salud como una actividad profesional cuyo objetivo está orientado a la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de Salud – Enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad.

El propósito del trabajo social es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo adecuado de potencialidades de los individuos, familias, grupos y comunidades, en el área de Salud el trabajador social ha buscado promover estilos de vida saludable tanto físicamente como psicosocialmente, con el cambio de enfoque que ha sufrido el sistema de salud (enfoque eco- bio- psicosocial), se ha pasado a trabajar enérgicamente en aquellas actividades dedicadas a la promoción y prevención en Salud.

Bajo esta perspectiva, es necesario contemplar uno de los temas más emblemáticos de salud en Chile, la “Salud Cardiovascular”, puesto que afecta a gran parte de la población siendo la principal causa de muerte en el país, una de cada tres defunciones ocurre producto de un evento o patología cardiovascular. Además de la mortalidad que estas enfermedades causan, cabe señalar que son de una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica: de ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias conducentes a la reducción de su mortalidad y morbilidad, las que incluyen coordinadamente acciones de promoción de una vida saludable, prevención, curación y rehabilitación en la Atención Primaria de Salud.

La labor del trabajador/a social en esta área se ve acrecentada con el nuevo enfoque que se le da al Programa de Salud Cardiovascular, y es que ya no solo se estima que la solución va de la mano de los medicamentos; sino que se ha visto la necesidad de ingresar profesionales del área psicosocial con el fin de responder a una atención integral para aquellos pacientes cardiovasculares; pues hace falta un incentivo y un trabajo de concienciación de la población respecto a estas patologías, lo cual se logra a través de una intervención que contenga el aporte psicosocial.

La valoración que se otorga a los profesionales de Trabajo Social que realizan labores en el área de salud no es un tema muy ahondado, pues si bien el Trabajo Social ha acumulado grandes conocimientos y logros a partir de la práctica en esta área, la información obtenida casi no ha sido sistematizada y no existen muchos referentes al respecto.

2. Fundamentación

Este estudio nace de la necesidad imperiosa de conocer la valoración que se le otorga al ejercicio profesional del Trabajo Social en las problemáticas sociales insertas en el área de la salud, pues si bien el trabajador/a social tiene cabida dentro del programa cardiovascular, existe el interés de acercarse a la realidad a fin de saber si es suficiente y pertinente la forma en que se desempeña el profesional para apoyar a los equipos, y a la vez estar al tanto de la valoración que estos equipos y los mismos pacientes le otorgan al actuar de este profesional. Todo esto con la finalidad de obtener conocimiento respecto al quehacer del trabajador/a social y sus competencias profesionales, además de generar aportes o propuestas referidas a las intervenciones en el área cardiovascular.

En base a lo expresado anteriormente es que este estudio se vislumbra como un aporte a la profesión, en cuanto permite generar conocimientos a partir de una profunda reflexión, lo que forma parte importante de toda disciplina y por esto es que resulta motivante el hecho de investigar sobre las competencias profesionales que se identifican como propias del Trabajo Social, para así poder plantearse propuestas e ir creciendo profesionalmente y por sobre todo para no caer en el dinamismo profesional, que bien plantea Nidia Aylwin, cuando señala que "los trabajadores sociales se han dejado llevar por el dinamismo de la acción, se han abrumado de trabajo, y no han sido capaces de darse el tiempo necesario para el estudio, el análisis y la reflexión, y en lugar de dominar su práctica han sido dominados por ella" (Aylwin, 1999: 55-56), cabe señalar que esto no implica que la práctica sea relegada en el ejercicio profesional; si no que ha de ser una instancia que permita crear conocimiento y generar experiencia, aportando el crecimiento y desarrollo de la profesión.

Por otra parte este estudio pretende proporcionar aportes a la institución patrocinante y la casa de estudios que cobija el presente Seminario de Título; esto a partir de los hallazgos y conclusiones que se obtengan tras el término de la investigación, lo cual es posible gracias a una profunda reflexión sobre la temática abordada y la sistematización de todo el proceso llevado a cabo con el fin de que sea de utilidad para futuras intervenciones respecto a ambas instituciones, esto a través de la concreción de un informe final de Seminario de Título.

Finalmente cabe mencionar que este estudio pretende generar aportes a la autora que tienen que ver con un crecimiento profesional y un acercamiento a la realidad laboral, pues permite familiarizarse con labor que realiza actualmente el trabajador/a social en salud y la valoración que se otorga al ejercicio y competencias del profesional, específicamente en la salud cardiovascular, pues se hace necesario saber/conocer como están interviniendo los profesionales en esta realidad social y de qué manera se relacionan con otros profesionales y con los beneficiarios del sistema de salud, lo cual genera un conocimiento que permite proponer y proyectar futuras intervenciones.

3. Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es la valoración que otorgan, equipos interdisciplinarios y pacientes cardiovasculares del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca a las competencias profesionales que identifican del trabajador social?
2. ¿Qué valoración percibe el trabajador social por parte de su equipo y pacientes frente a las competencias profesionales que despliega en su intervención en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca?
3. ¿Cómo se expresa la valoración que otorgan, equipo interdisciplinario y pacientes cardiovasculares del CESFAM Padre Manuel Villaseca a las competencias profesionales que identifican en el proceder del trabajador social?

4. Objetivos de Estudio

Objetivo General:

“Conocer el repertorio y valoración de las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones realizadas en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca”

Objetivos Específicos:

- Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorga el equipo interdisciplinario a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorgan pacientes cardiovasculares a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Identificar la valoración percibida por el trabajador social, respecto al equipo y pacientes, frente al desempeño de sus competencias profesionales en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Describir la valoración presente en el discurso de los tres actores que conforman el Equipo de Intervención comunitaria, respecto a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en su desempeño profesional.



CAPÍTULO IV

DISEÑO

METODOLÓGICO

Introducción

La investigación que se realizará se enmarca dentro de la lógica del paradigma cualitativo y por lo tanto se centra en conocer percepciones y significaciones a partir de las experiencias de los actores involucrados. Esto se explica en el interés de conseguir la información a través de la inserción de la autora, en la realidad misma de los sujetos de investigación que son pacientes cardiovasculares y profesionales que pertenecen al Equipo de Intervención Comunitaria del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca.

A continuación se detallan las características metodológicas propias de esta investigación y que otorgan consistencia y sustento metodológico al presente Seminario de Título. Es así que se explicitara el tipo de estudio, tipo de investigación, el diseño de esta y la delimitación del campo a estudiar. Posteriormente se identifican los instrumentos con los cuales se recolectara la información y el plan de análisis que se pretende utilizar con la información obtenida.

Finalmente en este capítulo se proporcionan los criterios de rigor asociados a la calidad de esta investigación y los aspectos éticos a considerar durante el proceso investigativo.

1. Tipo de Estudio

Para efectos de esta investigación se utiliza la metodología cualitativa, pues se busca conocer e investigar sobre la valoración que se otorga a las competencias profesionales del trabajador/a social, a partir de la experiencia y percepciones de personajes significativos en el proceso.

Entre las características de la metodología cualitativa, se encuentra una visión holística e integrada de la realidad, que permite generar un acercamiento a una visión integral del problema o tema a tratar. La metodología cualitativa utiliza el "enfoque fenomenológico", el cual aporta a la metodología cualitativa, en el estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial; y su interés por conocer como las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción (Rodríguez, Gil y García, 1999).

De acuerdo a Creswell (1998), Álvarez -Gayou (2003) y Mertens (2005), la fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas:

- En el estudio, se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- El diseño fenomenológico se basa en el análisis de discurso y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición, imaginación y en las estructuras universales para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).
- Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.
- En la recolección enfocada se obtiene información de las personas que han experimentado el fenómeno que se estudia.

El enfoque fenomenológico, es oportuno y se vincula a los objetivos de este estudio, ya que "...la investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad...es la descripción de los significados vividos, existenciales...procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana...es la exploración del significado del ser humano...busca conocer los significados que los individuos dan de su experiencia..." (Rodríguez, Gil y García, 1999: 40).

Este método de investigación, permite generar conocimiento a través de las significaciones o percepciones que poseen los sujetos a investigar⁷, se orienta a ver las cosas desde el punto de vista de otras personas ya inmersas en esta realidad social.

⁷ Nota: Trabajador Social, Otros Profesionales y Pacientes.

Al tratarse de una investigación orientada por la metodología cualitativa, se permite indagar y comprender el espacio social en el que se desenvuelve el trabajador/a social, los profesionales y pacientes, Le Compte, plantea que la investigación cualitativa podría entenderse como "una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos, para esta autora la mayor parte de los estudios cualitativos está preocupado por el entorno de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos contextos naturales, o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en los que los seres humanos se implican e interesan y evalúan y experimentan directamente" (Rodríguez, Gil y García, 1999: 34). En este sentido cabe señalar la gran importancia que se otorga a la forma en que se recolecta la información, puesto que "los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización de una gran variedad de materiales- entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos- que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados de la vida de las personas"(Rodríguez, Gil y García, 1999:32).

2. Tipo de Investigación

La investigación realizada, se clasifica dentro del tipo exploratoria y descriptiva (Hernández, Fernández y Baptista, 1998), pues los estudios exploratorios nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad y contribuyen con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación en particular. Grajales señala que con el propósito de que estos estudios no se constituyan en pérdida de tiempo y recursos, es indispensable aproximarnos a ellos, con una adecuada revisión de la literatura. En pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, establecen el tono para investigaciones posteriores y se caracterizan por ser más flexibles en su metodología, son más amplios y dispersos, implican un mayor riesgo y requieren de paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador. El estudio exploratorio se centra en descubrir (Grajales, 2000). Si bien la labor del trabajador/a social en el Centro de Salud se encuentra tipificada, la valoración y efectos del despliegue de las competencias profesionales, no es algo que se encuentre desarrollado en plenitud, lo cual se evidencia en la escasa sistematización de experiencias realizadas y en la falta de investigaciones referidas a este tema.

Por su parte los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Bajo esta perspectiva, la investigación realizada no pretende explicar el problema ni establecer una relación de causalidad, sino que intenta generar conocimientos a partir de las vivencias de los sujetos, es decir describir y evaluar situaciones, conocer como es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno. Describir e interpretar las percepciones y significaciones de los sujetos investigados.

3. Tipo de Diseño: No Experimental

Para el presente Seminario de Título el tipo de diseño utilizado fue el no experimental, pues la investigadora se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos. La investigación de tipo no experimental, también llamada *ex post facto* -que proviene del latín, significa, "después de ocurridos los hechos"- se caracteriza porque el investigador no tiene control sobre las variables, específicamente la variable independiente, porque ésta ya ocurrió.

4. Delimitación del campo a estudiar



4.1 Unidad de Análisis

La unidad de análisis la conforma el objeto de estudio, es decir, las valoraciones (opiniones, apreciaciones, percepciones y juicios) que tienen el equipo interdisciplinario, el trabajador social y pacientes del área cardiovascular del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca, respecto al repertorio de competencias profesionales trabajador social. En este sentido para la investigación será fundamental plantear una distinción entre la recogida de datos y lo que se conoce como producción de información; la primera representa algo externo al investigador, algo posible de capturar sólo con la llegada al contexto de estudio pues sería un objeto palpable, evidente a los ojos; a su vez, la producción de información involucra un proceso activo en el investigador, en el cual toma conciencia de la influencia que tiene sobre los datos, y lo difícil que es su manejo, principalmente cuando estos son producto de percepciones y conversaciones, en las cuales están presentes todas las dificultades que presenta la técnica cualitativa (Rapport, setting, etc).

4.2 Muestra e Informantes

La muestra en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etcétera sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia. Para efectos de este estudio, se utilizará un Muestreo Intencionado, debido a que se seleccionarán los sujetos, porque tienen uno o varios atributos que ayudan a ir desarrollando una teoría (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En el caso de esta investigación, se utiliza este tipo de muestreo, pues los sujetos participantes serán seleccionados en base a criterios que se enmarca en el área de la salud cardiovascular y las competencias profesionales del trabajador/a social, por lo tanto es necesario que exista un vínculo entre ambos, para ello es que se establecen criterios de inclusión y son los siguientes:

- Equipo de profesionales que desempeñan labores en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria (EIIC) del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Trabajador Social que forma parte del Equipo Integral de Intervención Comunitaria (EIIC) del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

- Pacientes diabéticos (DM) y/o hipertensos (HTA), beneficiarios que participan en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria (EIIC) del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

Tabla 1: Criterios de inclusión

PROCEDENCIA	CARACTERÍSTICAS	CRITERIO	TAMAÑO
EIIC	Trabajador Social	Ejecutar actividades que contempla el EIIC	Equipo de trabajo completo
	Profesor Educación Física (Coordinador)		
	Nutricionista		
	Kinesiólogo		
Pacientes	Diabetes Mellitus	Beneficiarios del EIIC	8 Pacientes Adultos insertos en la unidad de análisis(EIIC)
	Hipertensión Arterial		8 Pacientes Adultos Mayores insertos en la unidad de análisis(EIIC)
	Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial		

5. Instrumentos de Recolección de Información

Según Rodríguez, Gil y García, recoger datos no es sino reducir de modo intencionado y sistemático, mediante el empleo de nuestros sentidos o de un instrumento mediador, la realidad natural y compleja que pretendemos estudiar a una representación o modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar. Es, por tanto, un proceso por el que se elaboran o estructuran en mayor o menor grado determinados objetos, hechos, conductas, fenómenos, etc.

De acuerdo a lo mencionado es que en esta investigación se utilizará dos instrumentos que permiten recoger la información necesaria a fin de conseguir los objetivos establecidos, estos instrumentos son: Entrevista en Profundidad y la técnica de Focus Group, los que serán utilizados de acuerdo a la información que se desea obtener de cada sujeto a continuación se detallan:

- **Entrevista en Profundidad:** este es el tipo de entrevista en que se busca obtener información sobre un determinado problema y a partir de él se establece un lista de temas en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando ésta a la libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinado factor, etc., pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano. En este sentido, puede decirse que quienes preparan las entrevistas focalizadas no desean contrastar una teoría, un modelo o unos supuestos determinados como explicación de un problema. Tiene ideas más o menos fundadas, y desean profundizar en ella hasta hallar explicaciones convincentes. Puede, incluso, que

en ocasiones sólo se desee conocer cómo otros en la situación y contextos analizados, ven el problema (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Este tipo de entrevista, es considerada como opuesta a la entrevista estructurada; pues desde su formato a la intención que la preside, todos los elementos que definen esta modalidad de entrevista la caracterizan como opuesta, ya que lo que el entrevistador busca no es contrastar una idea, creencia o supuestos, sino acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros. No es el propio conocimiento o explicación lo importante, lo realmente interesante son las explicaciones de los otros. Incluso los conceptos que utilizamos para preguntar reflejan la manera en que otros nombran a las cosas, son el significado que atribuyen a los objetos, personas que rodean o a las experiencias que han vivido, en este sentido la entrevista se desarrolla a partir de cuestiones que persiguen reconstruir lo que para – el entrevistado– significa el problema de estudio (Rodríguez, Gil y García, 1999).

El desarrollo de la entrevista en profundidad se apoya en la idea de que el entrevistado o informante es un ser humano, no un organismo que responde a la manera pauloviana frente a un estímulo externo; es una persona que da sentido y significado a la realidad. Desde esta perspectiva la entrevista se concibe como una interacción social entre personas gracias a la que va a generarse una comunicación de significados: una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema, la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Esta entrevista será utilizada para acercarse a las percepciones y obtener información del profesional trabajador social que participa en el EIIC y del equipo de profesionales que conforman el EIIC, a fin de generar conocimiento a través de la comprensión que el investigador logre obtener, respecto a la visión de los profesionales ante la problemática que se aborda en esta investigación y de este modo lograr acercarse a los objetivos establecidos.

- **Focus Group:** constituyen una técnica de investigación motivacional que se ejecuta mediante dinámicas grupales de intercambio de opiniones. Para algunos autores constituyen una especie de entrevista grupal, que consiste en la reunión de pequeños o medianos (tres a diez personas), en las que los participantes conversan respecto a uno o varios temas, dentro de un ambiente relajado e informal; el formato y naturaleza de la sesión o sesiones depende del objetivo y las características de los participantes.

Esta técnica permite adentrarse en la dinámica interna de los sujetos de estudio, para profundizar sus sentimientos, actitudes, creencias y motivaciones y en todo aquello que subyace a su conducta. Esta técnica resulta útil cuando se requiere:

- Recoger información exploratoria sobre un tema
- Generar ideas sobre servicios para producir una mejora
- Identificar argumentos y contra argumentos respecto a determinados comportamientos o políticas

Es importante señalar que en esta técnica de recolección de datos, la unidad de análisis es el grupo, en cuanto a lo que expresa y construye, y tiene su origen en las dinámicas de grupo. En esta investigación, esta técnica será utilizada con los pacientes cardiovasculares que forman parte de la muestra representativa, es decir pacientes diabéticos y/ hipertensos. Para efecto de esta investigación se realizarán dos Focus Group, uno en que participaran pacientes adultos y otro en que participarán pacientes adultos mayores.

6. Plan de Análisis

La finalidad del análisis de datos, independiente del tipo de éstos y del método de colecta, es ordenar un gran volumen de información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer. El análisis de datos cualitativos es casi siempre un proceso activo e interactivo, en especial en el extremo interpretativo del continuo de estilos de análisis (Polit y Hungler, 2007)

Para procesar la información obtenida mediante esta investigación se utilizara un estilo de análisis observado por Crabtree y Miller (1992), este es el "Estilo cuasi estadístico", las características de este estilo de análisis de datos, en primera instancia hacen referencia al investigador, pues se considera que ya tiene una idea preconcebida acerca del análisis de datos, las que utiliza para clasificar. Este enfoque suele denominarse análisis de contenido manifiesto, pues el investigador revisa el contenido de la información narrativa para detectar palabras o temas particulares especificados de antemano en un manual de codificación. La búsqueda resulta en información que puede ser manipulada específicamente, de allí el calificativo de cuasi estadístico. (Polit y Hungler, 2007)

El análisis de contenido, permite identificar, describir y conocer las significaciones que poseen los sujetos escogidos (equipo interdisciplinario, pacientes y trabajador social]), respecto a las competencias profesionales del trabajador social inserto en el EIIC. Este proceso consiste en transcribir la información obtenida, clasificando la información en categorías, las cuales se subdividirán acorde a las características que arroje la información que se va obteniendo. Es así como para analizar los contenidos, la investigadora ha de considerar que el proceso de análisis y recogida de datos debe ser circular y de constante enriquecimiento mutuo, lo cual es una de las características de una investigación cualitativa, pues en el caso de la cuantitativa el proceso es lineal o secuencial.

Deutscher plantea que el análisis de contenido implica: "... ciertas etapas diferenciadas. La primera es una fase de descubrimiento en progreso, identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones. La segunda fase, que típicamente se produce cuando los datos ya han sido recogidos, incluye la codificación y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. En la fase final, el investigador trata de relativizar sus descubrimientos, es decir de comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos" (Deutscher en; Taylor y Bogdan, 1987)

Las etapas del análisis de contenido que se utilizaran en esta investigación son las propuestas por Taylor y Bogdan:

1- Fase de descubrimiento: es la etapa para identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones. Durante esta etapa se realiza una revisión de la información y datos recabados, se identifican y registran las ideas importantes, que surgen en base a la revisión de la información, para posteriormente reflexionar respecto a los datos obtenidos.

2- Fase de codificación: en esta etapa ya han sido recogido los datos e incluye la codificación y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. Se reunirán y analizaran los datos de acuerdo a los temas recurrentes tanto en entrevista, como Focus Group, identificándose las ideas, interpretaciones y

conceptos reiterativos en el discurso de los sujetos entrevistados y participantes. Durante esta etapa se establecen las categorías, a través de la división de los contenidos en párrafos o en unidades temáticas, para luego codificarlas acorde a las categorías y sub categorías planteadas, para así reducir la información recabada.

3- Relativización de los datos: es la etapa de relativizar los descubrimientos, es decir comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos. La interpretación de los datos en el contexto que fueron obtenidos, intentando reducir aquellos efectos que aluden a la presencia del investigador en la recogida de datos. Posteriormente se contrasta la información obtenida con la teoría obtenida durante la aproximación teórica, para así interpretar los datos a la luz de la teoría obteniendo las conclusiones adecuadas.

En esta investigación el análisis de contenido permitirá identificar, describir y conocer la valoración que tiene para el equipo interdisciplinario, los pacientes y el mismo trabajador social, las competencias profesionales propias de Trabajo Social que se desenvuelve en intervenciones que ligadas al ámbito de la salud cardiovascular. Bajo esta perspectiva es que se visualizan las principales categorías que forman parte del análisis de los datos y estas corresponden a: la Valoración Profesional, el Equipo de Trabajo Interdisciplinario, los Pacientes Cardiovasculares y las Competencias profesionales. En el fondo estas categorías surgen en base al proceso de revisión de información de las respectivas Entrevistas y Focus Group, es decir corresponden a la fase descriptiva del proceso de investigación y cuyo fin es dar origen a una fase interpretativa, gracias a esta fase descriptiva ha sido posible elaborar una matriz interpretativa cuyo fin es facilitar la interpretación de la información recopilada.

7. Criterios de Rigor

Para efectos de calidad de esta investigación, el rigor metodológico con que ha sido diseñada y desarrollada se guía bajo tres criterios que son: Credibilidad, Consistencia y Neutralidad; los que otorgan veracidad y confianza al estudio que procede.

- **Credibilidad:** Alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación y hace referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen de la realidad estudiada (Rodríguez, Gil y García, 1999).
- **Consistencia:** Para lograr validar la información obtenida a través de esta investigación es que se utilizara la triangulación de técnicas, que es utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección de la información. Siempre es conveniente tener varias fuentes de información y métodos para recolectar los datos, en el caso de la presente investigación, la información se obtiene a través de: él profesional asistente social, el equipo que conforma el EIC y los pacientes cardiovasculares insertos en el EIC del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca, por otra parte los instrumentos o técnicas utilizadas en la recolección de la información son Entrevista, Focus Group.
- **Neutralidad:** Alude a la garantía de que los descubrimientos de una investigación no están sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador.

8. Aspectos Éticos

La presente investigación, es parte de un diseño de carácter cualitativo, es por esto que en todo momento considera las preocupaciones éticas correspondientes, durante el proceso de investigación. Es por este motivo, que se considerarán aspectos éticos elementales, durante el proceso de recolección de la información, tales como:

- Confidencialidad de la información entregada por los participantes.
- Consentimiento de cada paciente y profesional del equipo, al momento de requerir del uso de grabadoras o filmadoras, a fin de recolectar información.
- Compromiso de hacer una devolución de la información obtenida durante el transcurso del proceso de investigación, siempre con la firme convicción de generar retroalimentación para extender los conocimientos a todo el equipo.

Cabe mencionar, que los aspectos éticos que se consideran, forman parte o están sobre la base de principios infalibles del actuar profesional, como lo son la verdad y el respeto, principios que sin duda permiten alcanzar información de carácter fehaciente y confiable.



CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Introducción

El capítulo que se presenta a continuación, tiene por finalidad detallar los resultados conseguidos como producto de la presente investigación, a través de la información recabada a partir de las entrevistas realizadas y los Focus Group realizados a los sujetos del grupo de investigación, es decir profesionales y pacientes que participan en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria del Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca.

Se realizará un análisis de contenido a través de una previa categorización de la información recabada, para luego interpretar y analizar. Por último, la información de este capítulo sentará las bases para la elaboración de una propuesta programática, que buscará realizar mejoras institucionales, centrándose en las necesidades y sugerencias evidenciadas en la investigación.

1. Categorización

A continuación se presenta el análisis de la información obtenida a través del uso de dos técnicas que fueron la entrevista en profundidad y el Focus Group. Para analizar la información se utiliza un análisis de contenido y categorización según Rodríguez la categorización hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico. Las categorías soportan un significado o tipo de significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos, etc. El proceso de categorización para esta investigación corresponde a un proceso inductivo en el cual se parte de registros narrativos, grabaciones, etc. y, a partir de ese material, se extraen los rasgos que serán agrupados en función de la semejanza de ciertas características, pertinentes al objeto de investigación (Rodríguez, Gil y García, 1999). Para esto se parte de un corpus textual producto de las grabaciones en audio y video realizado a través de entrevistas y la realización de dos Focus Group a profesionales y pacientes que conforman el Equipo Integral de Intervención Comunitaria, las cuales fueron transcritos previo a su análisis.

Para elaborar las categorías se utiliza la siguiente metodología: en primer lugar se separa las transcripciones en unidades temáticas que responden a los objetivos planteados para esta investigación, posteriormente se utiliza el programa Atlas.ti para separar las unidades temáticas en códigos que permitan categorizar en base a los objetivos que se persiguen lo que permite encontrar segmentos que se refieren a un mismo tema, posteriormente se agruparon las unidades de datos a fin de identificar en ellos, componentes temáticos que permitieran construir las categorías de contenido. "A este proceso lo denominan codificación abierta, etapa en la cual, fundamentalmente, se trata de dar una denominación común (código más abstracto o conceptual) a fragmentos. A continuación, estas categorías fueron definidas operacionalmente, lo que permitió, distinguir sub-categorías, operación denominada codificación axial por los mismos autores, quienes afirman que "dado que las codificación abierta no sólo estimula el descubrimiento de categorías sino también de sus propiedades y dimensiones, el analista a partir de una categoría de mayor o menor potencial conceptual trata de pensar en las propiedades de las categorías", proceso que proponen sistematizar a través del "paradigma de la codificación" que incluye: condiciones, interacciones, estrategias/tácticas y consecuencias" (Strauss, 1987; Strauss y Corbin, 1990 en Valles 1990: 349).

De acuerdo a la categorización y codificación preliminar de la información transcrita se obtiene las siguientes categorías:

1	Competencias Profesionales
2	Equipo de trabajo Interdisciplinario
3	Relaciones interpersonales
4	Pacientes Cardiovasculares
5	Visión de los pacientes cardiovasculares
6	Expectativas del quehacer del trabajador social
7	Autopercepción del Trabajador Social

Una vez obtenidas estas categorías, se revisa nuevamente las transcripciones, para constatar el sentido de estas. Es así que estas categorías se analizan y se reducen con la ayuda del programa Atlas.ti. A través de este proceso se logra identificar diferentes atributos dentro de las categorías, lo que permite generar

subcategorías dentro de las ya preestablecidas. Cabe mencionar que en algunos casos, se suprimieron o reformularon categorías. De este modo quedaron planteadas las categorías y subcategorías definitivas:

1. Competencias Profesionales del trabajador social:

Para lograr comprender esta categoría, es necesario acercarse al concepto de competencias profesionales, es así que Ortiz en su trabajo "Competencias y valores profesionales", define que "las competencias profesionales pueden ser definidas como aquellas cualidades de la personalidad que permiten la autorregulación de la conducta del sujeto a partir de la integración de los conocimientos científicos, las habilidades y las capacidades vinculadas con el ejercicio de una profesión, así como de los motivos, sentimientos, necesidades y valores asociados a ella que permiten, facilitan y promueven un desempeño profesional eficaz y eficiente dentro de un contexto social determinado. Expresan un enfoque holístico de la personalidad en la unidad de lo cognitivo, afectivo y conductual"(Ortiz, 2003). Cuando hablamos de la categoría "competencias profesionales", lo que se busca es conocer o identificar la valoración que otorgan tanto equipos de profesionales de distintas disciplinas como pacientes cardiovasculares al desempeño y repertorio propio del trabajador social en su intervención. La forma de conocer la valoración es a través de las percepciones o significaciones que tienen para estos actores las competencias que despliega el trabajador social en su actuar y a través de la investigación llevada a cabo es que se logra conocer in situ las expresiones de valoración u reconocimiento social, que tienen los actores involucrados, lo cual se refleja tanto en su discurso como en su actuar.

El conjunto de expresiones, percepciones y significaciones presentes en los tres actores respecto a las competencias del profesional trabajador social, se encuentran contenidas en subcategorías, que permiten llevar a cabo un análisis basado en la descripción y comprensión de la investigadora a cargo de este proceso.

1.1 Visión sobre las competencias profesionales: Percepciones respecto a las competencias que despliega el trabajador social.

1.2 Metodología de trabajo: Opiniones respecto a la percepción que se tiene sobre la forma en que el trabajador social lleva a cabo su intervención.

2. Aporte del trabajador social:

Los aportes que puede generar el trabajador social en salud son diversos. En el marco referencial de la presente investigación se señala que la contribución del trabajador social en salud, se hace notar a través de su incorporación en los equipos multidisciplinarios de intervención, cuya función es entregar herramientas que permitan cumplir con la incorporación de la educación de carácter psicosocial en la población, a través del trabajo tanto a nivel individual, como grupal, familiar y por supuesto el comunitario. Bajo esta perspectiva es que a través de esta categoría se busca conocer e identificar la percepción respecto a los aportes del trabajador social al programa y en ese sentido hay tres ejes fundamentales que encierran el aporte del trabajador social al programa y que son: el aporte que le entrega a los profesionales del equipo, el aporte que le entrega al funcionamiento del equipo, el aporte que entrega a los usuarios a los que se dirige esta intervención. Para conocer este aporte es necesario identificar aquellas fortalezas o destrezas y aquellas desventajas o debilidades del profesional en su actuar.

2.1 Destrezas: Características y/o cualidades efectivas que muestra el trabajador social en su intervención o en su actuar profesional.

2.2 Debilidades: Características que debilitan el proceso de intervención profesional del trabajador social.

3. Valoración profesional del trabajador social:

Para comprender esta categoría es necesario Volver nuevamente al marco de referencia que brinda el sustento teórico de esta investigación se puede señalar que esta categoría responde a la necesidad de conocer o identificar aquellas expresiones de reconocimiento respecto a la labor y desempeño del trabajador social. El concepto de valoración según Fernández-Ballesteros (1999) se refiere a: la sistemática investigación del mérito, valor o éxito de concretos tratamientos, intervenciones o programas llevados a cabo con el fin de producir cambios comportamentales en el contexto social. Es así que se desarrollan dos subcategorías que permitan acercarse a una definición más concreta de la valoración hacia el profesional trabajador social.

3.1 Relaciones Interpersonales: Características de las relaciones que se suscitan entre el trabajador social y el resto de los actores involucrados.

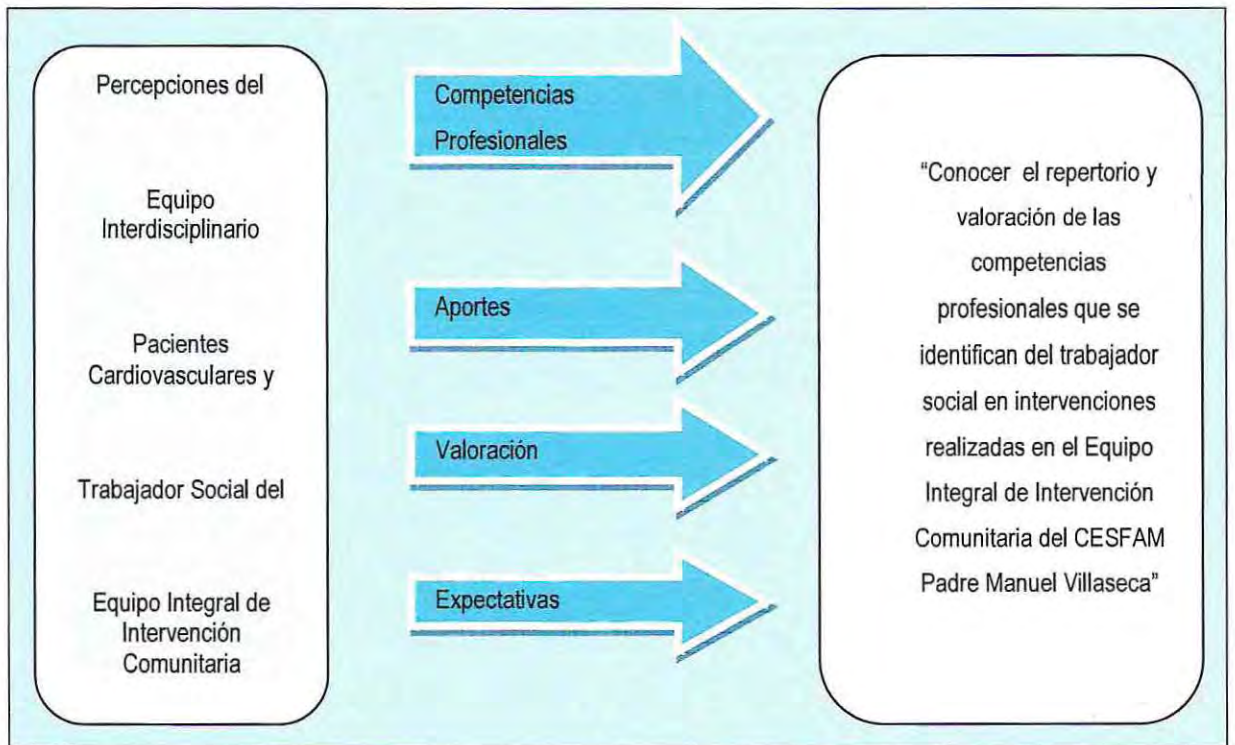
3.2 Reconocimiento Social: Manifestaciones sobre la labor y desempeño del trabajador social al interior del programa.

4. Expectativas del trabajador social:

Las razones del por qué trabajar con esta categoría, se encuentran directamente relacionadas con las percepciones de cada uno de los actores involucrados en el programa, pues cada uno de ellos posee la capacidad de reflexionar sobre las competencias que el trabajador social utiliza y sobre lo que ellos esperan que este profesional realice. Esta categoría habla de un repertorio profesional que evidentemente es conocido por los involucrados en este programa y que justamente este conocimiento les da la posibilidad de generar críticas constructivas respecto a los vacíos o las esperanzas que provoca el trabajador social respecto a su intervención. Esta categoría a su vez se clarifica o especifica en base a una subcategoría que es las propuestas.

4.1 Propuestas: Sugerencias sobre lo que debe o puede hacer el trabajador social para contribuir a la intervención, es decir sugerencias para optimizar la intervención profesional.

Diagrama 5: Diagrama Explicativo categorías definitivas en base al objetivo de la investigación:



Los sistemas de categorías deben cumplir con ciertas características que son: cubrir todas las unidades diferenciadas de los datos; exclusión mutua, cada unidad se incluye en una sola categoría; único principio clasificatorio: las categorías deben estar elaboradas desde un único criterio de ordenación y clasificación; objetividad: las categorías son inteligibles para cada uno de los codificadores; pertinencia: las categorías son relevantes respecto de los objetivos del estudio y adecuadas al contenido analizado (Rodríguez, Gil y García, 1999). De acuerdo a lo señalado por este autor es que se considera que el sistema de categorías realizado cumple a cabalidad con estas características.

2. Análisis de Contenido

A continuación se presenta la matriz y análisis de la categorización definitiva en base a los objetivos y a través de la información recopilada a partir del discurso de los tres actores sociales que componen la presente investigación.

Tabla 2: Nomenclatura

Nomenclatura	
E1	Entrevista Profesor de Educación Física del EIIC
E2	Entrevista Kinesiólogo del EIIC
E3	Entrevista Nutricionista del EIIC
F1	Focus Group Pacientes Adultos
F2	Focus Group Pacientes Adultos Mayores

A. Análisis a partir del objetivo: "Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorga el equipo interdisciplinario a las competencias profesionales que despliega el trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca".

Tabla 3:

Categoría	Subcategorías	Frases Codificada
1. Competencias Profesionales del trabajador social	1.1 Visión sobre las competencias profesionales	<p>E1:</p> <p>a. (...) como poder trabajar frente a patologías crónicas y eso lo maneja el asistente social desde el punto de vista de la asistencia social (...)</p> <p>b. (...) la manera o la forma de poder abordar a un usuario cuando se descompensa, como poder re encantar a la persona (...)</p> <p>c. (...) la capacidad para la elaboración de proyectos, para presentar proyectos, para fundamentar, para poder orientar y reorientar la intervenciones (...)</p> <p>d. (...) los contactos en red que pueda tener (...)</p> <p>e. (...) la visión holística que pueda tener el asistente frente a la persona con la cual está trabajando, es como es toma de foto de la persona (...)</p> <p>E2:</p> <p>a. (...) ellos tienen es como motivar a la gente a que cambie el estilo de vida (...)</p> <p>b. (...) capturan a la gente entre comillas o que la dejan motivada (...)</p> <p>c. (...) en cuanto a la contención de las personas, de identificar que persona a lo mejor es la que necesita un poco más de apoyo o motivación (...)</p> <p>E3:</p> <p>a. (...) o sea para mí los asistentes sociales se manejan muy bien en lo que es hacer proyectos (...)</p> <p>b. (...) la parte del manejo, el manejo de grupo por ejemplo (...)</p> <p>c. (...) capacidad que deberíamos tenerlos todos de investigar de estudiar (...)</p> <p>d. (...) el Luis además lo que tiene es que si de repente detecta algo extraño va y lo deriva. (...)</p> <p>e. (...) él es como muy bueno para hacer diagramas, flujos, programar, para hacer todo lo que sea así como de proyectos es muy bueno y rápido (...)</p>
	1.2 Metodología de trabajo	<p>E1:</p> <p>a. (...) esa visión holística, esa toma de foto de la realidad esa como chequeo rápido</p>

		<p>que se puede hacer, "asistente social" (...)</p> <p>b. (...) el nivel de empatía que pueda tener con la gente, es fundamental la selección y la elaboración de estrategias que a ti te permitan llegar a la gente (...)</p> <p>E2:</p> <p>a. (...) él es quien los recibe así que les muestra como es y los trata de motivar para que vayan. (...)</p> <p>b. (...) se preocupa de saber que es la actividad física como se hace para que sirva (...)</p> <p>c. (...) si hay algún caso complicado a lo mejor dar la contención a la persona cosa que otros funcionarios no manejamos (...)</p> <p>d. (...) ver al que a lo mejor no esté tan motivado motivarlo más (...)</p> <p>E3:</p> <p>a. (...) Como que le da confianza a la gente (...)</p> <p>b. (...) siempre está viendo más allá de lo... como dicen los thundercats (risas) más allá de lo visible, (...)</p> <p>c. (...) el Luis fue el primero que dijo no chiquillos nos quieren más o menos que cortar así que hay que tener cuidado y hacerlo súper bien (...)</p> <p>d. (...) en un día te puede tener un proyecto listo, si se pone las pilas, lo puede hacer y lo hace bien pos, es bueno para organizar algo, buscar bibliografía y hacer las cosas, el hace todo eso él hace el proyecto y el bla- bla y la escritura (...)</p>
<p>2. Aporte del trabajador social</p>	<p>2.1 Destrezas</p>	<p>E1:</p> <p>a. (...) la proactividad que pueda tener (...)</p> <p>b. (...) la visión holística que pueda tener el asistente frente a la persona con la cual está trabajando, es como es toma de foto de la persona (...)</p> <p>c. (...) como "carpeteo" de gente, de cómo poder trabajar con distinto tipo de gente pa mí ha sido fundamental poder trabajar con asistente social (...)</p> <p>d. (...) esa posibilidad de poder contener a gente en situaciones específicas, también para mí ha sido fundamental (...)</p> <p>e. (...) el mensaje que le pueda entregar el Luis a la gente estando en un taller es súper fuerte es súper power porque es prácticamente ley (...)</p> <p>f. (...)El mayor aporte como te decía es la visión holística de cada uno de la gente que trabaja con nosotros (...)</p>

		<p>E2:</p> <p>a. (...) saben también... que personas por ejemplo tienen problemas con o están en la parte de salud mental del consultorio (...)</p> <p>b. (...) si el primer taller no lo hiciera un asistente social por ejemplo que se maneje todos los conceptos que tiene que manejar alguien que va a trabajar en esto, no lo hemos medido pero yo me imagino que bajaría por lo menos en un 20% la adhesión al programa (...)</p> <p>E3:</p> <p>a. (...) la capacidad de ir perfeccionando lo que uno va haciendo (...)</p> <p>b. (...) tiene una capacidad de indagar ósea de repente una persona puede decirte algo mmm o sea no decirte el problema que tiene, (...)</p> <p>c. (...) ser humano ante todo, a veces quizá pucha no tiene como resolver el problema pero tratar de darle alguna solución (...)</p> <p>d. (...) el Luis tiene la capacidad de mirar debajo el agua (...)</p> <p>e. (...) presentarse a un concurso, entonces en todas esas aéreas son súper útiles (...)</p>
	2.2 Debilidades	<p>E1:</p> <p>a. (...) el déficit que nosotros tenemos es que la intervención que tiene específicamente el Luis ahora es una intervención acotada acotada en el tiempo (...)</p> <p>E2:</p> <p>a. (...)por ejemplo cuando falta el asistente social tenemos que suspender los talleres, porque no tenemos las competencias (...)</p>
3. Valoración profesional del trabajador social	3.1 Relaciones Interpersonales	<p>E1:</p> <p>a. (...) me entregan información para poder como trabajar con esa gente, pa poder abordarla (...)</p> <p>b. (...) me ha enseñado por ejemplo a poder (silencio), a ver cómo te lo digo, no soy especialista en el área pero no se cuantos tipos de personalidades hay (...)</p> <p>c. (...) yo recibo conocimientos del área psicosocial (...)</p> <p>E2:</p> <p>a. (...) cuando falta el asistente social tenemos que suspender los talleres, porque no tenemos las competencias (...)</p>



		<p>E3:</p> <p>a. (...) un asistente social es súper útil en una cosa así, porque te ayuda con el tema del manejo de grupo (...)</p> <p>b. (...)el Luis fue el que empezó con este tema ósea yo llegue a acoplarme con él, (...)</p> <p>c. (...) empiezan a llorar, entonces ahí uno dice claro o sea después con los años vas adquiriendo ese manejo pero porque tengo al Luis al lado (...)</p>
	<p>3.2</p> <p>Reconocimiento Social</p>	<p>E1:</p> <p>a. (...) las ideas que a nosotros se nos han ocurrido en el equipo, siempre las conversamos con Luis (...)</p> <p>b. (...) le preguntamos a él, le decimos oye mira como lo podemos orientar con respecto a esto o como lo podemos orientar con respecto a esto otro (...)</p> <p>c. (...)la gente se da cuenta que la labor del asistente social va mas allá de la labor que se ve aquí en box que es valga la redundancia del asistente social cuando tu tenis a un asistente social que está contigo por una hora y media dos horas tratando un tema de factores de riesgo cardiovascular (...)</p> <p>d. (...) a Luis no le dicen asistente social le dicen doctor pero para la gente todos son los que andan con delantal todos son doctores (...)</p> <p>e. (...) es súper valido frente a la población (...)</p> <p>f. (...)fundamento claramente la labor de un asistente social o sea la educación de los usuarios que presentan factores de riesgo cardiovascular es fundamental y (...)</p> <p>E2:</p> <p>a. (...) se valora porque maneja competencias que no manejamos el resto de los profesionales de la salud (...)</p> <p>b. (...) Yo creo que es fundamental porque como es el que se encarga de dar la primera información (...)</p> <p>E3:</p> <p>a. (...) como asistente social es al que siempre le tiramos los cachitos (...)</p> <p>b. (...) sin el Luis, nos dicen hagan un proyecto, nos demoramos un mes en hacer el proyecto pos, ósea nos costaría harto más yo creo (...)</p> <p>c. (...)Se aprende harto de ellos (asistentes sociales) (...)</p>
<p>4.</p> <p>Expectativas</p>	<p>4.1 Propuestas</p>	<p>E1:</p> <p>a. (...) la labor del asistente social va mucho más allá de la atención en box, el trabajo</p>

del trabajador social		<p>que pueden hacer en la comunidad es gigante (...)</p> <p>b. (...) yo justificaría con creces 22 horas de asistente social para nosotros (...)</p> <p>c. (...)Seguimiento si nosotros tuviéramos la posibilidad Luis debería hacer seguimiento (...)</p> <p>d. (...) Luis los ha hecho con creces, bastante bien (...)</p> <p>E3:</p> <p>a. (...) un tema de incorporar más a la gente del consultorio al trabajo del equipo, sabes que por ejemplo haya otro asistente social de otro sector que participe en el equipo, que hayan otro nutris que hagan un taller aparte y que vayan como impregnándose de estilo que tenemos nosotros de trabajar, eso me gustaría (...)</p>
-----------------------	--	--

De acuerdo a la información obtenida a partir del discurso de los profesionales, que conforman este equipo interdisciplinario, respecto a la valoración que ellos otorgan al trabajador social, se percibe cierta similitud en el discurso de estos profesionales, pues comparten una percepción bastante positiva respecto a las competencias que el trabajador social despliega en su labor en este equipo. Existen varios puntos de convergencia en sus discursos, se mencionarán dos que destacan: uno tiene que ver con los aportes que este profesional genera en base a la presentación de proyectos, planificar y orientar programas y que es expresado a través de sus discursos " *la capacidad para la elaboración de proyectos, para presentar proyectos, para fundamentar, para poder orientar y reorientar la intervenciones*" (A, 1, 1.1, E1c); "*capacidad que deberíamos tenerlos todos de investigar de estudiar*" (A,1, 1.1,E3c), lo cual resulta ser muy valioso para el equipo en cuanto a lo expresado por estos profesionales, pues ellos atribuyen la validación del programa a los proyectos y logros que han obtenido en los que destacan la labor del asistente social e inclusive mencionan lo indispensable que ha resultado ser este profesional en esta área pues aseguran que sin el aporte del trabajador social les habría costado mucho obtener logros, "*en un día te puede tener un proyecto listo, si se pone las pilas, lo puede hacer y lo hace bien pos, es bueno para organizar algo, buscar bibliografía y hacer las cosas, el hace todo eso él hace el proyecto y el bla-bla y la escritura*" (A, 1, 1.2, E3d) . Otro de los puntos de convergencia se refiere al trato que tiene este profesional con los pacientes, bajo esta perspectiva aluden a las características o cualidades que posee el trabajador social en el contacto con los pacientes que le permite generar un acercamiento y confianza que facilita este tipo de intervenciones, en ese sentido ellos hablan de una empatía, una capacidad de contención frente a casos de descompensación "*la manera o la forma de poder abordar a un usuario cuando se descompensa, como poder re encantar a la persona*"(A, 1, 1.1 E1b), "*ellos tienen es como motivar a la gente a que cambie el estilo de vida*" (A,1,1.1, E2a), aluden a una visión holística de cada persona "*la visión holística que pueda tener el asistente frente a la persona con la cual está trabajando, es como es toma de foto de la persona*"(A,1,1.1,E1e) ,además mencionan como una característica de este profesional el hecho de ser una persona muy humana y es que comprenden que la visión que tiene este profesional es distinta a la visión que se orienta en base al paradigma biomédico y que es la que poseen la mayoría de los profesionales que trabajan en el área de salud y que apenas comprende la realidad social desde otras perspectivas. Es así que para estos profesionales las características o cualidades del trabajador social les ha permitido generar habilidades que no necesariamente son propias de la disciplina de cada uno de ellos y además atribuyen la

adhesión de los pacientes al programa al trabajador social, en base a que es este el profesional de primer contacto con los pacientes *"si el primer taller no lo hiciera un asistente social por ejemplo que se maneje todos los conceptos que tiene que manejar alguien que va a trabajar en esto, no lo hemos medido pero yo me imagino que bajaría por lo menos en un 20% la adhesión al programa"*(A, 2, 2.1, E2 b).

En otro categoría, cuando se les pregunta por las debilidades que tiene el trabajador social, ningún miembro de este equipo logro mencionar algo concreto y es que se basan en aquellas cosas que el profesional podría o debería hacer y esa es la visión o es lo que ellos comprenden como una debilidad y es que aseguran que el no poder contar con una mayor cantidad de horas de este profesional les ha jugado encontrar como equipo *"el déficit que nosotros tenemos es que la intervención que tiene específicamente el Luis ahora es una intervención acotada, acotada en el tiempo"*(A, 2, 2.2, E1 a) esto se entiende en la base de que la población cardiovascular va en aumento y concretamente en el área de la salud pública siempre hay déficit de profesionales es por este motivo que no delega esta responsabilidad en la figura del trabajador social.

No cabe duda la importancia y valoración que tiene para este equipo el contar con la presencia de un trabajador social, las muestras del reconocimiento social por parte del equipo se aprecia a través de sus discursos y en definitiva a través de muestras concretas de confianza como el hecho de consultarle y validar su palabra al momento de tomar decisiones *"las ideas que a nosotros se nos han ocurrido en el equipo, siempre las conversamos con Luis "* (A,3,3.2,E1a) y de delegar grandes responsabilidades en él profesional *"como asistente social es al que siempre le tiramos los cachitos"*(A, 3, 3.2, E3a). A su vez destacan y reconocen fácilmente las competencias y capacidades con que aporta este profesional *"se valora porque maneja competencias que no manejamos el resto de los profesionales de la salud"*(A, 3,3.2, E2a).

Además de las demostraciones y expresiones de valoración que emanan del discurso de los profesionales que componen este equipo, también fue posible vislumbrar las expectativas que tiene respecto a la labor del trabajador social en el equipo y es que si bien validan y valoran sus competencia en base a su intervención, no tienen dificultad en señalar que esperan de este profesional, es así como dos temas toman fuerza el primero tiene que ver con una mayor cantidad de horas de un trabajador social en el equipo bajo esta perspectiva uno de los entrevistados señala su interés porque se incorporaran más de un trabajador social al equipo *"un tema de incorporar más a la gente del consultorio al trabajo del equipo, sabes que por ejemplo haya otro asistente social de otro sector que participe en el equipo, que hayan otro nutris que hagan un taller aparte y que vayan como impregnándose de estilo que tenemos nosotros de trabajar, eso me gustaría"* (A,4,4.1,E3a), además esperan que la intervención de este profesional sea integral y vaya más allá de una consulta social en box *"la labor del asistente social va mucho más allá de la atención en box, el trabajo que pueden hacer en la comunidad es gigante"* (A,4,4.1,E1b). El segundo tema que cobra fuerza es el seguimiento y es que toma gran fuerza en sus discursos porque consideran que es un pilar fundamental en los procesos de cambio de las personas y que hasta ahora que se ha dejado a un lado por diversos motivos lo que en cierta forma genera debilidad o menos validez al programa *"Seguimiento si nosotros tuviéramos la posibilidad Luis debería hacer seguimiento"*(A, 4,4.1, E1c).

En base al objetivo planteado y de acuerdo a la información obtenida a través de este análisis, se desprende que el trabajador social es muy valorado en este tipo de programas por los equipos interdisciplinarios de profesionales, se entiende que el trabajador social posee características que son propias de su disciplina y que son muy bien acogidas por profesionales de diversas disciplinas. El

trabajador social logra un liderazgo en este tipo de experiencias que le permite movilizar recursos tanto humanos como financieros y materiales, es gestor y autor, a través de sus competencias profesionales es capaz de transmitir sensibilidad y motivación al equipo lo que se traduce en un programa exitoso que sin duda genera grandes garantías y beneficios a sus usuarios.

- B. Análisis a partir del objetivo: "Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorgan pacientes cardiovasculares a las competencias profesionales que despliega el trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca"

Tabla 4:

Categoría	Subcategorías	Frases Codificadas
1. Competencias Profesionales del trabajador social	1.1 Visión sobre las competencias profesionales	<p>F1:</p> <p>a. (...) explicarnos, porque antes de eso no sabíamos (...)</p> <p>b. (...) de repente el asistente social tiene que trabajar con niños drogadictos, pero a eso voy yo creo que tiene que ser muy empático, muy empático muy colaborador con el cliente que le toque (...)</p> <p>c. (...) Que el asistente social tiene que cumplir una labor /// dedicación /// de dedicación y empatía social /// tener una vocación /// entender y ayudar /// tiene que tener vocación. (...)</p> <p>d. (...) Yo pienso que él sabe escuchar, (...)</p> <p>e. (...)yo creo que ante todo es empático (...)</p> <p>f. (...) el asistente social para todo orden de cosa es él que tiene que ser más empático con la vida cotidiana de cada uno (...)</p> <p>F2:</p> <p>a. (...) él explica más detalladamente o sea a todos los adultos mayores, porque nosotros somos un grupo (...)</p> <p>b. (...) él te escucha y todo(...)</p>
	1.2 Metodología de trabajo	<p>F1:</p> <p>a. (...) en la charla igual fue bien (...)</p> <p>b. (...) en la charla los orígenes de los riesgos cardiovascular o sea igual hizo algo integral para lo cual tomo elementos de la cosa medica, tomo elementos de la cosa... que se yo alimenticia, de... lo cotidiano, eh integro hizo una cosa integral para darnos a entender para (...)</p> <p>c. (...)antes de ingresar a la gimnasia me hicieron talleres, talleres para... saber lo</p>

		<p>que yo podía comer, lo que yo podía comer eh... según mi enfermedad (...)</p> <p>d. (...) a uno antes de entrar te evalúan por talleres, a mi me hicieron el taller de la hipertensión o sea me enseñaron a comer y también después me enseñaron lo de la diabetes todo o sea te pasan la enfermedad y después te empiezan a decir cuanta cantidad y como hay que comer (...)</p> <p>F2:</p> <p>a. (...)él nos hizo el de hipertensión cuando ingresamos (...)</p>
<p>2.</p> <p>Aporte del trabajador social</p>	<p>2.1 Destrezas</p>	<p>F1:</p> <p>a. (...) de presencia el fue simpático (...)</p> <p>b. (...)Bien... fue súper amable (...)</p> <p>c. (...)Sabe llegar a las personas (...)</p> <p>d. (...) es bueno para conversar o sea te explica todo bien, el te dice los favores y los en contra de que te puede pasar algo, que es lo que puede pasar con un accidente vascular (...)</p> <p>e. (...)te enseña (...)</p> <p>F2:</p> <p>a. (...) él nos recibió y es bueno (...)</p> <p>b. (...)es bueno porque hasta ahora cuando lo ve él nos saluda (...)</p> <p>c. (...)así nos explico bien claro con antelación, porque teníamos que estar ahí (...)</p> <p>d. (...)muy amable con buenas palabras el caballero (...)</p>
	<p>2.2 Debilidades</p>	<p>F1:</p> <p>a. (...) que haya una asistente social, diez, quince o veinte, está bien que regio, pero cuando te hacen una charla que no se pongan desde la visión del consultorio (...)</p> <p>F2:</p> <p>a. (...)a nosotros no nos ha tocado con él /// no... solo con los nutricionista (...)</p> <p>b. (...) no..., no... él es asistente social (...)</p> <p>c. (...) convivir más con la gente, visitarnos o venir una vez al mes que se yo (silencio) (...)</p> <p>d. (...)en eso estaba mal, no van visitadoras (...)</p>

<p>3.</p> <p>Valoración profesional del trabajador social</p>	<p>3.1 Relaciones Interpersonales</p>	<p>F1:</p> <p>a. (...)mis objetivos van por el lado de la depresión y eso me ha ayudado mucho he estado bastante mejor (...)</p> <p>b. (...)o sea tu puedes, tienes la confianza de decir: sabe que estoy con este tipo de problema (...)</p> <p>c. (...)el da la idea, él te explica y que cada persona tome su propia decisión o sea si yo tomo una decisión de adelgazar, de cuidarme, es porque él da esta explicación (...)</p> <p>d. (...)él me dice usted si sigue comiendo le puede dar esto, esto y esto... y puede quedar así, (...)</p> <p>F2:</p> <p>a. (...)si usted quiere hacer cualquier tipo de consulta él siempre, es muy afectivo el caballero a uno siempre lo recibe (...)</p> <p>b. (...)él me ha atendido bien pero no hemos llegado a ningún acuerdo (risa) a solucionar ningún problema (...)</p>
	<p>3.2 Reconocimiento Social</p>	<p>F1:</p> <p>a. (...)yo creo que de todos los profesionales el asistente social es el que más empático tiene que ser con uno, tiene que entender eh... los problemas de... es nadar contra la corriente, porque resulta que yo tengo una cultura y mi cultura desde mi mamá pa abajo es cariño con comida (...)</p> <p>b. (...) el asistente social siempre esta acá (...)</p> <p>c. (...) uno puede llegar y hablar con él (...)</p> <p>d. (...)si siempre esta acá, siempre se acerca (...)</p> <p>e. (...)como que ahora estoy mejor, por lo tanto... he asimilado mejor el programa completo, la parte de charlas ponte tú (...)</p> <p>f. (...) estoy feliz pos, y más que nos sirve para conocernos tener más amistades que se yo (...)</p> <p>F2:</p> <p>a. (...) lo que me enseñan y esos cursos son buenos, esos talleres que hacen antes de empezar la gimnasia (...)</p> <p>b. (...)yo a la primera persona que vi cuando llegue acá fue a Luís San Martín el hizo el taller de cómo comer (...)</p> <p>c. (...) aquí el único que viene a hacer la gestión del consultorio es este caballero</p>

		(...) d. (...) yo la otra vez tenía un dolor en el pecho, yo tengo el ventrículo derecho tapado, entonces me dolía mucho y fui a hablar con el... don Luis San Martín y él me explicó eso un poco y me dijo ya voy a hablar con don David y don David después ligerito fue y me llamo y me dijo todo lo que tenía que hacer y fui al consultorio o sea a eso voy no hay trámites (...)
4. Expectativas del trabajador social	4.1 Propuestas	F1: a. (...)el asistente social debería hacer más talleres durante el tiempo que uno está acá y a la vez nos serviría para muchas dudas que tiene uno pos (...) b. (...)que nos explique... los beneficios, los inconvenientes... no se pos Plan AUGE (...) F2: a. (...)El asistente social debería cada cierto tiempo hacer lo que estamos haciendo aquí eh informar a la gente sus beneficios (...) b. (...) sería bueno que hubieran tanto psicólogo como asistente social (...)

De acuerdo al objetivo planteado es que el análisis parte de la información obtenida a través de la actividad que se llevo a cabo, es decir dos Focus Group, es necesario señalar que los dos grupos focales realizados se diferencian respecto a sus participantes por la edad y es que uno de los grupos (F1) está compuesto por pacientes diabéticos, hipertensos o diabéticos e hipertensos adultos, y el otro grupo de participantes se componen por pacientes diabéticos, hipertensos y diabéticos e hipertensos que de acuerdo a su edad se clasifican como adultos mayores (F2).

A partir de esta experiencia se puede señalar que los pacientes cardiovasculares que participan en este programa están consientes de su situación de salud pues han participado de un proceso de acercamiento respecto a lo que implican sus dolencias, esto es a través de la primera intervención que contempla este programa y que es llevada a cabo por el trabajador social; bajo esta perspectiva ellos han podido percibir las competencias que despliega este profesional en su intervención es por esto que durante la realización de este Focus Group ellos han expresado su visión respecto al desempeño de él profesional. A raíz de la información obtenida a través del discurso de los pacientes durante la actividad llevada a cabo por la investigadora es que se entiende que para ellos el trabajador social es muy valorado respecto a sus competencias y es que vislumbran ciertas características de este profesional, uno de los puntos de convergencias entre ambos grupos focales es la percepción de la empatía que muestra el trabajador social en su intervención "Que el asistente social tiene que cumplir una labor /// dedicación /// de dedicación y empatía social /// tener una vocación /// entender y ayudar /// tiene que tener vocación"(B, 1, 1.1, F1c), los pacientes destacan el "saber escuchar" de este profesional y lo consideran propio de un trabajador social "Yo pienso que él sabe escuchar" (B, 1, 1.1 F1d) ambos grupos destacan esta capacidad que despliega el profesional en su actuar "él te escucha y todo" (B, 1, 1.1, F2b), además mencionan en su relato que la empatía resulta ser una característica arraigada a la percepción que tienen respecto al trabajador social en

todo contexto, es decir no solo al trabajo social que se trabaja en salud *“de repente el asistente social tiene que trabajar con niños drogadictos, pero a eso voy yo creo que tiene que ser muy empático, muy empático muy colaborador con el cliente que le toque”* (B, 1, 1.1 F1b). Por otra parte los pacientes de ambos grupos señalan esta función educativa que cumple el trabajador social al interior del programa y es que ellos relatan que este profesional les explica de tal modo que ellos comprenden lo que les quiere transmitir *“explicarnos, porque antes de eso no sabíamos”* (B, 1, 1.1 F1 a), *“el explica más detalladamente o sea a todos los adultos mayores, porque nosotros somos un grupo”* (B, 1, 1.1 F2a).

Respecto a los aportes percibidos referente al trabajador social, los pacientes reconocen las destrezas que tiene este profesional en su intervención aludiendo a cualidades que el demuestra y que se expresan en amabilidad *“Bien... fue súper amable”* (B, 2, 2.1, F1b), *“muy amable con buenas palabras el caballero”* (B, 2, 2.1, F2d), destacan la capacidad de saber llegar a las personas que tiene este profesional *“Sabe llegar a las personas”* (B, 2, 2.1, F1c) mencionan la simpatía que demuestra este profesional en su actuar *“de presencia el fue simpático”* (B, 2, 2.1, F1a). A partir de las cualidades o características que rescatan los pacientes plantean que el trabajador social les ayuda a comprender y entender el porqué deben tomar conciencia respecto a sus dolencias, pues ellos que este profesional les explica desde un principio en qué consiste la intervención y a que apunta esta intervención *“es bueno para conversar o sea te explica todo bien, el te dice los favores y los en contra de que te puede pasar algo, que es lo que puede pasar con un accidente vascular”* (B, 2, 2.1, F1d), *“así nos explico bien claro con antelación, porque teníamos que estar ahí”* (B, 2, 2.1, F2c).

Por otra parte cabe señalar que los pacientes reconocen ciertas debilidades que más allá de recaer en el quehacer mismo del trabajador social se relacionan con el tiempo de atención que este profesional otorga y la perspectiva personal de uno de los participantes quien señala sentir que los profesionales del área de salud se presentan ante los pacientes desde la perspectiva de la institución de salud que los respalda *“que haya una asistente social, diez, quince o veinte, está bien que regio, pero cuando te hacen una charla que no se pongan desde la visión del consultorio”* (B, 2, 2.2, F1a). Dentro del discurso de algunos de los pacientes en el grupo F2, se considera una debilidad el hecho de que existe entre algunos de los pacientes confusión respecto a la figura de este profesional trabajador social y es que algunos de ellos aluden a él como un médico o un nutricionista, y no asocian que la persona que les otorgó la prestación era un trabajador social *“a nosotros no nos ha tocado con él /// no... solo con los nutricionista”* (B, 2, 2.2, F2a) *“no..., no... él es asistente social”* (B, 2, 2.2, F2b) e inclusive algunos señalan que hace falta que haya una *“visitadora”* en el programa *“en eso estaba mal, no van visitadoras”* (B, 2, 2.2, F2d). Esto demuestra que el trabajador social tiene arraigada esa percepción o visión por parte de los pacientes que lo vuelve un profesional ligado al asistencialismo en tanto lo relacionan con las labores que cumple el profesional en la atención en box respecto a la entrega de beneficios. Si bien esta situación se considera como una debilidad es necesario aclarar que dentro del mismo grupo los participantes que identifican al trabajador social como la persona que les otorga la prestación se encargan de dilucidar esto al resto de los participantes.

A través de la categoría valoración del profesional aparecen las muestras de agradecimiento que se dan a raíz de las relaciones interpersonales entre los pacientes y el trabajador social, es así que ellos refieren a un profesional que les da confianza *“o sea tu puedes, tienes la confianza de decir: sabe que estoy con este tipo de problema”* (B, 3, 3.1, F1b) una confianza que se relaciona con la capacidad de saber escuchar a los pacientes en la diversidad de problemáticas que les generen inquietudes, además los pacientes reconocen lo afectivo que es en el trato el trabajador social lo cual valoran mucho *“si usted quiere hacer cualquier tipo de consulta él siempre, es muy afectivo el caballero a uno siempre lo recibe”* (B, 3, 3.1, F2a). Entre otras

características mencionan que el profesional les entrega la información respecto a sus dolencias y ellos son quienes deciden si seguir o no, en base a esto se entiende que es un profesional que respeta el principio de autodeterminación de los pacientes y que promueve un cambio a partir de la reflexión de cada uno por lo tanto no realiza una tarea inductora, sino que educativa e informativa *"el da la idea, él te explica y que cada persona tome su propia decisión o sea si yo tomo una decisión de adelgazar, de cuidarme, es porque él da esta explicación"* (B, 3, 3.1, F1c) y en este sentido los usuarios valoran su actuar y reconocen que les genera una ayuda *"mis objetivos van por el lado de la depresión y eso me ha ayudado mucho he estado bastante mejor"* (B, 3, 3.1, F1a).

Los pacientes demuestran su reconocimiento al profesional a través de sus discursos y es que señalan que es un profesional que siempre está disponible para ellos *"el asistente social siempre esta acá"* (B, 3, 3.2, F1b), *"uno puede llegar y hablar con él"* (B, 3, 3.2, F1c), en este sentido lo reconocen como un profesional cercano a ellos y sus inquietudes lo que les hace valorar mucho su atención *"si siempre esta acá, siempre se acerca"* (B, 3, 3.2, F1d) además reconocen que él les enseña el cómo deben reaccionar frente a sus dolencias, lo que se entiende como el empoderar a los pacientes frente a sus dolencias *"yo a la primera persona que vi cuando llegue acá fue a Luis San Martin el hizo el taller de cómo comer"* (B, 3, 3.2, F2b) a su vez los pacientes son capaces de dar ejemplos de la buena disposición que ellos consideran tiene este profesional con ellos *"yo la otra vez tenía un dolor en el pecho, yo tengo el ventrículo derecho tapado, entonces me dolía mucho y fui a hablar con el... don Luis San Martin y él me explico eso un poco y me dijo ya voy a hablar con don David y don David después ligerito fue y me llamo y me dijo todo lo que tenía que hacer y fui al consultorio o sea a eso voy no hay tramites"* (B, 3, 3.2, F2d).

De acuerdo a la categoría que refiere a las expectativas de los pacientes respecto a la labor del trabajador social en el programa, se entiende que la mayoría de los pacientes concuerda en el hecho de que hayan más talleres por parte de este profesional *"el asistente social debería hacer más talleres durante el tiempo que uno esta acá y a la vez nos serviría para muchas dudas que tiene uno pos"* (B, 4, 4.1, F1a) además ellos proponen el hecho de que se integren más trabajadores sociales y psicólogos a esta intervención *"sería bueno que hubieran tanto psicólogo como asistente social"* (B, 4, 4.1, F2b). De acuerdo al relato de los participantes de esta actividad tanto en los grupos F1 como F2 se señala una gran valoración y expectativas sobre la participación de profesionales que otorguen una intervención psicosocial en pro de los beneficiarios del programa. Entre otra de las expectativas o propuestas de los usuario están aquellas que refieren a que el trabajador social se encargue de entregar información respecto a beneficios en salud, en previsión social, entre otros pues mencionan que ellos no conocen todos los beneficios que existentes *"El asistente social debería cada cierto tiempo hacer lo que estamos haciendo aquí eh informar a la gente sus beneficios"* (B, 4, 4.1, F2a), *"que nos explique... los beneficios, los inconvenientes... no se pos Plan AUGE"* (B, 4, 4.1, F1b) esta situación se entiende pues el grupo de adultos mayores se encuentra un tanto dividido en lo que es las áreas que competen al trabajador social, si bien algunos lo reconocen como un profesional que educa y promueve cambios, hay otro pequeño grupo de adultos mayores que tienen arraigada esta visión de las y los visitadores sociales y por lo tanto no comprenden que el profesional trabajador social que participa de esta experiencia no se haga cargo de informarlos o tramitarles beneficios *"él me ha atendido bien pero no hemos llegado a ningún acuerdo (risa) a solucionar ningún problema"* (B, 3, 3.1, F2b).

- C. Análisis a partir del objetivo: " Identificar la valoración percibida por el trabajador social, respecto al equipo y pacientes, frente al desempeño de sus competencias profesionales en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca"

Tabla 5:

Categoría	Subcategorías	Frases Codificadas
1. Competencias Profesionales del trabajador social	1.1 Visión sobre las competencias profesionales	<p>a. (...) manejo de trabajo en equipo, porque el trabajador social no debe situarse no es cierto como un movilizador de recursos públicos asociados al asistencialismo (...)</p> <p>b. (...) capacidad de liderazgo en el desarrollo de proyectos no es cierto, movilización de los recurso humanos, entusiasmar a los equipos de trabajo con respecto a los modelos de atención (...)</p> <p>c. (...) requiere que el trabajador social tenga esa capacidad de gestión (...)</p> <p>d. (...) desarrollo de proyectos, eh contención emocional y social de las familias con problemas (...)</p>
	1.2 Metodología de trabajo	<p>a. (...) el acompañamiento en los procesos de cambio el generar procesos de empoderamiento comunitario no es cierto para poder ayudar en conjunto los condicionantes sociales que están digamos relacionados con las dolencias cardiovasculares (...)</p> <p>b. (...) mi equipo no mira a los usuarios como pacientes, porque justamente queremos lograr que no lo sean, paciente es el que espera pacientemente espera que alguien lo atienda y le dé una solución, bueno nosotros estamos trabajando para que las personas sean personas activas por su salud (...)</p> <p>c. (...) van desde la recepción de un usuario hasta cómo vamos promoviendo en él la adquisición de herramientas que le permitan transformarse en este sujeto activo que buscamos, empoderado relacionado con su comunidad, que use sus recursos personales y comunitarios (...)</p> <p>d. (...) la tarea no es inducir, sino que es acompañar en un proceso de reflexión para que la persona sea hacedora de su dolencia, claro está con la compañía, con el sostén, con la motivación, con la facilitación que como agente social podemos hacer (...)</p> <p>e. (...) la labor que nosotros consignamos para el asistente social en un comienzo es esencialmente de sensibilización frente a cambios de hábitos, por lo tanto ahí trabajar con los modelos de cambios de hábitos Prochaska, el modelo precede y precede y otros que es súper importante que el trabajador social lo ocupe (...)</p> <p>f. (...)El trato claramente debe ser un trato orientado a las dolencias crónicas que difiere por completo de una dolencia aguda (...)</p> <p>g. (...) en el acompañamiento posterior el asistente social solo oferta servicios de charlas o actividades educativas que se les va dando a los grupos de autoayuda,</p>

		charlas, talleres, articulaciones de beneficios (...)
2. Aporte del trabajador social	2.2 Destrezas	<p>a. (...) el manejo de metodologías participativas de educación popular (...)</p> <p>b. (...) el desarrollo de... educación popular (...)</p> <p>c. (...) he agregado creo yo, una perspectiva humana a la atención del dispositivo o de los medios con los que trabajamos (...)</p> <p>d. (...) no son pocas las situaciones en que el trabajador social tiene que intervenir en crisis, por ejemplo, o hacer tramitaciones específicas que puedan ayudar a la mejoría de una familia (...)</p>
	2.3 Debilidades	<p>a. (...) la concreción y los registros; porque pareciese ser que en el sistema público una de las grandes falencias (...)</p> <p>b. (...) no sé si comercializar o saber mostrar los avances que las intervenciones psicosociales producen en la población (...)</p> <p>c. (...)Tal vez debería haber más, tal vez debería haber una continuidad en un acompañamiento mayor esencialmente orientado al manejo de patologías asociadas: estrés, ansiedad, conflictos familiares (...)</p>
3. Valoración profesional del trabajador social	3.1 Relaciones Interpersonales	<p>a. (...) yo creo que se ha entregado harto por parte del trabajo social al equipo (...)</p> <p>b. (...)la voz del asistente social en este tipo de equipos es requerida, no solo valorada también es requerida, te piden orientación de cómo hacerlo ¿Cómo hago con tal familia? ¿Cómo hago con tal persona? ¿Cómo hago con tal desborde en un tema de salud cardiovascular? (...)</p> <p>c. (...) Los usuarios muchas veces de una u otra forma identifican a la persona ven a la persona, y se olvidan un poco de lo que es la persona (...)</p> <p>d. (...) trabajador social es una cara visible, así que he sido bien aceptado, bien evaluado por los usuarios (...)</p>
	3.2 Reconocimiento Social	<p>a. (...) la recepción de los usuarios ha sido bastante buena a pesar de que yo siento, que siempre un poco la labor de los asistentes sociales o trabajadores sociales cierto, se invisibiliza un poco ante los usuarios (...)</p> <p>b. (...)mucho usuario nos refiere como el doctor, el nutricionista como cualquier cosa, menos como asistente social más cuando uno empieza a dominar en términos de competencia por ejemplo otros contenidos (...)</p> <p>c. (...) yo creo que el usuario sintoniza mucho con la labor del asistente social cuando este es muy claro y además muy sintónico, así que yo creo que la recepción de los usuarios es positiva (...)</p> <p>d. (...) honestamente siento que el trabajo que yo he podido realizar como asistente social valida y genera una gran valoración por parte del equipo (...)</p>

		<p>e. (...) como asistente social soy altamente valorado por mi equipo. (...)</p> <p>f. (...) se demuestra a través de reconocimiento concreto, solicitudes concretas como por ejemplo de que cuando hemos sido premiados el equipo me pide a mí que los represente, que sea yo el que va y por ejemplo que he tenido que hacer las charlas en todas las exposiciones (...)</p> <p>g. (...) Ha sido una buena evaluación del equipo, los talleres que realizamos nosotros tienen una gran adherencia eh... sobre el setenta y cinco por ciento de adherencia, eh... yo diría que la evaluación en ese sentido es totalmente favorable (...)</p>
4. Expectativas del trabajador social	4.1 Propuestas	<p>a. (...) Yo espero adherencia, ahora la adherencia tiene muchos factores eh... yo creo que se espera en términos de cambio que la gente pase de ser sujetos reactivos a sus dolencias y a los problemas que les afectan a que reaccionen frente a ellos y que pasen a ser reflexivos o sea que piensen acerca de los que les sucede, yo creo que ese es un desafío y que ahí nosotros como trabajadores sociales tenemos que hacer (...)</p> <p>b. (...) El asistente social puede profundizar en la línea educativa o sea ir de una u otra forma ir nutriendo lo que al comienzo se entrego, por eso te hablo yo del acompañamiento (...)</p> <p>c. (...) uno de los grandes desafíos del trabajador social en equipos en la salud pública, ser autor, construir ser autor de proyectos, de innovaciones, de propuestas (...)</p> <p>d. (...) que nosotros estaríamos dejando evidencia de nuestro actuar sería fundamental (...)</p> <p>e. (...) Yo creo que es tiempo de empezar a sistematizar eh... la experiencia no tan solo en términos de informes técnicos, sino que también a través de procesos de investigación en la línea de la sistematización eh... investigaciones, textos, artículos y registros que podrían constituirse como una base para el desarrollo de futuras intervenciones (...)</p>

Para lograr este objetivo es necesario identificar la percepción que este profesional presenta respecto a la valoración que el resto de los actores tiene sobre él y es que el trabajador social conoce muy bien cuáles son las competencias que requiere para trabajar en salud entre las que menciona como propias de su disciplina se encuentran el lograr generar un buen trabajo en equipo, además de la gestión y participación en proyectos *“manejo de trabajo en equipo, porque el trabajador social no debe situarse no es cierto como un movilizador de recursos públicos asociados al asistencialismo”* (C,1,1.1,a), *“capacidad de liderazgo en el desarrollo de proyectos no es cierto, movilización de los recurso humanos, entusiasmar a los equipos de trabajo con respecto a los modelos de atención”* (C,1,1.1,b) ahora destaca que las competencias que debe manejar son las propias de su disciplina a su vez hace hincapié en la forma de llevar a cabo esta intervención y es que alude a las diferencia de trato que ha debido desarrollar para trabajar con pacientes que presentan dolencias crónicas, pues reconoce que la intervención se lleva a cabo desde otra perspectiva, ya que no es lo mismo el trabajar con pacientes con dolencias crónicas al trabajar con pacientes que presentan dolencias agudas *“El trato claramente debe ser un trato orientado a las dolencias*

crónicas que difiere por completo de una dolencia aguda” (C,1,1.2,f), en ese sentido se entiende que las competencias requeridas para participar en este tipo de equipo aluden al trabajo con el equipo interdisciplinario y al trabajo que ha de realizar con los pacientes crónicos, por lo tanto lo que busca es generar procesos que faciliten la labor de los profesionales y que de esta forma permitan entregar una atención adecuada y pertinente para los pacientes “la tarea no es inducir, sino que es acompañar en un proceso de reflexión para que la persona sea hacedora de su dolencia, claro está con la compañía, con el sostén, con la motivación, con la facilitación que como agente social podemos hacer” (C,1,1.2,d).

De acuerdo a lo expresado por el trabajador social entrevistado se desprende un autoreconocimiento bastante claro en cuanto a los aportes que él puede generara partir de su disciplina y es que este profesional comprende que su intervención es particular en base al contexto institucional en el que se desarrolla, ahora con esto se hace referencia a la base biomédica que contextualiza este programa, pues he ahí lo novedoso de esta intervención, el poder empoderar a los pacientes a partir de su realidad social y el incentivarlos a hacerse cargo de su salud *“mi equipo no mira a los usuarios como pacientes, porque justamente queremos lograr que no lo sean, paciente es el que espera pacientemente espera que alguien lo atienda y le dé una solución, bueno nosotros estamos trabajando para que las personas sean personas activas por su salud” (C,1,1.2,b)* esta visión psicosocial de las problemáticas el profesional asegura transferirla al resto de equipo *“he agregado creo yo, una perspectiva humana a la atención del dispositivo o de los medios con los que trabajamos” (C,2,2.1,c)*. Ahora por otra parte se desprende que este profesional tiene muy clara cuáles son sus debilidades y estas tiene que ver con las falencias que identifica en su actuar, lo que le genera inquietud, bajo esta perspectiva el profesional menciona la falta de registros y concreción de las experiencias por lo que considera que se pierden instancias que permitan generar conocimientos y aportes a futuras intervenciones *“la concreción y los registros; porque pareciese ser que en el sistema público una de las grandes falencias” (C,2,2.2,a)*, por otra parte también hace alusión a aquello que no realiza en cuanto al trabajo con los pacientes y es que el tema de un seguimiento es latente a nivel de equipo y por cierto para el trabajador social pues a partir de esto se puede entender el fracaso de alguno de los usuarios en sus procesos de cambio *“Tal vez debería haber más, tal vez debería haber una continuidad en un acompañamiento mayor esencialmente orientado al manejo de patologías asociadas: estrés, ansiedad, conflictos familiares” (C,2,2.2,c)*.

La apreciación que posee el trabajador social respecto a cómo es percibida su labor y desempeño por los profesionales y pacientes que conforman este programa está guiada por las muestras o expresiones concretas de reconocimiento social, ahora bien el profesional expresa sentirse altamente valorado por su equipo *“honestamente siento que el trabajo que yo he podido realizar como asistente social valida y genera una gran valoración por parte del equipo” (C,3,3.2,d)* y a la vez entiende que esta valoración va de la mano del aporte que él ha realizado para validar el programa ante las autoridades institucionales, se reconoce como autor participe de los grandes logros que han obtenido y bajo ese contexto es que menciona que ha sentido muestras de respeto y valoración de sus compañeros de trabajo *“como asistente social soy altamente valorado por mi equipo” (C,3,3.2,e)*. El trabajador social expresa sentirse valorado por el equipo en cuanto a la confianza que sus compañeros depositan en él y es por esto que señala que cuando deben presentar su propuesta y trabajo ellos le piden a él que los represente *“se demuestra a través de reconocimiento concreto, solicitudes concretas como por ejemplo de que cuando hemos sido premiados el equipo me pide a mí que los represente, que sea yo el que va y por ejemplo que he tenido que hacer las charlas en todas las exposiciones” (C,3,3.2,f)*. Ahora bien la valoración que él percibe por parte de los usuarios se enmarca en lo que han sido los procesos de adherencia al programa pues recordando que él

es el profesional encargado de recibirlos él expresa que la recepción de los usuarios es buena a pesar de que reconoce sentirse invisibilizado en ocasiones por algunos de los pacientes *“la recepción de los usuarios ha sido bastante buena a pesar de que yo siento, que siempre un poco la labor de los asistentes sociales o trabajadores sociales cierto, se invisibiliza un poco ante los usuarios”* (C,3,3.2,a) esta reflexión nace a partir de la forma en que lo refieren muchos usuarios, es decir si bien conocen cual es su labor en el equipo muchas veces el siente que no lo asocian a su profesión *“mucho usuario nos refiere como el doctor, el nutricionista como cualquier cosa, menos como asistente social más cuando uno empieza a dominar en términos de competencia por ejemplo otros contenidos”* (C,3,3.2,b) a pesar de esto destaca la recepción y valoración a través de la adhesión de los pacientes que según señala el profesional, siempre ha sido positiva *“Ha sido una buena evaluación del equipo, los talleres que realizamos nosotros tienen una gran adherencia eh... sobre el setenta y cinco por ciento de adherencia, eh... yo diría que la evaluación en ese sentido es totalmente favorable”* (C,3,3.2,g).

Dentro de las expectativas que expresa tener el trabajador social entrevistado respecto a su repertorio y a sus competencias, existen dos áreas que señala con claridad: una de ellas tiene que ver con un desafío personal y que alude más al fortalecimiento de la disciplina y otra que hace referencia a su desempeño en el programa en base al aporte al equipo en si y un aporte a los beneficiarios de este programa. De acuerdo a sus expectativas personales destacan el interés que denota este profesional por generar registros que permitan validar la profesión dentro del área de salud a fin de que se constituyan como una base para futuras intervenciones *“Yo creo que es tiempo de empezar a sistematizar eh... la experiencia no tan solo en términos de informes técnicos, sino que también a través de procesos de investigación en la línea de la sistematización eh... investigaciones, textos, artículos y registros que podrían constituirse como una base para el desarrollo de futuras intervenciones”* (C, 4,4.1,e) bajo esta perspectiva el trabajador social se plantea como un desafío el poder concretar y sistematizar esta experiencia *“uno de los grandes desafíos del trabajador social en equipos en la salud pública, ser autor, construir ser autor de proyectos, de innovaciones, de propuestas”* (C, 4,4.1,c). Por otra parte se encuentran las expectativas que posee este profesional respecto a su labor y desempeño en el programa y es así que señala la posibilidad de ir nutriendo o complementando la intervención a través de una profundización de la línea educativa, en este sentido el menciona el acompañamiento posterior al egreso de los pacientes de este dispositivo como una forma de mejorar la calidad del servicio que prestan a los pacientes cardiovasculares *“El asistente social puede profundizar en la línea educativa o sea ir de una u otra forma ir nutriendo lo que al comienzo se entrego, por eso te hablo yo del acompañamiento”* (C, 4, 4.1,b).

A partir del discurso del trabajador social entrevistado, se aprecia que este profesional percibe la valoración de su equipo y reconoce las muestras de valoración por parte de cada uno de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, a su vez expresa sentirse valorado por los pacientes cardiovasculares y visualiza o percibe esta valoración a través de la adherencia y compromiso de los pacientes en la intervención que el realiza. Finalmente el profesional reconoce que los aportes que él ha realizado en el marco del programa lo han hecho acreedor de la confianza, respeto y credibilidad por parte de los actores involucrados en el programa y esto ha generado la validación finalmente de este mismo *“yo creo que se ha entregado hartito por parte del trabajo social al equipo”* (C, 3, 3.1, a).

Tabla 6: Hallazgos a partir del Análisis

	<p>Objetivo Especifico 1: <i>“Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorga el equipo interdisciplinario a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca”</i></p>
<p>Equipo Interdisciplinario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competencias Profesionales • Aporte • Valoración • Expectativas 	<p>El equipo interdisciplinario valora mucho el despliegue de competencias profesionales que el trabajador social ha puesto a disposición del crecimiento y fortalecimiento de esta intervención, los profesionales reconocen sin dificultad las competencias y aportes que el trabajador social ha entregado.</p> <p>La valoración que expresan los profesionales se demuestra en hechos concretos y es en este sentido se encuentra el principal hallazgo a partir del discurso de los profesionales y es que si bien valoran y respetan la intervención que realiza el trabajador social con los pacientes cardiovasculares, se evidencia en el discurso de estos tres profesionales entrevistados el reconocimiento al aporte que el trabajador social otorga a través de la planificación, presentación y concreción de proyectos; sin duda es un tema muy latente en el discurso de los profesionales e inclusive hablan de una indispensabilidad de este profesional en esta área, lo cual se explica pues el Equipo Integral de Intervención Comunitaria en gran medida ha logrado validarse ante las autoridades institucionales a través del reconocimiento social que han recibido tras la presentación y aprobación de proyectos, es así que del discurso de los profesionales se destaca el aporte del profesional trabajador social en la validación de esta experiencia. Las competencias profesionales que despliega el trabajador social en el área de la salud en ocasiones se destacan a partir del trabajo realizado con los usuarios, a partir de lo investigado se logra detectar que lo que más valoran otros profesionales, tiene que ver con un trabajo más de gestión, de creación, de propuestas, de logros y responden a la necesidad de validar el trabajo de todo un equipo que se concentra en seguir creciendo y avanzando hacia una mejor prestación para sus beneficiarios.</p>

	<p>Objetivo Especifico 2: "Identificar las expresiones que dan cuenta de la valoración que otorgan pacientes cardiovasculares a las competencias profesionales que se identifican del trabajador social en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca"</p>
<p>Pacientes Cardiovasculares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competencias Profesionales • Aporte • Valoración • Expectativas 	<p>A través del análisis realizado es que se puede señalar la gran valoración que otorgan los pacientes cardiovasculares, a la intervención que realiza el trabajador social en el marco del Equipo Integral de Intervención Comunitaria, esto lo expresan tanto verbalmente como a través de sus actitudes, a través de la confianza y compromiso que le brindan a la intervención realizada por el trabajador social. Sin duda las muestras de afecto y aprecio por su intervención emanan a través de sus discursos, además la asistencia a talleres y las expectativas y propuestas sobre el aumento de los talleres dan a entender el reconocimiento social que otorgan a este profesional. Cabe mencionar que algunos de los pacientes expreso una dependencia hacia el programa que les provoca inseguridad respecto a su salud al salir de este.</p> <p><u>Hallazgos no esperados:</u></p> <p>Los pacientes cardiovasculares son capaces de vislumbrar aquellas características profesionales que distinguen al trabajador social respecto a profesionales de otras disciplinas, y bajo esta perspectiva muchos coinciden en la descripción de cualidades o características de este profesional, como el hecho de ser muy humano, la empatía, lo afectivo, entre otras. Sin embargo en este aspecto se encuentra uno de los hallazgos que llama la atención para esta investigación y es que si bien los participantes del Focus Group reconocen a un profesional que los recibe y les entrega la primera prestación y en si conocen la modalidad de entrega de esta prestación otorgada por este profesional trabajador social, llama la atención el hecho de que algunos de los adultos mayores que participaron de esta actividad no asocian la prestación que reciben al trabajador social y más bien hablan del doctor o del nutricionista que los atiende, inclusive mencionan la necesidad de que hayan "visitadoras" dentro del programa para que les puedan ayudar a tramitar beneficios, como por ejemplo señala uno de los pacientes : "conseguir una silla de rueda y ayudar a tramites de pensión en el INP".</p> <p>A pesar de esta confusión que tienen algunos de los pacientes, específicamente aquellos que corresponden al grupo de los adultos mayores, se destaca que los pacientes valoran muchísimo la participación del trabajador social y el despliegue de sus competencias y características profesionales para con ellos y destacan la capacidad de este profesional para acercarse a ellos y explicarles de modo que comprendan lo que se les quiere transmitir.</p>

	<p>Objetivo Especifico 3: “Identificar la valoración percibida por el trabajador social, respecto al equipo y pacientes, frente al desempeño de sus competencias profesionales en intervenciones del Equipo Integral de Intervención Comunitaria del CESFAM Padre Manuel Villaseca”</p>
<p>Trabajador Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competencias Profesionales • Aporte • Valoración • Expectativas 	<p>A partir del discurso de este profesional no quepan dudas respecto a lo valorado que se siente el por parte de él equipo interdisciplinario, él consideran que las muestras de afecto y confianza más allá de lo profesional han traspasado a grados de amistad con sus compañeros de trabajo, sin duda el trabajador social se siente cómodo, valorado y respetado como profesional, el reconoce que ha tenido la posibilidad de proponer y crear dentro de la planificación de actividades del equipo, se ha hecho participe de las modificaciones y avances teniendo una buena participación en estos procesos. Bajo esta perspectiva el trabajador social se refiere al reconocimiento social por parte del resto de los profesionales del equipo.</p> <p>Cuando el tema de la valoración se lleva al ámbito de los pacientes cardiovasculares, él trabajador social se muestra seguro respecto a la adhesión que conceden los pacientes a su intervención, además reconoce que ha tenido una buena recepción de los pacientes en cuanto a sus talleres y declara sentirse valorado por ellos; sin embargo he aquí uno de los hallazgos encontrados en esta investigación respecto a la entrevista realizada al trabajador social y es que éste profesional demuestra un grado de preocupación respecto a lo que es la figura del trabajador social propiamente tal para estos pacientes cardiovasculares y en este sentido a través de esta investigación se pudo corroborar este sentimiento del trabajador social de acuerdo a los hallazgos encontrados a partir del discurso de los pacientes cardiovasculares adultos mayores, pues existe en algunos pacientes poca claridad respecto a la labor del trabajador social, es así que este profesional declara sentir que algunos de los pacientes le reconocen como médico, nutricionista o doctor, pero no como trabajador social, entonces bajo esta perspectiva el profesional refiere a una invisibilidad de su disciplina respecto a las intervenciones llevadas a cabo en el marco del Equipo Integral de Intervención Comunitaria y afirma que el hecho de que como trabajador social maneje otro tipo de competencias provoca esta reacción en los usuarios que acostumbran a ver al trabajador social en un box y tramitando algún beneficio.</p> <p>Acorde a lo expresado anteriormente se puede señalar que este profesional se siente muy valorado pero también siente que su intervención no se asocia a su disciplina.</p>



CAPÍTULO VI

**CONCLUSIONES Y
REFLEXIONES**

FINALES

1. En relación al Proceso

Al finalizar esta etapa aparecen un sin número de ideas y sentimientos relacionados con cada una de las vivencias del proceso que se llevo a cabo, pues sin duda ha sido un proceso que refleja aprendizajes distintos a los que se han obtenido tras el paso de los años en el aula. Esto tiene que ver con el desarrollo de capacidades, aptitudes y habilidades relacionadas con la autonomía, la autocrítica, el autocontrol y en sí la independencia que se adquiere como estudiante a través del aprender haciendo. Ha sido un proceso que permitió entender y comprender la realidad profesional y laboral a partir de la propia vivencia que experimento la estudiante que estuvo a cargo.

A través de esta experiencia se rescatan distintos tipos de aprendizajes que hablan de una aproximación a la realidad con la que se encuentran los recientes profesionales al salir al mundo laboral, entre estos aprendizajes se destacan aquellos que dicen relación con las enseñanzas teóricas, técnicas e institucionales y aquellos que hablan de un crecimiento personal como estudiante, como profesional, como futuro representante de esta disciplina.

Finalmente es necesario destacar la autoría que otorga este proceso a quien suscribe. Esta autoría que se entiende como la capacidad de crear, de generar propuestas y ante todo de investigar, lo cual resulta fundamental en el desarrollo de un profesional y es que la investigación llevada a cabo nace a partir de las inquietudes propias de la estudiante y generan conocimientos y hallazgos relevantes para la institución que cobija la investigación llevada a cabo, para la formación profesional de quien suscribe y para la escuela de Trabajo Social que avala y promueve el desarrollo de estas experiencias por parte de sus estudiantes.



2. En relación a la Metodología Utilizada

El presente seminario de título se orienta bajo los lineamientos de una metodología cualitativa la cual permitió ahondar en la realidad de cada uno de los actores involucrados. El poder explicitar la esencia de las experiencias de los actores permitió dar respuesta a los objetivos establecidos en esta investigación, pudiendo conocer y comprender la valoración que se tiene en torno a las competencias profesionales que despliega el trabajador social que participa en un programa de salud cardiovascular. El paradigma cualitativo le otorga a la investigadora la oportunidad de encontrarse frente a frente con la realidad misma y a partir de lo observado, describir, comprender e interpretar los significados que existen en el discurso de cada uno de los actores involucrados.

De acuerdo a las técnicas e instrumentos utilizados en base a la recolección de la información, se puede señalar que estas permitieron indagar en las vivencias de cada uno de los actores involucrados en la investigación. De esta forma la entrevista en profundidad, realizada a los profesionales que conforman el programa, permitió obtener información a través de una profundización en aquellos temas ligados directamente al Equipo Integral de Intervención Comunitaria y a la valoración que se percibe en cuanto a las competencias que identifican del profesional Trabajador Social, lo que favoreció el levantamiento de información o datos significativos para la investigación. Por otra parte la realización de los Focus Group, generó un acercamiento importante a la realidad misma de los pacientes que participan en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria, pues se llevo a cabo contando con pleno consentimiento y una excelente disposición de estos pacientes, se valora muchísimo el uso de esta técnica en pro de la consecución de los objetivos establecidos para la presente investigación.

Respecto al proceso de análisis de la información, se destaca la importancia de organizar la información en torno a un proceso que permite generar categorías que dan respuesta a los objetivos establecidos. Estos métodos de análisis utilizados permitieron organizar y ordenar la información recabada facilitando un proceso de lectura de dicha información, para finalmente concluir a partir de los objetivos que se establecieron desde un principio y además detectar e interpretar los hallazgos localizados.

Finalmente es posible señalar que la metodología utilizada para esta investigación resultó ser satisfactoria, en cuanto fue pertinente y permitió desarrollar en forma adecuada los distintos procesos que implican el desarrollo de un seminario de título. A su vez cabe mencionar que esta metodología sentó las bases de futuras acciones o propuestas, a través de los hallazgos encontrados.

3. En relación a la Temática Abordada

Trabajo Social es una profesión que a lo largo de los años ha demostrado un fuerte compromiso con el bienestar social y es así como ha orientado su actuar a la resolución de problemáticas sociales que afectan a individuos, a grupos, a familias, a comunidades. No cabe duda que hoy en día el actuar de los profesionales presenta un campo diverso de acción y es así que se han ido generando nuevas competencias que se suman a las ya establecidas y reconocidas a lo largo de los años y que a la vez permiten a los profesionales responder adecuadamente ante las contingencias sociales.

La temática de esta investigación resulta ser novedosa en cuanto no hay otro estudio al respecto, pues si bien el Trabajo Social en salud es histórico y en Chile específicamente sentó las bases de la disciplina; las exigencias y competencias requeridas para desenvolverse en esta área han ido evolucionando e incrementándose, de este modo la presente investigación busca conocer la valoración que tienen equipos interdisciplinarios y pacientes del área de salud cardiovascular frente a este profesional trabajador social que se desempeña e interviene en esta área. Frente a esto cabe señalar que a raíz de los hallazgos encontrados la reflexión y conclusión al respecto se puede establecer a partir de los tres actores informantes en este proceso investigativo:

- Equipo Interdisciplinario: a raíz del acercamiento generado con los profesionales de este equipo, se desprende a través de sus discursos, que el trabajador social es muy valorado y solicitado en estos equipos, pues otorga un sentido humanitario a través del despliegue de sus competencias en las intervenciones en salud, según lo que ellos señalan el trabajador social más allá de la contribución que pueda generar respecto a los pacientes, pasa a ser un profesional empático que facilita las intervenciones y a la vez transfiere conocimientos que a aquellos profesionales ligados al área bio-médica les resultan de gran valor.

De acuerdo a la información obtenida a través de estos profesionales, llama la atención que en sus discursos sea tan reiterativo el reconocimiento hacia el trabajador social por su capacidad de gestión, planificación y concreción de proyectos, sin duda es uno de los temas que cobro mayor relevancia en este estudio respecto a las percepciones y valoraciones que expresan los profesionales del equipo, es evidente que el trabajador social es altamente valorado y reconocido en cuanto a estos temas:

- Pacientes Cardiovasculares: a través de este estudio se identifica la valoración existente por parte de los pacientes respecto al trabajador social, los pacientes refieren a un profesional empático, carismático, cordial, respetuoso y por sobre todo mencionan el "saber escuchar" que caracteriza a este profesional y a la disciplina en sí, de este modo a través de sus discursos se percibe una valoración e importancia que ellos otorgan al hecho de contar con un profesional de esta disciplina en el área de salud.

No obstante la valoración y reconocimiento social que expresan los pacientes, se vislumbran hallazgos no esperados en el proceso y estos apuntan específicamente al grupo de adultos mayores, pues en ese grupo algunos de los pacientes tiene dificultad para asociar al trabajador social en cuanto al profesional que les entrega la prestación y esto sin duda se enmarca en una visión que Trabajo Social como profesión ha tenido arraigada tras el paso de los años y que responde a una labor de carácter asistencialista ligada netamente a la entrega y tramitación de beneficios, el hecho de que el trabajador social se encuentre realizando labores educativas y motivacionales, a través de la adquisición de nuevas competencias, genera confusión en aquellos pacientes que mantienen viva esta visión de un profesional asistencialista y por lo tanto esto es lo que ellos esperan respecto a la intervención del trabajador social.

- Trabajador Social: las reflexiones y conclusiones respecto a la percepción del trabajador social no varían mucho respecto a la información obtenida a través de los pacientes y del equipo. Bajo esta perspectiva cabe señalar que este profesional declara sentirse muy valorado por su equipo y por los pacientes, además señala que son muchas las formas en que le demuestran este reconocimiento y valoración, por parte del equipo señala que la mayor muestra de valoración tiene que ver con las responsabilidades que delegan en él, además de la confianza en su opinión frente a la toma de decisiones, el profesional menciona sentirse respetado y reconocido por su equipo. En cuanto a los pacientes expresa que las muestras de valoración y reconocimiento tienen que ver con la adhesión de los pacientes al programa y la participación y concurrencia que tienen a los talleres que el ofrece en el programa. No obstante, el trabajador social reconoce sentirse invisibilizado como profesional en cuanto percibe que algunos de los pacientes no lo asocian a la disciplina que profesa, pero a su vez se cargo de esto a través de una crítica personal que tiene que ver con la poca sistematización de experiencias en salud por parte de los profesionales de Trabajo Social lo que resta autoría y reconocimiento social a nivel global, pues declara sentir que la escasas de tiempo y muchas veces de oportunidades ha generado que los trabajadores sociales no dediquen tiempo a la concreción y sistematización que promuevan un reconocimiento de las competencias profesionales con las que aportan estos profesionales a la sociedad.

Finalmente cabe mencionar que esta experiencia ha significado grandes aprendizajes, pero en base a la temática es necesario señalar la importancia de enfrentarse constantemente a procesos de aprendizaje pues la labor del trabajador social en el área de la salud cardiovascular a simple vista pareciese estar muy tipificada; sin embargo la forma en que este profesional se enfrente a esta problemática social va a depender exclusivamente de la dedicación y entusiasmo que presente frente a desafíos que impliquen estudiar a profundidad dicha problemática y en este sentido la importancia de traspasar fronteras que están arraigadas a soluciones provenientes del ámbito bio-médico, pero a la vez a la disposición y habilidad de adquirir nuevas competencias a

través de una inserción continua en la teoría y una osadía de generar intervenciones innovadoras siempre en busca del bienestar social.

4. En relación al Trabajo Social

Trabajo Social es una profesión de las ciencias sociales que tiene diversidad de campos de acción, sin duda al mirar los posibles escenarios en que pueden desenvolverse los profesionales trabajadores sociales, aparece un abanico de posibilidades, es así que el Trabajo Social ligado al área de la salud responde a una de las necesidades que por siglos ha tenido la sociedad, desde sus orígenes esta profesión se ha asociado a prácticas asistencialistas que responden a las necesidades de los sistemas sanitarios en la población y es por esto que no es complejo relacionar la labor profesional del trabajador social en esta área. Bajo esta perspectiva se puede señalar que la labor que cumplen los trabajadores sociales que se desempeñan en salud ha ido tomando cada vez nuevos rumbos y se ha ido ampliando a nuevos escenarios, en ese sentido si bien se mantienen ciertas prácticas asistencialistas en su quehacer, aparecen con fuerza otras competencias que integran estos profesionales en su actuar y que los validan como agentes de cambio frente a las temáticas que se abordan en el área de la salud.

Los trabajadores sociales que se desenvuelven en el área de salud han de generar transformaciones sociales a partir de procesos de investigación que consideren la subjetividad de la realidad en que se encuentren los beneficiarios del sistema de salud, construyendo desde la base de los sujetos a partir de su propia realidad. De acuerdo a lo expresado se puede señalar que a partir de este seminario de título se desempeñan competencias propias del trabajador social como lo son una labor investigativa respecto a las problemáticas sociales contingentes en el área de la salud y también la generación de nuevos conocimientos y aportes a la disciplina a través de los hallazgos descubiertos en base a la investigación llevada a cabo, también se generan conocimientos de utilidad e importancia para los profesionales que conforman este tipo de programas y para la institución de salud que resguarda esta investigación, finalmente se puede señalar que esta experiencia genera aportes a los beneficiarios directos del sistema de salud, que en este caso son los pacientes, quienes a través de este tipo de experiencias reciben una mejor atención frente a las problemáticas que los afectan.

En base a la investigación que se llevo a cabo, es pertinente señalar que la salud cardiovascular, es un área de la salud en que la figura del trabajador social en ocasiones y para algunos sujetos receptores de esta intervención, se vuelve intangible y es que la salud cardiovascular en si en ocasiones está muy ligada a una visión biomédica, es por esto que resulta muy atractivo el comprender e interpretar las significaciones que tiene para el resto, el rol de un trabajador social inmiscuido en equipos cardiovasculares, así es como aparecen interesantes observaciones frente a competencias inusuales en el quehacer de un trabajador social en el área de salud y que en resumidas cuentas hablan de una educación y motivación hacia los pacientes, que al fin de cuentas resulto ser exitosa para este programa. En este sentido el trabajador social despliega otras competencias que lo validan ante profesionales de otras áreas de la salud y ante la institución en sí, y es que ya no solo se enclaustra la disciplina en cuatro paredes; sino que demuestra que puede participar en cualquier proceso o intervención de salud, logrando cumplir como un apoyo y aporte para los equipos de salud y a los beneficiarios del sistema de salud.

Ahora bien los desafíos que se plantean respecto al Trabajo Social en salud, van de la mano de un proceso de concreción y sistematización de las experiencias que se han llevado a cabo por parte de estos profesionales, ya que si bien se validan en forma interna, se vuelve necesaria esta sistematización pues este tipo de experiencias

son las que pueden permitir ampliar el campo de intervención profesional de esta disciplina y validarse frente a las contingencias que se suscitan en el área de la salud pública.

5. En relación al Crecimiento Profesional como Estudiante

Al analizar las implicancias que tiene este proceso en el crecimiento profesional como estudiante, es necesario retroceder en el tiempo y recordar las herramientas y habilidades obtenidas tras el paso por la Escuela de Trabajo Social de Universidad de Valparaíso, durante los cuatro años de formación en el aula y es que sin duda esto nada de esto hubiese sido posible sin las enseñanzas recibidas. Es importante hacer hincapié en esto pues en esta etapa de la formación profesional aparece un escenario distinto y en ocasiones hasta desconocido, pues claramente representa un acercamiento a la realidad profesional y laboral a la que debe enfrentarse un estudiante al culminar su proceso de formación.

Bajo esta perspectiva es que se concibe este proceso como una etapa de profundos aprendizajes que van desde una labor investigativa hasta el uso de la teoría y práctica recabada tras los años de formación y la generación de propuestas en pro de la disciplina. Pero sin duda aparte de estos aprendizajes está latente el sentimiento de autoría y creación pues el área abordada en este seminario de título, no ha sido muy profundizada por parte del Trabajo Social, en el sentido de investigaciones y sistematización de este tipo de experiencias y ahí radica la importancia de conocer, de investigar, de acercarse a la realidad con el fin de proponer y dejar trazadas las líneas para futuras investigaciones.

Sin duda este proceso ha sido un desafío para quien suscribe pues si bien existe mucha bibliografía en base a la salud cardiovascular, es muy poca o casi nula las experiencias sistematizadas por trabajadores sociales en esta área. Es así que resulta enriquecedora la experiencia en cuanto al conocer competencias profesionales que van más allá de las establecidas o reconocidas en esta disciplina para el área de la salud, pues se abren campos no estudiados por el Trabajo Social lo que genera atracción respecto a todo aquello que queda por realizar como trabajadora social en esta y otras áreas del Trabajo Social en Salud.

Finalmente aparecen las expectativas personales tras dejar el rol de estudiante y comenzar a formar parte de los profesionales de esta disciplina, y en ese sentido se generan desafíos en cuanto a la labor investigativa en el sentido de generar bibliografía que sea útil para futuras generaciones de trabajadores sociales y en cuanto a la capacidad de proyectar nuevas e innovadoras intervenciones que utilicen todas las competencias profesionales que posee un trabajador social, a fin de contribuir a un mejoramiento social en pro del bienestar de los individuos, grupos y comunidades que finalmente resulta ser uno de los objetivos de esta disciplina.



CAPÍTULO VII

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Introducción

El presente capítulo tiene por finalidad dar a conocer una propuesta de intervención, mediante la planificación de un sub-programa que responde tanto al análisis como a los hallazgos emanados de la presente investigación y que viene a fortalecer el programa EIIIC.

Cabe mencionar que un programa es un conjunto coordinado de proyectos que se orientan a realizar los objetivos del Plan y que supone vinculaciones entre proyectos en una relación de coordinación y sustentabilidad. Por su parte un proyecto es entendido como una tarea innovadora que tiene un objetivo definido, debiendo ser efectuada en un cierto período, en una zona geográfica delimitada y para un grupo de beneficiarios; solucionando de esta manera problemas específicos o mejorando una situación. En este sentido la tarea principal es capacitar a las personas para que ellas puedan continuar sus labores de forma independiente y a la vez transmitan los aprendizajes adquiridos hacia el resto de la comunidad.

Bajo esta perspectiva se hace necesario mencionar la necesidad de que este proyecto se constituya como un aporte sustancial para el programa que acoge esta investigación y la Institución patrocinante.

1. Nombre del Programa:

“Sembrando Estilos de Vida Saludable”

2. Objetivos

Objetivo General:

“Reforzar acciones de promoción tendientes a difundir estilos de vida saludable a nivel comunitario en colaboración del EIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca”

Objetivos Específicos:

- Potenciar la aparición de monitores, que promuevan estilos de vida saludable a nivel comunitario, luego de una capacitación.
- Promover adherencia familiar a estilos de vida saludable a través de actividades realizadas por pacientes cardiovasculares del EIC.
- Difundir información respecto a estilos de vida saludable hacia la población a través de actividades realizadas por pacientes cardiovasculares del EIC.

3. Beneficiarios

Directos	Pacientes Cardiovasculares del EIC Familias de Pacientes Cardiovasculares del EIC
Indirectos	Comunidad de usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca

4. Justificación

La salud cardiovascular es uno de los temas preponderantes y contingentes en el escenario nacional e internacional, pues es una de las áreas de salud que involucra a mayor cantidad de personas, siendo la principal causa de muerte en nuestro país.

Al analizar las causas que producen las enfermedades cardiovasculares aparecen dos tipos, unas que se denominan **causas internas** y que hacen referencia al ámbito de la medicina, ya que les competen a profesionales del área de la medicina y están relacionadas con la funcionalidad del organismo de cada ser humano y otras son las denominadas **causas externas** que se refieren a una serie de factores o condicionantes, relacionados con el entorno y que explican en cierto modo el auge que presentan las patologías cardiovasculares hoy en día. Bajo esta perspectiva es que cobran valor todas aquellas acciones orientadas desde la Atención Primaria de Salud, que buscan promover **Estilos de Vida Saludable**. Se entiende por Estilos de Vida Saludables, todos aquellos procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables son:

- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.

De acuerdo a lo señalado es que se vuelve necesario promover estos estilos de vida saludable para sostener los efectos nocivos de estos tipos de patologías que afectan a gran parte de la sociedad. Bajo esta perspectiva es que programas como el Equipo Integral de Intervención Comunitaria resultan ser valorados por la población afectada con este tipo de patologías y es que este programa contempla una **intervención integral** desde el punto de vista en que trabaja con la reeducación de los pacientes a través del área social y nutricional y además el área kinésica y de actividad física. En este sentido el profesional trabajador social que despliega sus competencias en este programa, realiza una intervención que busca empoderar a los pacientes respecto a sus dolencias, para esto utiliza muchas de las competencias que

posee como profesional del área social y específicamente de su disciplina, el trato y la intervención de este profesional se orientan a un proceso de cambio y de reeducación a partir de la experiencia misma de cada paciente. A la vez el EIIC ha logrado generar redes de apoyo y ha prestado apoyo profesional a pacientes Adultos Mayores, a través de la consolidación de un grupo de autoayuda en la que participan pacientes que ya han finalizado su etapa de participación en el programa y que han querido continuar reuniéndose en pro de su bienestar en salud.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente y en base a los hallazgos y conclusiones a partir de la investigación que se llevo a cabo, se vislumbran aspectos que podrían mejorar la intervención que otorgan los profesionales del programa, entre estos la falta de un seguimiento a los pacientes que egresan al finalizar los seis meses que contempla el programa y por otra parte la dependencia que presentan algunos de los pacientes hacia el programa.

Este sub-programa tiene como finalidad el contribuir a la intervención llevada a cabo por el programa EIIC. Para esto se plantea la importancia que tiene en el área de la salud cardiovascular, el contexto social de los individuos y el refuerzo de aquellos factores protectores de carácter psicosocial para la salud, bajo esta perspectiva es que se propicia el hecho de generar redes de apoyo a nivel local y a la vez la importancia de que los pacientes sean capaces de hacerse cargo de sus dolencias y más aún que se empoderen a tal nivel de convertirse en personas capacitadas para promover estilos de vida saludables hacia sus familias y hacia el resto de la comunidad.

5. Descripción del Sub-Programa

Proyecto 1

Talleres: "Estilos de Vida Saludable para compartir"

Objetivo:

"Potenciar la aparición de monitores, que promuevan estilos de vida saludable a nivel comunitario, luego de una capacitación".

Objetivos Específicos:

- Desarrollar un taller de carácter teórico-práctico, respecto a temas nutricionales que genere una capacitación en los pacientes cardiovasculares del programa EIIC.
- Realizar un taller de carácter teórico-práctico, respecto a implicancias de la actividad física en la salud, que genere una capacitación en los pacientes cardiovasculares del programa EIIC.
- Efectuar un taller de carácter teórico-práctico, que promueva el desarrollo de habilidades sociales a fin de generar una capacitación en los pacientes cardiovasculares del programa EIIC.

Descripción del Proyecto:

Este proyecto se fundamenta en base a los objetivos del programa y se constituye como una estrategia para alcanzar dichos objetivos a través de estimular y fortalecer la formación de pacientes cardiovasculares **monitores de salud** que divulguen y promuevan estilos de vida saludable ante la comunidad.

El presente proyecto tiene como fin educar a los pacientes cardiovasculares respecto a las patologías cardiovasculares y a estilos de vida saludable, en relación a un fortalecimiento de factores protectores modificables y no modificables y con el fin de que este aprendizaje sea a partir de la propia reflexión a nivel individual y a nivel grupal. Todo esto a través de una capacitación que se llevara a cabo a través de talleres guiados por los profesionales del Equipo Integral de Intervención Comunitaria. Esta capacitación se orientara por un aprendizaje a partir de una constante reflexión y se centrara en potenciar y fortalecer la aparición de monitores que promuevan estilos de vida saludable a nivel comunitario.

Objetivo	Actividad	Recursos	Responsables	Tiempo
<p>Desarrollar un taller de carácter teórico-práctico, respecto a temas nutricionales que genere una capacitación en los pacientes cardiovasculares del programa EILC.</p>	<p align="center">"Taller Experiencias Nutricionales"</p> <p>Descripción: Este taller se realizará durante el cuarto mes desde el ingreso de los pacientes y contempla dos sesiones semanales. En este taller se reunirá a pacientes cardiovasculares y a nutricionista y trabajador social del EILC, con el fin de desarrollar conocimientos nutricionales a partir de la experiencia de los pacientes tras su participación en el EILC, con el objeto de que ellos a futuro transmitan conocimientos e información en base a su experiencia y cotidianeidad.</p> <p>Primera Etapa: Durante los primeros 15 días se contempla una intervención de carácter educativa cuyo fin es entregar herramientas teóricas a los pacientes a través de exposiciones por parte de la profesional.</p> <p>Segundo Etapa: Esta etapa se realiza durante los siguientes 15 días del taller y contempla actividades prácticas, entre estas la formulación de un "libro de recetas saludables" en base a la experiencia y cotidianeidad de los pacientes cardiovasculares y contando con el apoyo y guía de la nutricionista.</p>	<p>R. Humanos: -Pacientes Cardiovasculares del EILC. - Trabajador Social del EILC.</p> <p>- Nutricionista del EILC.</p> <p>R. Materiales: - Dependencias de la parroquia Santa Teresa -Material fungible -Bebestibles y comestibles, apoyo audiovisual.</p> <p>R. Financieros: Aportados por la institución.</p>	<p>- Nutricionista del EILC - Trabajador Social del EILC. -Pacientes Monitores del EILC</p>	<p>1 mes 8 sesiones de una hora cada una.</p>

<p>Realizar un taller de carácter teórico-práctico, respecto a implicancias de la actividad física en la salud, que genere una capacitación en los pacientes cardiovasculares del programa EILC.</p>	<p align="center">“Taller Beneficios de la Actividad Física”</p> <p>Descripción: Este taller se realizará durante el quinto mes desde el ingreso de los pacientes y contempla dos sesiones semanales. En este módulo se reunirá a pacientes cardiovasculares y a profesor de educación física y/o kinesiólogo del EILC, con el fin de generar reflexiones respecto a la importancia de la actividad física en el diario vivir de las personas, con el objeto de que los pacientes logren transmitir a la comunidad entusiasmo e interés a través de los beneficios que identifiquen tras su experiencia en el EILC.</p> <p>Primera Etapa: Durante los primeros 15 días se contempla una intervención de carácter socioeducativa respecto a la importancia y beneficios de la actividad física, cuyo fin es entregar herramientas teóricas a los pacientes a través de exposiciones por parte de los profesionales.</p> <p>Segunda Etapa: Esta etapa se realiza durante los siguientes 15 días del taller y contempla actividades prácticas como la realización de rutinas y exposiciones de los pacientes, a partir de su experiencia con la actividad física. Se espera que se generen propuestas de rutinas de actividad física a partir de la reflexión de los pacientes cardiovasculares y contando con el apoyo, guía y supervisión de los profesionales a cargo.</p>	<p>R. Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes Cardiovasculares del EILC. - Profesor de Educación Física y Kinesiólogo del EILC. - Trabajador Social del EILC. <p>R. Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependencias de la parroquia Santa Teresa -Material fungible -Apoyo audiovisual. <p>R. Financieros: Aportados por la institución</p>	<p>- Profesor de Educación Física y Kinesiólogo del EILC. - Trabajador Social del EILC. -Pacientes Monitores del EILC</p>	<p align="center">1 mes 8 sesiones de una hora cada una.</p>
--	--	--	---	--

<p>Efectuar un taller de carácter teórico-práctico, que promueva el desarrollo de habilidades sociales a fin de generar una capacitación en los pacientes cardiovasculares del programa EIC.</p>	<p align="center">"Taller de Habilidades Sociales"</p> <p>Descripción: Este taller se realizará durante el sexto mes desde el ingreso de los pacientes y contempla dos sesiones semanales. En este módulo se reunirá a pacientes cardiovasculares y al trabajador social con el fin de potenciar el desarrollo de habilidades sociales tales como empatía, liderazgo y compromiso social, entre otras a fin de que puedan establecerse como futuros monitores de salud cardiovascular ante la comunidad.</p> <p>Primera Etapa: Durante los primeros 15 días se contempla una intervención de carácter socioeducativa cuyo fin es entregar herramientas teóricas a los pacientes a través de exposiciones por parte del profesional.</p> <p>Segundo Etapa: Esta etapa se realiza durante los siguientes 15 días del módulo y contempla actividades prácticas como exposiciones, debates, foros, entre otras llevada a cabo por los pacientes cardiovasculares y contando con el apoyo y guía del trabajador social.</p> <p>Tercera Etapa: Al finalizar este último taller se designan los monitores que se harán cargo de las actividades comunitarias, a través del interés y motivación de cada paciente por participar y del respaldo y aprobación del resto del grupo.</p>	<p>R. Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes Cardiovasculares del EIC. - Trabajador Social del EIC. <p>R. Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependencias de la parroquia Santa Teresa - Material fungible - Apoyo audiovisual. <p>R. Financieros:</p> <p>Aportados por la institución</p>	<p>- Trabajador Social del EIC</p> <p>- Pacientes Monitores del EIC</p>	<p>1 mes</p> <p>8 sesiones de una hora cada una.</p>
--	--	---	---	--

Proyecto 2

“Jornadas Familiares: Avanzando hacia Estilos de Vida Saludable”

Objetivo:

“Promover adherencia familiar a estilos de vida saludable a través de actividades realizadas por pacientes cardiovasculares del EIIC”.

Objetivos Específicos:

- Promover un espacio reflexivo en torno a estilos de vida saludable a través del desarrollo de jornadas familiares, bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Generar mesas de trabajo en torno a la adhesión e implicancias de estilos de vida saludable en el contexto familiar con la guía de pacientes monitores y con el apoyo profesionales del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Desarrollar un espacio de reflexión, respecto a los acuerdos tomados por cada mesa de trabajo a través de una exposición grupal bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo profesionales del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

Descripción del Proyecto:

Este proyecto busca generar un primer acercamiento de los monitores a la realidad de el manejo de grupos y del un liderazgo social, para ello contempla la realización de una jornada de carácter participativa familiar, en que los monitores deberán utilizar todos aquellos aprendizajes y habilidades adquiridas mediante el proceso de capacitación del que formaron parte.

Objetivo	Actividad	Recursos	Responsables	Tiempo
<p>Promover un espacio reflexivo en torno a estilos de vida saludable a través del desarrollo de jornadas familiares, bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.</p>	<p>Actividad “Jornadas Familiares: Avanzando hacia Estilos de Vida Saludable”</p> <p>Lugar: Parroquia Santa Teresa</p> <p>Descripción: En esta jornada se reúne a pacientes cardiovasculares que cumplieron con el ciclo de atención que establece el EIIIC y sus familiares directos, además de contar con el apoyo de los profesionales del EIIIC.</p> <p>Primer Momento: Se inicia la jornada con la inscripción/registro e identificación de cada uno de los invitados a la jornada.</p> <p>Segundo Momento: Presentación de la jornada, los objetivos de ella y los temas a tratar; además se presenta una perspectiva desde la salud pública sobre el tema por parte de los profesionales a cargo del EIIIC.</p> <p>Tercer Momento: Se realiza una exposición de carácter educativa a cargo de los pacientes monitores sobre las causas, características, tratamientos y otros aprendizajes respecto a temas de interés referidos a Enfermedades Cardiovasculares, con el fin de contextualizar la jornada, para proseguir con el resto de las actividades.</p> <p>Break 15 minutos.</p>	<p>R. Humanos: -Pacientes Cardiovasculares del EIIIC. - Profesionales del EIIIC. -Familiares de Pacientes Cardiovasculares.</p> <p>R. Materiales: - Dependencias de la parroquia Santa Teresa -Material fungible -Bebestibles y comestibles, apoyo audiovisual.</p> <p>R. Financieros: Aportados por la institución</p>	<p>- Profesionales del EIIIC -Pacientes Monitores del EIIIC</p>	<p>1 hora y 15 minutos</p>

<p>Generar mesas de trabajo en torno a la adhesión e implicancias de estilos de vida saludable en el contexto familiar con la guía de pacientes monitores y con el apoyo profesionales del programa EIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.</p>	<p align="center">“Conformemos mesas de trabajo”</p> <p>Descripción: Se llevara a cabo la conformación de mesas de trabajo entre los familiares de los pacientes cardiovasculares y uno o más pacientes monitores por cada mesa.</p> <p>Primer Momento: En un primer momento se realiza la presentación de la actividad y se conforman las mesas de trabajo, considerando a los pacientes y a sus familias a fin de que se genere una retroalimentación y trabajen unidos por propuestas para adherir estilos de vida saludable en su diario vivir.</p> <p>Segundo Momento: Luego de conformadas las mesas, se les explica en qué consiste el trabajo que cada mesa debe realizar y posteriormente se les entrega a cada una de ellas, el material con el que deberán trabajar, esto es un cuestionario de preguntas en base a las cuales cada mesa deberá generar propuestas, las cuales deben plasmar en un papelgrafo que luego utilizarán para exponer.</p> <p>Tercer Momento: En este momento se inicia el trabajo de cada una de las mesas y la labor de los pacientes monitores es guiar y prestar apoyo a medida que sea solicitado por cada mesa.</p> <p>Break de 15 minutos.</p>	<p>R. Humanos: -Pacientes Cardiovasculares del EIC. - Profesionales del EIC. -Familiares de Pacientes Cardiovasculares.</p> <p>R. Materiales: - Dependencias de la parroquia Santa Teresa -Material fungible -Bebestibles y comestibles, apoyo audiovisual.</p> <p>R. Financieros: Aportados por la institución</p>	<p>-Pacientes Monitores del EIC</p>	<p align="center">1 hora y 15 minutos</p>
--	--	--	-------------------------------------	--

<p>Desarrollar un espacio de reflexión, respecto a los acuerdos tomados por cada mesa de trabajo a través de una exposición grupal bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo profesionales del programa EIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.</p>	<p align="center">“Reflexiones y Compromisos Finales”</p> <p>Descripción: Cada mesa de trabajo deberá presentar las propuestas que logren establecer mediante una exposición a fin de generar posteriormente una reflexión de la jornada y establecer propuestas para tratar el tema a futuro.</p> <p>Primer Momento: Se comienza con la exposición de las mesas de trabajo, para ello cada mesa escoge a un representante que exponga ante los asistentes. En la presentación deberán entregar las conclusiones que obtuvieron como mesa; además se espera que sean carácter participativo, es decir, que los asistentes puedan irrupir a través de duda, consultas u aportes.</p> <p>Segundo Momento: Posterior a la exposición de todas las mesas de trabajo, las duplas de profesionales guiarán un proceso de reflexión en el cual será de suma importancia el conocer las propuestas que se generaron durante la jornada y los compromisos obtenidos durante la realización de la jornada.</p> <p>Tercer Momento: En este último momento se firmara una carta de compromiso con aquellos pacientes cardiovasculares capacitados que deseen participar en actividades de difusión y socialización de estilos de vida saludable a nivel comunitario. Antes de cerrar la jornada los profesionales del programa EIC aplican una Encuesta de Reacción a cada uno de los asistentes a la jornada, con el fin de evaluar el cumplimiento de objetivos y el desempeño de los responsables de la jornada una vez finalizada las actividades. Posteriormente se realiza el cierre de la jornada, agradeciendo la participación de cada uno de los actores involucrados con el tema.</p>	<p>R. Humanos: -Pacientes Cardiovasculares del EIC. - Profesionales del EIC. -Familiares de Pacientes Cardiovasculares</p> <p>R. Materiales: - Dependencias de la parroquia Santa Teresa -Material fungible -Bebestibles y comestibles, apoyo audiovisual.</p> <p>R. Financieros: Aportados por la institución</p>	<p>-Pacientes Monitores del EIC -Profesionales del EIC.</p>	<p align="center">30 minutos</p>
---	---	---	---	---

Proyecto 3

“Encuentros de Participación Comunitaria: Conociendo Estilos de Vida Saludable”

Objetivo:

“Difundir información respecto a estilos de vida saludable hacia la población a través de actividades realizadas por pacientes monitores del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca”.

Objetivos Específicos:

- Generar redes de apoyo para desarrollar actividades promocionales, en torno a estilos de vida saludable, a través de reuniones de coordinación con actores sociales de la comuna, pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Realizar charlas informativas respecto a salud cardiovascular y estilos de vida saludable en espacios comunitarios bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Acercar la actividad física a la comunidad a través de rutinas de actividad física en espacios comunitarios bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

Descripción del Proyecto:

Este proyecto se fundamenta en base a los objetivos del programa en cuanto viene a consolidar el programa a través de la propagación o divulgación de aprendizajes adquiridos mediante la estimulación de acciones que promuevan una educación popular, donde son los mismos actores locales quienes transmiten sus conocimientos a partir de sus propias vivencias.

Objetivo	Actividad	Recursos	Responsables	Tiempo
<p>Generar redes de apoyo para desarrollar actividades promocionales, en torno a estilos de vida saludable, a través de reuniones de coordinación con actores sociales de la comuna, pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.</p>	<p align="center">"Reuniones de Coordinación"</p> <p>Descripción: En esta actividad se buscara reunir actores locales con el fin de concretar acuerdos que permitan realizar actividades promocionales en lugares públicos de la comuna.</p> <p>Primera Reunión: Reunión de coordinación interna entre pacientes monitores y profesionales del EIIIC, para establecer las líneas a seguir. En esta reunión los pacientes monitores deberán generar propuestas respecto a las actividades que realizarán.</p> <p>Segunda Reunión: En esta reunión se espera contar con la participación los pacientes monitores, de dirigentes de juntas vecinales y directivos del CESFAM Padre Manuel Villaseca, con el fin de gestionar el uso de lugares públicos para llevar a cabo actividades promocionales de salud cardiovascular. En esta reunión los pacientes monitores expondrán su propuesta de trabajo con el apoyo de los profesionales del EIIIC</p> <p>Tercera Reunión: Se espera concretar acuerdos de colaboración entre los actores involucrados a fin de poder dar inicio a las actividades programadas.</p>	<p>R. Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes Monitores del EIIIC. - Profesionales del EIIIC. -Dirigentes de Juntas Vecinales. -Directivos del CESFAM Padre Manuel Villaseca. <p>R. Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependencias del CESFAM Padre Manuel Villaseca. -Material fungible -Bebestibles y comestibles, apoyo audiovisual. <p>R. Financieros: Aportados por la institución y Juntas Vecinales.</p>	<p>-Profesionales del EIIIC</p> <p>-Pacientes Monitores del EIIIC</p>	<p>1 hora por cada reunión</p>

<p>Realizar charlas informativas respecto a salud cardiovascular y estilos de vida saludable en espacios comunitarios bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.</p>	<p align="center">“Pequeños cambios, grandes alegrías ”</p> <p>Descripción: Esta actividad contempla la realización de charlas educativas respecto a la promoción de estilos de vida saludable en espacios comunitarios.</p> <p>Primer Momento: En un primer momento se realiza una convocatoria a través de invitaciones a usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca, a amigos, vecinos y familiares de los pacientes monitores.</p> <p>Segundo Momento: Se realiza una charla a cargo de un grupo de pacientes monitores, quienes se encargan de entregar información respecto a implicancias de las enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo modificables y experiencias personales respecto a cambios conductuales frente a adhesión a de estilos de vida saludable. Luego se trabaja en grupos para reflexionar respecto a la información adquirida.</p> <p>Tercer Momento: En un tercer momento los participantes de la charla realizan un plenario en el que se expresan opiniones y reflexiones respecto a la información que se les entregó en esta actividad. Al finalizar la charla los monitores extienden la invitación a los participantes para que asistan a rutinas de actividad física a realizar en plazas aledañas al sector.</p>	<p>R. Humanos: - Pacientes Monitores del EIC. -Comunidad de usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca y otros invitados.</p> <p>R. Materiales: - Afiches y Flyers -Dependencias de sedes vecinales locales. -Material fungible -Bebesitiles y comestibles, apoyo audiovisual.</p> <p>R. Financieros: Aportados por la institución y Juntas Vecinales.</p>	<p>-Pacientes Monitores del EIC</p>	<p>Primer Momento: 1 semana</p> <p>Segundo Momento: 1 hora</p> <p>Tercer Momento: 30 minutos</p>
---	---	--	-------------------------------------	---

<p>Acercar la actividad física a la comunidad a través de rutinas de actividad física en espacios comunitarios bajo la conducción de pacientes monitores y con el apoyo de profesionales del programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.</p>	<p align="center">"Plazas Divertidas"</p> <p>Descripción: En esta actividad se realizarán rutinas de actividad física al aire libre, en las que pueda participar toda la comunidad.</p> <p>Primer Momento: En un primer momento se realiza una convocatoria a través de invitaciones a usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca, a amigos, vecinos y familiares de los pacientes monitores.</p> <p>Segundo Momento: Se realizan rutinas de actividad física al aire libre, tales como ejercicios aeróbicos, bailes entretenidos, entre otros, en las que pueden participar todas las personas interesadas y serán guiadas por pacientes monitores.</p> <p>Tercer Momento: Antes de cerrar la jornada se invita a los participantes a seguir asistiendo a charlas informativas y de actividad física a realizarse.</p>	<p>R. Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes Monitores del EIIC. -Comunidad de usuarios del CESFAM Padre Manuel Villaseca y otros invitados. <p>R. Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afiches y Flyers -Dependencias de plazas locales -Material fungible <p>R. Financieros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aportados por la institución y Juntas Vecinales. 	<p>-Pacientes Monitores del EIIC</p> <p>-Profesionales del EIIC.</p>	<p>Primer Momento: 1 semana</p> <p>Segundo Momento: 1 hora</p> <p>Tercer Momento: 15 minutos</p>
---	--	--	--	---

6. Estrategias de Intervención:

Las estrategias utilizadas para el desarrollo de este sub-programa son las siguientes:

- a. *Estrategia Socio-Educativa*: esta estrategia se utilizara en cuanto a la realización de talleres, jornadas y charlas que pretenden otorgar un conocimiento apropiado para que finalmente se logre promover una adhesión a estilos de vida saludable por parte de la comunidad.
- b. *Estrategias Lúdicas*: esta estrategia se constituye como un gran apoyo en cuanto a la realización de las actividades programadas, pues permite que se lleven a cabo en forma dinámica y fácil de entender para sus participantes.
- c. *Estrategia Socio-Reflexiva*: esta estrategia resulta ser importante en cuanto pretende que se medite respecto a los procesos de salud y enfermedad con el fin de que las personas comprendan la importancia de sus actos y costumbres frente a su estado de salud y de este modo incorporen estilos de vida saludable en su cotidianeidad. La reflexión permite generar una retroalimentación, por lo tanto en procesos de promoción resulta ser primordial.



**FUENTES
BIBLIOGRÁFICAS**

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes Primarias.

- Claudia Latorre Leyton. Directora CESFAM Padre Manuel Villaseca Comuna de Puente Alto.
- David Solís Briones. Profesor de ED. Física y Coordinador Programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Luis San Martín Mena. Asistente Social Programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Carolina Guerrero Quintana. Nutricionista Programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.
- Hernán Bustos Toledo. Kinesiólogo Programa EIIC del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

2. Fuentes Secundarias.

a. Referencias bibliográficas.

- ALMA-ATA: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (1978). Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- ANDER-EGG, E. (1996) *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires: Lume: Humanitas.
- AYLWIN, N.; SOLAR, M. (2009) *Trabajo Social Familiar*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- KISNERMAN, N. (1997) *Salud Pública y trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- MATUS, T. (1999) *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social: Hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires: Espacio.
- MELANO, M. (2001) *Un Trabajo Social para los nuevos tiempos: La construcción de la ciudadanía*. Buenos Aires: Lumen- Humanitas.
- PAPALIA, D. y WENDKOS, S. (1987) *Introducción a la psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. (2007) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México D.F: McGraw-Hill.
- QUIROZ, M. (1997) *Antología del Trabajo Social Chileno*. Concepción: Ediciones Universidad de Concepción.



- RODRÍGUEZ, G.; GIL, J.; GARCÍA, E. (1999) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, P. (2006) *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- VALLES, M. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, S.A.
- VELEZ, O. (2003) *Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires: Espacio.
- VIVES, J.L. (2007) *El socorro de los pobres: La comunicación de bienes*. Madrid: Tecnos.

b. Documentos Complementarios.

- CASTAÑEDA, P.; CAZZORLA, K. (2008) *Apuntes de Cátedra, Trabajo Social en Salud*, Valparaíso: Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- FLORES, V (2010). *Apuntes de Cátedra, Trabajo Social en Comunidad*, Santiago: Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- URETA, M. (2009). *Apuntes de Cátedra, Trabajo Social con Grupo*, Valparaíso: Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

c. Artículos de Revistas y Libros.

- ALVARIÑO, P. (1974) *El proyecto como modelo de acción social*, Revista de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 11, 11-23.
- AMENGUAL, A. (1976) *El Trabajo Social ¿Tecnología? Apuntes para una Reflexión Sistemática*, Revista de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 17, 51-61.
- AYLWIN, N. (1980) *El Objeto del Trabajo Social*, Revista de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 30, 5-12.
- AYLWIN, N.; BRICEÑO, L., JIMENEZ, M.; LADO, W. (1975), *El Trabajo Social como Tecnología Social*, Revista de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 30, 9-16.

- CASTAÑEDA, P.; SALAMÉ, A. (2001) *Competencias Profesionales en Trabajo Social; en Síntesis del Informe de Investigación Competencias Profesionales y Trabajo Social: Tradición y Transformación*, Universidad de Barcelona.
- CASTILLO, A.; ABAD, G. (1993) *Las funciones del trabajador social en los equipos de Atención Primaria del Insalud*, Cuadernos de Trabajo Social Universidad Complutense de Madrid, N° 4-5, 129-138.
- GARCÍA, P. (1985) *Los estados de necesidad como objeto del Trabajo Social*, Revista de Trabajo Social N° 47, 12-17
- GISSI, J. (1976) *Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Revista de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 18, 29-68.
- SALINAS, J.; VIO, F. (2003) *Promoción de salud y actividad física en Chile: Política prioritaria*, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 14 (4), 281-288.

d. Documentos Ministerio de Salud.

- MINSAL (2000). *"Plan estratégico 2001–2006. Metas intersectoriales al 2006"*. Consejo Nacional para la Promoción de Salud VIDA CHILE Santiago, Chile.
- MINSAL (2002). *"Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes"*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- MINSAL (2004). *"Programa de Actividad Física para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardiovasculares"*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- MINSAL (2004). *"Atención de Salud con Enfoque Familiar"*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- MINSAL (2008). *"Dossier Nacional Donación Altruista de Órganos: marco y documentación clave"*. Santiago, Chile.
- MINSAL (2009). *"Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular"*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- MINSAL (2010). *"Plan Nacional de Promoción de la Salud"*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.
- MINSAL (2011). *"Encuesta Nacional de Salud 2009-2010"*. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.

e. Tesis.

- BENTURA C. (2006) *Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico*. Montevideo: Universidad de la República.
- CUEVAS S. (2008) *Análisis de los Factores de Riesgo Cardiovasculares en el proceso de envejecimiento y su relación con el estrés oxidativo*. Murcia: Universidad de Murcia.
- SAN MARTIN, L. (2007) *Distribución de sujetos diabéticos y o hipertensos en torno a su disposición para cambiar hábitos en salud*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

f. Sitios WEB.

- CEPAL. Comisión Económica para América Latina, disponible en: www.eclac.cl
- Corporación Municipal de Puente Alto, disponible en: www.cmpuentealto.cl
- GEOSALUD. Proyecto de comunicación social en salud que tiene como objetivo establecer una comunicación permanente entre los profesionales de la salud, sus pacientes y el público en general en el mundo de habla hispana, disponible en : www.geosalud.com
- MIDEPLAN, Ministerio de Planificación, disponible en: www.mideplan.gob.cl
- MINSAL, Ministerio de Salud., disponible en: www.minsal.cl
- Municipalidad de Puente Alto, disponible en: www.mpuentealto.cl
- OMS. Organización Mundial de la Salud, disponible en: www.who.int/es/
- OPS. Organización Panamericana de la Salud, disponible en: www.paho.org/chi/
- RAE, Real academia Española, disponible en: www.rae.es
- SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor, disponible en: www.senama.cl
- SSMSO. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, disponible en: www.ssmso.cl

Todos estos sitios web fueron visitados entre los días 15 de diciembre del año 2010 y 20 de noviembre del año 2011.

The image features a decorative header section. On the left, there are three vertical bars: a dark blue bar, a white bar, and a medium blue bar. To the right of these bars is a large, light blue rectangular area. The word "ANEXOS" is printed in bold, black, uppercase letters in the upper right corner of this light blue area.

ANEXOS

1. Formato Consentimiento Informado



Corporación Municipal de Salud y Educación de Puente Alto
Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca
Av. Luis Matte Larrain N° 02312
Sector Azul
Teléfono 485 4328

Consentimiento Informado:

Yo....., Rut.....

Declaro estar en conocimiento de la actividad a realizar y de acuerdo en participar de este Focus Group que se llevará a cabo en la Parroquia Santa Teresa por fines de investigación y bajo el contexto del Seminario de Título que realizará la alumna de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso Daniela Orellana Millán.

Declaro haber sido informada (o) de que esta actividad será ocupada con fines de investigación, y que lo conversado es confidencial, siendo solo utilizado por la alumna referida y los Profesionales que asisten a dicho proceso de consulta.

Nombre

Rut

Firma

Fecha: _____



2. Formato Entrevistas

Primer Momento:

1. De acuerdo al tiempo que lleva trabajando en el EIIC, se puede señalar que es uno de los primeros profesionales que se integra a este equipo. ¿Qué funciones ha desempeñado y/o desempeña actualmente en el EIIC?
2. Retomando a los inicios del EIIC ¿Podría describirme los hechos más significativos que tienen lugar en este programa?
3. De acuerdo a las actividades que ha realizado y realiza en el EIIC ¿Cómo ha sido su experiencia en este equipo?
4. El EIIC está conformado por profesionales y técnicos de distintas disciplinas ¿Podría describirme el trabajo interdisciplinario que se realiza a nivel de equipo?

Segundo Momento:

5. En cuanto al trabajo interdisciplinario ¿Cuáles son los hechos significativos de trabajar con profesionales de distintas disciplinas?
6. De acuerdo al trabajo que realizan a nivel de equipo y los resultados que obtienen, ¿Que elementos destaca del trabajo interdisciplinario?
7. En cuanto a su experiencia en el trabajo interdisciplinario ¿Qué características considera usted, como propias del asistente social?
8. De acuerdo a sus vivencias en este equipo ¿Visualiza alguna característica que distinga al trabajador social, del resto del equipo?

Tercer Momento:

9. En cuanto a las competencias profesionales que cada integrante del equipo posee ¿Cómo describiría las que utiliza o posee el asistente social?
10. ¿Qué elementos distinguen la intervención que realiza el asistente social, en el marco de lo que implica el EIIC?
11. ¿De qué manera describiría usted, las relaciones interpersonales que se dan entre el asistente social y el resto de profesionales y técnicos del equipo?
12. ¿De qué manera describiría usted, las relaciones interpersonales que se dan entre el asistente social y los pacientes que participan en el EIIC?
13. ¿Cómo visualiza usted, el aporte del asistente social a este equipo? .Podría darme un ejemplo del aporte que realiza el asistente social.
14. ¿Resulta dispensable o indispensable, la intervención que realiza el asistente social en el equipo?
15. ¿Valora el hecho de que en el equipo haya un profesional asistente social?

Primer Momento:

1. De acuerdo al tiempo que lleva trabajando en el EIIC, se puede señalar que es uno de los primeros profesionales que se integra a este equipo. ¿Qué funciones ha desempeñado y/o desempeña actualmente en el EIIC?
2. Retornando a los inicios del EIIC ¿Podría describirme los hechos más significativos que tienen lugar en este programa?
3. De acuerdo a las actividades que ha realizado y realiza en el EIIC ¿Cómo ha sido su experiencia en este equipo?
4. El EIIC está conformado por profesionales y técnicos de distintas disciplinas ¿Podría describirme el trabajo interdisciplinario que se realiza a nivel de equipo?

Segundo Momento:

5. En cuanto al trabajo interdisciplinario ¿Cuáles son los hechos significativos de trabajar con profesionales de distintas disciplinas?
6. De acuerdo al trabajo que realizan a nivel de equipo y los resultados que obtienen, ¿Que elementos destaca del trabajo interdisciplinario?
7. Dentro de las competencias profesionales propias de su disciplina ¿Cuáles son las que ha utilizado contribuir al equipo interdisciplinario?
8. De acuerdo al trabajo que ha realizado en el contexto del EIIC, ¿qué elementos rescata de su actuar profesional?

Tercer Momento:

9. Dentro de las competencias profesionales propias de su disciplina ¿Cuáles son las que ha utilizado para trabajar en el área de salud?
10. ¿Qué aporta como Trabajador Social al EIIC y sus beneficiarios?
11. ¿Cree que existe valoración por parte del equipo interdisciplinario respecto a su actuar profesional? ¿Cómo se expresa esta valoración?
12. Y con los pacientes, ¿Cómo es la intervención que realiza el Trabajador Social?
13. ¿Siente que los usuarios valoran su intervención profesional?
14. ¿Qué podría hacer para generar una mayor contribución al trabajo que realizan quienes conforman el EIIC?
15. Finalmente ¿Qué metas se plantea respecto a su participación en el EIIC y que metas considera debe plantearse el equipo a futuro?

3. Formato Guía de discusión grupal

Pregunta de Apertura	Los invito a que se presenten y nos cuenten que actividades realizan cotidianamente y que actividades les gusta realizar en su tiempo libre
Pregunta de Introducción	¿Ustedes recuerdan la primera vez que participaron en actividades del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	¿De qué les ha servido el participar en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
Pregunta de Transición	¿Me pueden decir que tipo de ayuda o apoyo les entrega el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
Pregunta Clave	De acuerdo a su participación ¿qué es lo más importante que les entrega el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	¿Cómo perciben ustedes la relación con el asistente social, en cuanto a las actividades que realiza el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	¿Qué características profesionales tiene o debería tener el asistente social, que participa en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria, para facilitar los aprendizajes?
	¿Cuánta importancia le dan ustedes a los talleres realizados por el asistente social del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	¿Les resulta prescindible o imprescindible el contar con un profesional asistente social en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	¿Qué características destaca del asistente social del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	¿Qué valor tiene para ustedes el contar con un asistente social, dentro del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
Pregunta de Cierre	Tomando en cuenta todo lo que hemos conversado ¿valoran el hecho de contar con un asistente social en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?
	De acuerdo a lo que hemos hablado en esta sesión...
	Para finalizar quisiera saber si ¿hay algo más que quisiera mencionar o alguien quisiera agregar algo más?

4. Transcripción Entrevistas

E 1:

Primer Momento: Sobre su participación en el EIIC y funciones que ha desempeñado

Bueno lo más complicado fue en una primera etapa, eh... fue fundamentar el trabajo mío en el área de la salud cardiovascular eh... en un principio fue bastante cansador porque prácticamente cualquier acción que realizara yo en el centro tenía que fundamentarla eso significaba un desgaste aparte una vez que ya se logró eso vino la etapa no menos compleja de lo que era mi situación contractual en el consultorio, de ahí en adelante ya como que esto tomo mayor fuerza y digamos se unieron todos los esfuerzos por sacar adelante lo que es la actividad física labor fundamental en el trabajo que nosotros hicimos fue e la incorporación del trabajo de los kinesiólogos en ese tiempo eran Paola Hernández y Cristóbal Iglesias para que tomaran la población cardiovascular de adulto mayor y también la incorporación de eh técnico paramédico y de un administrativo en el trabajo que nosotros hacemos (silencio). *¿Cómo nace este interés por trabajar en salud?* Mira eh... fue bastante interesante porque yo me acuerdo que estando en la universidad nos hacían un ramo que se llamaba actividad física y salud y a mí lo primero que me llamo la atención era porque todas las proyecciones a nivel ministerial decían que los niveles de hipertensión iban subiendo los niveles de dislipidemia iban aumentando la población de diabéticos iba aumentando por lo tanto yo decía este es un problema transversal que está radicado en la sociedad y que no tiene por ningún lado eh mejora, entonces con esa idea en ese ramo en la universidad se planteo realizar estudios siempre relacionados con actividad física y yo en ese año, yo presente un estudio con hipertensión arterial y actividad física eh... mi trabajo tuvo bastante buena aceptación y de ahí que me llamo la atención y de hecho la doctora manifestó su interés en el trabajo que yo había hecho y ahí empezó mi cuento y de hecho fue algo que marco sustancialmente mi labor profesional *¿Podría describirme los hechos más significativos que tienen lugar en este programa?* Yo creo que, parte fundamentalmente, porque tuve la suerte que se cruzo en mi camino en ese año la doctora María Angélica Pinilla que era una doctora yo considero súper revolucionaria en el ámbito de esto de la salud en atención primaria creo que uno de los problemas fundamentales de las intervenciones que nosotros hacemos y creo que es un problema fundamental de la salud en Chile es que los profesionales de dotación de salud tienen arraigado el concepto biomédico y este eh eso impide que en cierto modo se puedan obtener con mayor facilidad todas estas intervenciones nuevas ahora creo ostensiblemente que esto también se apoya en que los usuarios también están marcados en el concepto de pacientes y ellos también dan pie a que se produzca esto como círculo vicioso ó sea la actividad física se enmarca si bien dentro del contexto del tratamiento en factores de riesgo cardiovascular también debe enmarcarse dentro de la promoción y prevención que ahí yo creo que estamos bastante bajo en este cuento y la doctora María Angélica eh yo le presente el proyecto y me dijo ya David pero como hacemos esto si no tenis nada yo le dije deme la oportunidad de probar de probar que es lo que se puede hacer y yo eh... acuerdo incluso que en esos años trabajábamos con la gente en el patio en los patios del consultorios en esos años no teníamos esta intervención que tenemos ahora de trabajo con la Carolina Guerrero con Luis San Martín con una paramédico con kinesiólogos con el contacto que ahora tenemos con el DUOC no lo teníamos era actividad física no más y 22 horas que eso significa una jornada de mañana de lunes a viernes esos fueron como los inicios los inicios de la actividad física y después yo creo que fundamentalmente gracias a los resultados que nosotros fuimos teniendo después se me aumento a 44 horas con boleta y ahí fue cuando yo le manifesté al doctor Waco que yo con boleta ya no podía seguir trabajando sino me equivoco llevaba tres años trabajando con boletas y tenía lagunas gigantes (risas) en lo que es el año de previsión así que le dije doctor yo ya no puedo y eso fue el año 2006 pero ese año costo porque el flujo grama que nosotros utilizamos considera que el equipo cardiovascular de los centros que lo

compone medico nutricionista y enfermera te derivara a los usuarios a hacer la actividad física y ahí hay un poco de resistencia porque que un médico le pase la responsabilidad de un paciente a un profesor era como raro po y era como la primera vez que se veía en salud pos y de hecho entiendo que es entiendo que en la comuna no hay otro profesor de educación física que este ahora en lo que yo hago entonces fue difícil fue complicado pero como te digo ostensiblemente yo creo que esto se debió una de las cosas a las que se debió por las cuales estamos conversando ahora fue la visión que tuvo la doctora María Angélica Pinilla gracias a dios esa visión después se mantuvo con el doctor Daniel Waco y ahora se mantiene con la doctora Claudia Latorre porque han sido los tres directores que han estado mientras yo he estado realizando las gestiones acá en el consultorio.

Segundo Momento: Del Trabajo Interdisciplinario

Mira en ese tiempo la actividad física iba por su camino y paralelamente también habían personas visionarias en el consultorio que estaban haciendo talleres cardiovasculares Yo creo que es súper importante educar y reeducar a la gente eh porque en todo ámbito de cosas se ve una ignorancia lógica de un cuento que no tiene porque saber la gente y que va netamente ligado al interés que tenga el profesional de salud de educar a las personas entonces Carolina Guerrero y Luis San Martín estaban haciendo un taller cardiovascular y lo enfocaban desde este punto de vista educacional desde los aspectos de poder identificar la etapa en que estaba la persona poder identificar el factor de riesgo y poder situar a la persona con respecto a cuál era su visión que ellos tenían frente a su factor de riesgo cardiovascular o sea que es lo que era ser hipertensos que características tenía ser hipertensos, que cuidados tenía el, conocía su enfermedad, si manejaba por ejemplo si la hipertensión era una enfermedad crónica como lo podía tratar y (silencio) Luis San Martín hacía esos talleres educativos en la población cardiovascular y yo tenía la parte de educación física entonces cuando nos pusimos a conversar estaba de cajón que había que juntar las dos intervenciones lo conversamos, lo presentamos; en ese tiempo al equipo directivo del consultorio, lo aprobaron y empezamos a andar, y ostensiblemente las mejoras en los resultados se dieron. Mira soy un convencido que la práctica o sea que la actividad física por si solo en esta población no tiene los efectos que nosotros buscamos ehm la población aparte de los factores de riesgo cardiovasculares que puedan presentar tienen asociado también ehm no se si llamarlo condiciones o condicionantes desde el punto de vista psicológico del punto de vista de salud mental que hace estéril cualquier intervención si tu no consideras la parte psicosocial y también la parte nutricional ehm te lo digo porque cuando yo presente el proyecto acá en el consultorio yo tuve que hacer un diagnóstico y analice diferentes elementos alto porcentaje de la población que forma parte del consultorio presenta ansiedad tiene depresión ehm alta población del consultorio estando con seguimiento nutricional tiene factores de sobrepeso y obesidad eso también te acarrea problemas de dislipidemia y cuando implementamos la actividad física yo dije esta coja la mesa o sea la mesa tiene que tener intervenciones desde el punto de vista nutricional intervenciones desde el punto de vista psicosocial intervenciones del punto de la actividad física para lograr resultados la actividad física por si sola en esta población tú tienes que partir desde elementos muy básicos hay un alto nivel de sedentarismo en la población. *¿Entonces quiere decir que se daba cuenta de que faltaba algo?* Si ostensiblemente, si yo lo veía porque por ejemplo cuando tu realizas la actividad física cuando tu planificas eh... el programa de entrenamiento basado netamente en lo que es el acondicionamiento físico, tú tienes resultados porque trabajas con diferentes intensidades trabajas con diferentes ejercicios, pero aquí por ejemplo me llegaba gente me llegaban señoras de 55 años que no hicieron actividad física que no hicieron educación física en el colegio y que mas encima son sedentarias y que llegan acá y yo las tengo que mover o sea a mi me paso cuando teníamos el gimnasio allá arriba mas de alguna vez me paso que yo le pedía a las señoras que montaran las bicicletas estáticas que tenían y la gente pedaleaba pa atrás o sea pedalear pa atrás en una bicicleta es como lo más básico o sea se supone que tienen que pedalear para adelante y que empiecen pedaleen pa atrás es porque ya

es complicadito (risas) y también te acarrea el hecho que como el nivel de sedentarismo es tan alto y el deterioro con que llega la gente es tan alto también, basta con que tu a la gente le pasas un palo de escoba y le pidas que hagan abducción de brazos y ya la gente es esfuerzo, es trabajo, entonces hablar de acondicionamiento físico y basarse netamente en las teorías del entrenamiento olvídate nada, nada, nada era difícilísimo entonces yo decía esta cuestión la tenemos que relacionar con la parte nutricional y con la parte psicosocial y con la parte salud mental yo le digo a la gente no sirve de nada que tu vengai a hacer ejercicio conmigo tres veces a la semana si vai a llegar a tu casa y te lo vai a comer todo y ahí yo tengo miles de historias (silencio) me acuerdo de la señora María diabética y con depresión ansiedad y ella cuando andaba bien hacia actividad física ningún problema pero cuando andaba mal hacia actividad física conmigo y después llegaba a la casa ¿te acordai de esos potes de soprole cuando empezaron a sacar un manjar con almendras un manjar con nueces? Si. La señora se comía uno de esos potes a cucharadas entero diabética pos el manjar la mermelada para un diabético es fatal entonces yo decía ¿cómo lo hago? ¿Cómo lo hago si no tengo el apoyo nutricional? Si no tengo el apoyo psicosocial? Eso también ha permitido en mí también me ha hecho conocer conocimiento valga la redundancia y competencias desde otras aéreas yo creo que ha sido fundamental el trabajo multi e interdisciplinario que nosotros realizamos. *¿Y cómo se ha llevado a cabo este trabajo interdisciplinario que se realiza a nivel de equipo?* El trabajo multidisciplinar hace que nosotros le podamos entregar al usuario una atención más completa; porque aquí en el consultorio los usuarios cardiovasculares tienen x atención con médico, x atención con enfermera y x atención con nutricionista, pero por ejemplo no necesariamente te coinciden las prestaciones, o sea tu podis ver al médico a principio de año, a la enfermera a mitad de año y a la nutricionista a final de año, porque las prestaciones son anuales; por lo tanto eh el usuario se pierde, se pierde dentro de la línea de atención y prestación que se quiere dar. Cuando tú trabajas de la manera que nosotros lo hacemos, en que la persona va tres veces a la semana y la ve de manera simultánea el asistente social, la nutricionista, el profesor o el kinesiólogo, la intervención es mucho más específica o sea creo que se puede dar una prestación eh más rica con respecto a la calidad pero también frente a lo que realmente necesita esa persona. Si lo vemos por otro lado eh cuando vienen a la nutricionista acá (CESFAM), la nutricionista le da la asesoría y le entrega una minuta de la dieta terapia que tiene que seguir hay gente que no está ni ahí con eso, de hecho hay gente que no está ni ahí con tomarse los medicamentos, entonces lo que hacemos nosotros desde la perspectiva nutricional es educar al usuario con respecto a la nutrición, es tratar de meternos un poquito en la compra del mes, en la ida a la feria, en la despensa, en el refrigerador de la gente para que a base de eso nosotros trabajemos. Ahora el concepto de la interdisciplinariedad yo lo veo desde la perspectiva de que, yo tengo la posibilidad de adquirir herramientas del área de la nutrición, que después a mi me permiten perfectamente poder hacer un taller de nutrición; yo recibo conocimientos del área psicosocial que después perfectamente, obviamente se entiende no con la especificidad que puede hacer Luis un taller, pero por ejemplo yo si puedo trabajar, en el caso que Luis no pueda hacer un taller, yo si puedo trabajar y poder decirle en que etapa de cambio esta la gente, etapa de pre contemplación, contemplación, hablar de Prochazca, hablar de que se yo como poder pararme o como yo poder enfrentar a un grupo y poder realizar, por ejemplo algún tipo de contención, frente a una señora que se descompense cuando estamos hablando, que se yo, de sus problemas familiares y eso es súper importante en el trabajo que nosotros hacemos. Al igual en el área quinésica o sea yo con Hernán he aprendido a por ejemplo a detectar patologías osteo musculares, ejercicios para trabajar y eso me la da la interacción que nosotros tenemos, me entendis, o sea va más allá del cuento que trabaje cada uno en su área, si no que trabajamos en su área pero también nos relacionamos. Hemos logrado estar donde estamos porque (silencio) por el equipo y soy un convencido de que estas intervenciones no la hace el proyecto no la hace el papel lo hace la gente lo hace la gente que está trabajando yo creo que en ese sentido hemos tenido suerte porque el equipo ha sido bastante proactivo comprometido y con los objetivos claros, veremos hasta donde duramos.

Tercer Momento: El Asistente Social en el EIIC

Mira eh de perfil..., a lo mejor debe manejar un perfil de competencias específicas que tiene que manejar un asistente social, mira primero debe manejar los conocimientos desde el punto de vista de la salud cardiovascular, eh ese elemento de manejar los conceptos de salud cardiovascular, más allá que sepa de hipertensión y diabetes es como poder abordar o como poder trabajar con la gente que presenta factores de riesgo cardiovascular crónicos y poder tratar de ayudarlos, porque el hecho de crónicos es un elemento que aquí a veces no se trabaja de manera correcta o sea si tu tratai una diabetes o una hipertensión de la misma manera como cuando viene una persona por un problema de una indigestión y tu le dai pastillas y se le quita en dos o tres días no es así pos, o sea cuando tu le dices a una señora: "señora usted tiene diabetes y no se le va a pasar nunca", es fuerte pos es fuerte y esa es la etapa que digamos a través del área de salud, como poder trabajar frente a patologías crónicas y eso lo maneja el asistente social desde el punto de vista de la asistencia social, el otro elemento que a mí eh me interesaría o que me llama la atención es el nivel de empatía que pueda tener con la gente, es fundamental la selección y la elaboración de estrategias que a ti te permitan llegar a la gente, eh tú has visto aquí nosotros, el nivel socioeconómico de la gente yo creo que será medio bajo o bajo, no sé y esta gente cuando viene a las prestaciones de salud, viene porque les regalan todo, vienen porque les dan el medicamento, vienen porque le dai la atención medica, porque le vai a revisar los dientes, o todo el cuento, pero cuando los mandan a hacer un taller cardiovascular, que no les vai a entregar nada me refiero del punto de vista inmediato tu entrái a jugar prácticamente en la motivación que pueda tener la persona, o el incentivo que tu le podai dar desde la perspectiva externa para que esa persona vaya y cuando llegan a los talleres se tiene que trabajar desde esa perspectiva porque si no la gente se para y se va, no tienen ningún digamos ninguna consideración de que si la cuestión no es lo que ellos quieren, se paran y se van. El otro elemento que a mí, considero que es importante, es la manera o la forma de poder abordar a un usuario cuando se descompensa, como poder re encantar a la persona como poder decirle a la persona : fijate que no tuvimos los resultados que esperábamos, pero vamos, sigamos adelante, veamos en que nos caímos, que podemos mejorar, veamos porque sucedió esto, veamos cómo está interfiriendo o como interfiere tu familia, veamos cuales serian los elementos que podemos cambiar y eso creo que el Luis los ha hecho con creces, bastante bien. Por último (silencio) yo creo que la visión que tenga el profesional del área con respecto a su función en este caso en un CESFAM, eh creo que la labor del asistente social va mucho más allá de la atención en box, el trabajo que pueden hacer en la comunidad es gigante po, la proactividad que pueda tener, eh los contactos en red que pueda tener, la capacidad para la elaboración de proyectos, para presentar proyectos, para fundamentar, para poder orientar y reorientar la intervenciones que uno tenga que hacer, frente a salud : "asistente social", no es otro profesional, porque por ejemplo las ideas que a nosotros se nos han ocurrido en el equipo, siempre las conversamos con Luis, le preguntamos a él, le decimos oye mira como lo podemos orientar con respecto a esto o como lo podemos orientar con respecto a esto otro, yo creo que esos cuatro, esas cuatro cosas son fundamentales. *¿Cree que haya alguna característica que distinga al trabajador social, del resto del equipo?* Yo creo que lo fundamental es que... a ver, es la visión holística que pueda tener el asistente frente a la persona con la cual está trabajando, es como es toma de foto de la persona, es como ese corte transversal de poder decir mira esta señora está ingresando a la actividad física, pero esta señora tiene esto, esto, esto y esto, porque te da la posibilidad de poder abarcarla a esa persona frente a las necesidades reales que ella pueda tener. Por ejemplo si... y me ha pasado muchas veces (risa), llega la señora pasa los talleres psicosociales y de ahí pasa a la evaluación conmigo, con el profesor para evaluar la actividad física entonces yo tengo como una estructura para poder abordar a la gente cuando recién está llegando, entonces a veces el Luis me dice: David a esta señora tenis que tratarla de esta forma, de estas características porque, no se pos, esta con tratamiento de no sé

que, además la familia de esta persona está con estas características, entonces yo tomo esas herramientas y me entregan información para poder como trabajar con esa gente, pa poder abordarla y... eso yo creo que ha sido fundamental en el trabajo que nosotros hemos hecho, o sea a lo mejor la persona viene como con esa careta, como con esa predisposición frente al trabajo, pero después de la obtención de información que hace Luis, eh... uno como la aborda de tal manera que es como una forma cercana a la persona, que después se da pos, eso yo creo que es la única forma, esa visión holística, esa toma de foto de la realidad esa como chequeo rápido que se puede hacer, "asistente social". *¿Entonces cómo describiría la relación que tiene este profesional con el resto del equipo?* A ver, Luis me ha enseñado por ejemplo a poder (silencio), a ver cómo te lo digo, no soy especialista en el área pero no sé cuantos tipos de personalidades hay, pero sí creo poder desenvolverme con algunas, o sea cuando te llega esa señora como hiperactiva, sabís que son como dos o tres cositas y listo pa afuera y empecemos a hacer actividades, la actividad física; cuando te llega esa señora más lenta que esta como reacia, sabís que hay que trabajarla un poco más, hay que conversar; cuando te llega esa persona que se sienta al lado tuyo y sin que tu le digai nada te empieza a contar toda la historia... sin que tu le digai nada, se también como trabajarla. Yo creo que eso para mí ha sido lo fundamental, esa no sé cómo explicarlo, ese como "carpeteo" de gente, de cómo poder trabajar con distinto tipo de gente pa mí ha sido fundamental poder trabajar con asistente social. También, no siempre, pero también eh esa posibilidad de poder contener a gente en situaciones específicas, también para mí ha sido fundamental, que a veces a mi me ponen felicitaciones acá y lo único que hecho es escuchar a la gente. Ese como tino, ese como sensibilidad que hay que tener con la gente, ese timing que tu tenis o esa habilidad de tener que hablar cuando tienes que hablar y callar cuando tenis que callar, yo lo aprendí del Luis. *¿Y con los pacientes, cómo es la relación?* Mira eh digamos la relación específica que yo veo y que yo trabajo con el asistente social es cuando llegan a los talleres a los primeros 4 talleres porque eh de ahí los talleres que se realizan de manera paralela a la intervención que nosotros hacemos mientras se está en actividad física no, no lo veo directamente porque mientras la gente va a la actividad física obviamente yo tengo que estar con la gente y de ahí no estoy presente en los talleres que hacen me refiero de manera presencial, yo si se que se lo que hace en los talleres y todas esas cosas pero lo que yo si se y lo que yo veo es que la gente se da cuenta que la labor del asistente social va mas allá de la labor que se ve aquí en box que es valga la redundancia del asistente social cuando tu tenis a un asistente social que está contigo por una hora y media dos horas tratando un tema de factores de riesgo cardiovascular y tenis un asistente social que te está hablando del colesterol de la placa ateroma de la arterosclerosis yo creo que se re posiciona y se re visualiza al asistente social que yo creo que es lo fundamental en esto de hecho creo que todos los profesionales en salud deberían tener esa como reorientación de sus labores frente a su quehacer profesional eh... de hecho a Luis no le dicen asistente social le dicen doctor pero para la gente todos son los que andan con delantal todos son doctores entonces el mensaje que le pueda entregar el Luis a la gente estando en un taller es súper fuerte es súper power porque es prácticamente ley entonces ... yo creo que es súper interesante súper consistente lo que hace el Luis en los talleres entonces eh... es súper valido frente a la población yo creo que la gente lo ve como primero como algo así pucha ya voy a un taller que es lo que será esto pero después prácticamente va es como una atención y tener cuatro atenciones con asistente social siendo que aquí a veces con suerte tenis una o dos, entonces lo valoran. Si hablamos del aporte que realiza este profesional... El mayor aporte como te decía es la visión holística de cada uno de la gente que trabaja con nosotros ahora el déficit que nosotros tenemos es que la intervención que tiene específicamente el Luis ahora es una intervención acotada acotada en el tiempo nosotros el flujo grama de los talleres es 4 sesiones dos semanas miércoles y viernes o sea Luis esta con las personas miércoles y viernes de la semana uno miércoles y viernes de la semana dos y esta, estamos digamos con el no tienen intervención directa a no ser que nosotros planifiquemos o elaboremos una intervención aparte pero no tiene más porque chocamos con las agendas que él tiene que cubrir en su sector digamos o sea no no ... ehm si

a mí me preguntai yo justificaría con creces 22 horas de asistente social para nosotros pero nunca me las van a dar cachai entonces siempre las intervenciones son así acotaditas acotadas y lo hemos vistos y con la Carolina también lo hemos conversado nosotros tenemos gente que requiere una ayuda de mayor tiempo desde el punto de vista de la asistencia psicosocial pero no lo tenemos entonces eso más que falla de Luis es falla del sistema pero no lo tenemos entonces que pasa por ejemplo con la población adulta como veo yo como analizo como trabajo memoria yo tengo señoras que a veces me dicen oiga profe sabe que se me olvida donde dejo los remedios donde dejo las cosas a veces se me quedan las ollas prendidas adultos pos entonces yo digo chuta si tenemos un adulto que estamos viendo tratémoslo antes de pero no tengo no puedo. Entonces cuando hablamos de la valoración, que le otorga este equipo al profesional... Mira sabis cual es yo creo el problema es que la labor que nosotros hacemos está fundamentada de todos los ámbitos de hecho el médico, cuando las señoras van al médico, el caballero no se va al médico, le prescribe actividad física le dice: camine tres veces a la semana media hora y eso es lo que les dice; pero el profesional que tiene que hacerse cargo de esa prescripción somos nosotros, ahora ahí entramos en la disyuntiva si es profesor de educación física o es kinesiólogo yo creo que una persona que presenta factores de riesgo cardiovascular y que no tiene ninguna patología osteo-muscular asociada es profesor de educación física ahora si nosotros analizamos la situación con una perspectiva objetiva aquí en el consultorio y en la comuna entiendo que no van a contratar un kinesiólogo para actividad física porque los kinesiólogos se contratan para sala ira y para sala era que son las enfermedades respiratorias por lo tanto es fundamental y se abre un nicho fundamental para lo que hace un profesor de educación física los efectos y los beneficios están con una base científica y una base teórica más que claro por lo tanto yo desde esa perspectiva justifico y fundamento claramente la labor de un asistente social o sea la educación de los usuarios que presentan factores de riesgo cardiovascular es fundamental y si desde todas las luces te dicen que tenis que trabajar salud mental nutrición y actividad física es lo que nosotros estamos haciendo, ahora nosotros hemos tenido la posibilidad de poder hacerlo de esa forma en otros lados hacen puro lo que es actividad física sería interesante a lo mejor evaluar desde esa perspectiva que pasa con solo la intervención de educación física y la intervención de ... el problema es que tanto mi equipo como yo tenemos claro lo importante de esto el problema es que la dotación y arriba no sé si lo tengan tan claro... porque si yo llevo trabajando de aquí desde el año 2004 y hemos tenido resultados si bien es cierto a lo mejor no como los que se espera porque a lo mejor no hemos impactado 3000 personas pero si a lo mejor la gente que has estado con nosotros si ha mejorado porque no se ha implementado en los otros centros de salud entonces no se no se cual...creo poder sabe y creo poder escarbar o sea y volvemos a caer en lo que te decía cuando recién comenzamos la entrevista mientras se tenga ese perfil biomédico y marcado es difícil si aquí hay gente aquí hay profesionales que se quedan con la atención en box no mas es como decir sabis que a mí me conviene que hayan enfermos mientras más enfermos mejor porque ahí tengo más pega pero que hago para que la gente no se enferme porque eso es importante también pos ¿que hago? Yo como profesional de salud te estoy hablando no como profesor sino que... tú como matrona, tú como enfermera, tu como medico..... tu como asistente social, tu como psicólogo ¿qué haces tu pa que la gente no se enferme? Y eso yo creo que se enmarca netamente en el ámbito de prevención y promoción pero eso va mas allá porque eso no lo podis hacer con 4 personas por hora cachai o una persona la malla, tu tenis que acercarte a la gente tenis que estar en la comunidad tenis que trabajar con la gente pero ese es el problema yo no sé si arriba lo tengan o no sé si los profesionales lo tengan claro entonces ahí me gustaría a lo mejor hacer hincapié y poder analizar si realmente ellos le dan la importancia que esto tiene en las intervenciones en salud. Finalmente ¿Qué falta por hacer? Seguimiento si nosotros tuviéramos la posibilidad Luis debería hacer seguimiento no te digo así un seguimiento exhaustivo así que una vez por semana a la gente pero si elaborar una estrategia de poder decir mira se termino la intervención ahora de aquí pa delante vamos a evaluar de manera psicosocial de que manera nosotros hemos impactado en la gente entonces por decirte yaa terminaron

después de los primeros 3 primeros meses de haber egresado vamos a abrir agenda y vamos a citar a la gente por ejemplo son 60 personas vamos a abrir agenda una semana entera y los vamos a citar acá pa ver que ha pasado con la gente que hemos mejorado que no hemos mejorado y ahí a lo mejor hacer como una intervención pero ya a mayor distancia y después dar el mismo seguimiento 3 meses después porque yo creo que lo que a nosotros nos falta en esto es eso. Siempre hemos tenido cojo la parte del seguimiento es una parte de la prestación que a nosotros nos falta lo que pasa es que si bien es cierto es importante hacer el seguimiento a la gente yo creo que te entrega las herramientas para mejorar la intervención porque que hacemos mal nosotros o que nos falta pa que esto perdure después por ejemplo ya si yo te digo en los tres primeros meses y en los últimos 6 meses o sea le estoy haciendo un seguimiento de 3 meses con dos visitas digamos por ultimo q en esos 6 meses se mantenga algo pos peor no pos hay gente que termina y se pierde y vamos otra vez en lo mismo y caen en lo mismo cuando a la gente nosotros le damos el alta yo les digo chiquillos les demostré como pueden estar ustedes en 6 a 8 meses ahora van ustedes si vuelven a como estaban cuando llegaron o siguen como están y más allá de eso no puedo hacer... entonces yo creo que el seguimiento es importante pa evaluar eso peor también para hacer la retroalimentación y poder decir mira sabes que a nosotros nos falta esto pa que esto se vea permanente en el tiempo.

E2:

Primer Momento: Sobre su participación en el EIC y funciones que ha desempeñado

Yo partí once horas haciendo un reemplazo en realidad trabajando con adulto mayor siempre y después me quede con las once horas y hice otro reemplazo once horas mas y después me quede con las veintidós horas de lo que es el programa igual Bueno la primera función que es de kinesiólogo del programa, que es trabajar específicamente la parte de actividad física con adulto mayor, solo con adulto mayor, porque el kinesiólogo trabaja con adulto mayor y el profesor de educación física con población bajo 60 años con factores de riesgo cardiovascular, pero aparte de eso hemos bueno labores administrativas porque con David hemos tenido que como rearmar el cuento por la parte de que rotamos mucho la infraestructura en la parte física porque no tenemos nada de nosotros, entonces ayuda a ir como a organizar como lo vamos a hacer en el año en que lados vamos a trabajar como nos vamos a conseguir esos lados, hartos de gestión (silencio) bueno yo soy docente del DUOC también entonces nos hemos conseguido practicas con alumnos para que nos ayuden los alumnos como estamos trabajando en hartos lados, tenemos acceso a los gimnasios del DUOC también algunos días por lo mismo llevamos adultos y adultos mayores, eso debe ser como hace un año ya, poquito más de un año de que logramos gestionar eso. Eh... yo creo que, esto se ha tratado de hacer en otros lados, y no ha resultado y yo creo que una de las cosas por las que no ha resultado es porque no han podido armar un buen equipo entonces la base de esto es tener un equipo sólido y que tenga relaciones estrechas o si no ha funcionado, o sea yo creo que esto funciona hasta el día de hoy, pese a todas las cosas que entrecomilla nos han pasado es porque David que es el coordinador está motivado porque esto funcione y el resto del equipo también si no... (silencio) no funcionaria. *¿Podría describirme los hechos más significativos que tienen lugar en este programa?* Yo creo que lo más significativo es que es un programa que no solamente (silencio) es como las mayorías de prestaciones que se le da a la gente en los servicios de salud público o privado, que es netamente eh... médico un enfoque médico que te quita la patología o la molestia que tú tienes y listo ahí está resuelto el tema este programa va como mucho mas allá porque es como cambiar la mentalidad de las personas en cuanto a calidad de vida, incluir como, cambiarles los estilos de vida, eso es en el fondo, para que no es que eh... yo te quito la patología pero si no estoy sacando el problema de base tú te vas a volver a enfermar. Yo creo que lo que se rescata es la adhesión de la gente al programa siendo que uno es un programa que tenemos cero infraestructura no hay

materiales no hay nada, la gente hace sus materiales, dos nunca tenemos un lugar fijo siempre vamos rotando y aun así la gente sigue participando ,eh... a diferencia del consultorio por ejemplo en que te trata de premiar con que se yo con mayor prestación en el año o que te van a dar una prestación más, aquí no se premia con nada pos y la gente sigue con adhiriéndose al programa, yo creo que es absolutamente por el compromiso .

Segundo Momento: Del Trabajo Interdisciplinario

Tenemos una reunión al mes más o menos en que se habla de coordinar los talleres que se dan para que no se repitan, tratamos de que estén todos siempre, entonces se va coordinando los talleres se va coordinando cuando se va a hacer la evaluación de toda la gente como vamos a hacer esas evaluaciones que cosa estamos fallando que cosas no. *¿Había tenido la posibilidad de trabajar en un equipo interdisciplinario anteriormente?* No primera vez eh... cambia radicalmente, yo creo que ahí va el cuento yo creo que el cuento va pa allá no solo en salud sino que en todos lados de que la gente aparte de ser proactiva sepa funcionar en equipos de trabajo porque pa allá va el asunto, si no los quipos de trabajo son los que sacan los proyectos y los hacen grandes, si tu tenis pura gente que es individualmente buena pero no trabaja en equipo nunca vai a tirar un proyecto pa arriba o alguna empresa pa arriba, en un caso particular, de hecho eso es lo que buscan ahora la parte de psicología, los perfiles de trabajo, lo que se busca no es solamente tipos que sean proactivos sino que sean tipos que se ajusten a equipos de trabajo. *¿Qué hacen en estas reuniones mensuales que mencionaba anteriormente?* Se habla de la gente que se está derivando se programan las fechas de los talleres, se ve cuanta gente hay que dar de alta cuanta gente tiene que ingresar al programa como están las evaluaciones si en la parte netamente de salud y de compensación no se ha compensado tanto porque no se ha compensado tanto y si se ha compensando tanto es que estamos trabajando bien, se habla del equipo y evaluaciones de la gente. El hecho de dar de alta a un paciente es decisión de la corporación porque te dan cierto plazo de tiempo yo puedo decir este paciente no está para darlo de alta porque seguramente va a dejar de venir acá no va a hacer mas actividad física y va a empezar a comer como siempre ha comido o sea mal porque todavía no cambia estilo de vida pero como la corporación ya dice que el paciente ya lleva mucho tiempo hay que sacarlo hay que sacarlo pero ya que funcione este programa es una gracia en este país, y claro así después pedir más tiempo no te lo van a dar pos porque no les interesa quizás prevenir enfermedades sino que les interesa combatir enfermedades lo ven a corto plazo como la mayoría de las cosas se ve en este país no lo ven a largo plazo. *¿Y cómo se ha llevado a cabo este trabajo interdisciplinario que se realiza a nivel de equipo?* Yo creo que lo logra primero porque hay que tener el equipo multidisciplinario e interdisciplinario o sea no solamente que tenga hartos profesionales diferentes sino que haya comunicación entre los profesionales, no saco na con tener una nutricionista, un profe de educación física, kinesiólogo, asistente, sino.. se hablan entre ellos... de ahí no coordinan todo pa ir a remar pa un mismo lado y eso se logra primero con tener ese equipo multidisciplinario e interdisciplinario, dos con que la gente que esté trabajando en eso sepa ya y tenga ese estilo de vida, porque no saco nada yo con vender algo, un producto si yo eh... no tengo nada de ese producto o voy en contra de ese producto (silencio) entonces se logra pero se logra teniendo el equipo o conformando equipos que sean acordes a eso y se logra en un tiempo prudente, yo en 3 meses no puedo cambiar el estilo de vida de nadie, entonces por lo menos tiene que ser una intervención silencio dicen o sea mínimo 6 meses yo diría que por lo menos tiene que ser un año de intervención para cambiar estilo de vida . Por lo menos un año, dicen mínimo 6 meses pero es muy poca gente la que en 6 meses cambia estilo de vida más cuando aquí socialmente esta bombardeado de de lo contrario de comer comida chatarra de nada saludable.

Tercer Momento: El Asistente Social en el EIIC

Yo creo que es fundamental porque como es el que se encarga de dar la primera información dar si hay algún caso complicado a lo mejor dar la contención a la persona cosa que otros funcionarios no manejamos nosotros dar ver al que a lo mejor no esté tan motivado motivarlo más. *¿Cree que haya alguna característica que distinga al trabajador social, del resto del equipo?* Yo creo que el primer elemento que ellos tienen es como motivar a la gente a que cambie el estilo de vida ellos son como los primeros que (silencio) que capturan a la gente entre comillas o que la dejan motivada para que empiecen a venir a la actividad física, después estamos nosotros, la nutricionista, pero el primero que los toma en los talleres es él, él es quien los recibe así que les muestra como es y los trata de motivar para que vayan. *¿Entonces cómo describiría la relación que tiene este profesional con el resto del equipo?* Como te contaba una relación bastante estrecha en que el mismo asistente social se preocupa de saber que es la actividad física como se hace para que sirva, la nutrición porque sirve para que el pueda cuando hace sus talleres de intervención no hablar de la boca para afuera si no que hablar con conocimiento, por eso te digo que si no hay una relación interdisciplinario de equipo no habría caso. Si hablamos del aporte que realiza este profesional... Yo creo que si el primer taller no lo hiciera un asistente social por ejemplo que se maneje todos los conceptos que tiene que manejar alguien que va a trabajar en esto, no lo hemos medido pero yo me imagino que bajaría por lo menos en un 20% la adhesión al programa, nunca lo hemos medido pero yo me imagino que así sería. Cada uno hace su pega o sea tiene su pega específica y por ejemplo cuando falta el asistente social tenemos que suspender los talleres, porque no tenemos las competencias es como que falte yo y alguien haga actividad física de adulto mayor no están las competencias y tampoco es que manden a cualquier asistente social del consultorio porque tiene que saber así que en ese sentido es indispensable. Yo creo que contribuye bastante porque si saca a una persona del equipo y baja la llegada a cualquier meta. Entonces cuando hablamos de la valoración, que le otorga este equipo al profesional... Si, se valora porque maneja competencias que no manejamos el resto de los profesionales de la salud, lo que yo te decía en cuanto a la contención de las personas, de identificar que persona a lo mejor es la que necesita un poco más de apoyo o motivación, el hecho de que ellos mismos saben también ... que personas por ejemplo tienen problemas con o están en la parte de salud mental del consultorio y a ellas a lo mejor también invitarlas al programa entonces hay muchas competencias que como un asistente social no maneja y yo manejo hay algunas que yo no manejo y el asistente social maneja muy bien. *Finalmente ¿Qué falta por hacer?* Yo creo que lo que falta es un cambio de mentalidad de la gente que trabaja en el área de la salud porque eh... yo no saco nada con tener un programa si allá el médico no le da importancia a esto o la enfermera no le da importancia a esto porque ellos tienen un como yo te digo una formación biomédica en que yo no prevengo ni una enfermedad sino que combato enfermedades de hecho a ellos te digo a ellos en cuanto a la gente que trabaja en el área de salud no les conviene prevenir enfermedades porque van a tener menos pacientes ... si yo prevengo yo voy a tener menos hipertensión menos diabetes y voy a tener menos clientes pos... es contraproducente pero así es ... va a haber un momento en que y si esto sigue así no va a haber ninguna plata que aguante a nivel estatal por ejemplo los consultorios no te van a aguantar eso va así como va la cosa ahora no te va a dar más de 20 años los presupuestos de salud no te van a dar y seguramente así como cambian van a empezar a hacer prevención de salud o sea esto entonces en Europa y EEUU ya se hace estilo porque ya les paso eso te has fijado entonces en Chile llega todo atrasado 10 20 años entonces va a llegar atrasado.

E3:**Primer Momento:** Sobre su participación en el EIIC y funciones que ha desempeñado

En un principio cuando recién empezamos, era todo nuevo no había no existía nada parecido en el consultorio y... a mí me contrataron en primera instancia para reemplazar a un colega en atención y después salió este tema de hacer talleres, esa era mi tarea, tenía que programar, planificar y hacer talleres para los pacientes cardiovasculares, eso fue en un inicio lo que me dijo la directora que era mi función, bueno y ahí me presento al Luis que era el asistente social y me dijo vamos a trabajar con él; él ya estaba más o menos tenía como una base de datos de cuantos pacientes habían y por ahí quería más o menos ir armando grupos estaba como dedicado a eso, más o menos ver cuanta gente era, a qué grupo nos íbamos a enfocar bien y eh más que nada a ver datos y eh ahí empezamos de a poquito a armar el taller, ver que temas se iban a tocar, después tuvimos a otra asistente social más, porque yo tenía como más horas que ellos entonces, él no alcanzaba a hacer todas las horas entonces incluimos a otra asistente más, en un principio nos juntábamos a planificar y después ya lo echamos a andar (silencio) eh me acuerdo en un inicio siempre nos juntábamos todos los viernes, todas las semanas, estuvimos fácil unos seis meses haciendo reuniones todos los viernes de una media hora una cosita corta, como para juntarnos los tres porque no siempre estábamos los tres juntos, si yo a mí me tocaba juntarme con cada uno pero así como que los tres tuviéramos un tiempo para conversar como nos fue y todo eso no había, entonces nos organizamos cosa que todos los viernes nos juntamos después del taller del día viernes para conversar y ver cómo nos había ido ir evaluando al tiro no era una cosa nueva, entonces no sabís que esto hay que cambiarlo, a la gente le interés mas este tema y de a poquito fuimos armando una cosa más redondita y ahí después al año siguiente o al final de ese año si no me equivoco, bueno ahí nos vimos cortos con el tema actividad física porque nosotros nos dedicábamos solamente a la parte educativa o sea enseñarle a la gente que la actividad física les servía, que la alimentación era importante, pero a la vez ir tocando de onda, no se pos de las emociones, los sentimientos que tenían frente a las enfermedades que tenían eh que cosas les complicaban para hacer cambios en su vida, se tocaba todo eso hasta ahora se hace así; pero nos faltaba esa patita había una profe de yoga por ahí, eh había unos talleres de taichí en una sede social, pero era como vaya para allá, y nosotros quedábamos así como ¿habrá ido o no habrá ido? Entonces en una de estas supimos que había un profesor en el consultorio que andaba por otro lado haciendo otras cuestiones (risas) y hasta que le contactamos y más o menos lo tuvimos que perseguir porque no nos pesco mucho en un principio, entonces le empezamos pidiendo, yo le dije pucha sabís que necesitamos un manual, por último un manualito chico para entregarle a la gente y a la vez ver como lo hacemos para mandártelos para acá también y el así como medio, así como que no le tinto mucho y al final que tanto que lo cargoseamos que ya me hizo más o menos los ejercicios y entre todos nosotros armamos el manual y de ahí de a poquito se fue dando esta conexión con el profe hasta que como que dijimos, porqué no trabajamos todos juntos armemos algo entre todos, un flujo y ahí empezamos a entre nosotros comunicarnos más y a la vez a incluir más al consultorio, o sea que el consultorio supiera que iba en marcha y que el flujo eran los talleres y de ahí la actividad física. Bueno en un año postulamos a un proyecto, nos compraron materiales, obtuvimos kinesiólogo, paramédicos, durante unos meses hubo más horas de nutricionista y asistente social entonces teníamos talleres en la tarde, después de las cinco la tarde, fue una época sipo, porque típico proyecto dura un tiempo no mas y eh ahí estábamos como en grande funcionando, porque éramos hartos, teníamos harta gente o sea de que partíamos nosotros los talleres con diez a quince personas, el profe con su grupo de diez a veinte personas habrán sido en un inicio a su vez y ahí nos subimos al tiro a ochenta a cien personas en unos meses entre los que andaban en el taller de nosotros y la gente que estaba estable en la actividad física, empezamos a funcionar todos juntos y empezaron a derivar mucho, entonces como que de una se armo un gran grupo de gente en la y éramos hartos entonces ahí eh.. ahí yo tenía que hacer más cosas tenía

que preocuparme por ejemplo de revisar ficha por ficha de los pacientes, ver que tuvieran todos los controles al día, aparte de eso hacer talleres aparte del inicial se hacían, se hacen todavía talleres de nutrición específica, o sea de temas específicos de nutrición aparte de todos los del resto, que se hacía a la gente que ya está haciendo actividad física. Bueno en ese tiempo igual por ejemplo me tocó a mí la labor de coordinar todo ese grupo grande que había, entonces igual tenía que hacer labores de coordinación, ver que cada uno estuviera haciendo sus cosas, que si alguien quería inventar algo nuevo, que éramos muy inventivos, todavía lo somos (risas) eh tratar de cómo de organizar bien para que resultara la cuestión y poder que tuviera un grupo del grupo de gente que necesitaba en el fondo, si había una prestación, por ejemplo, que nos sirviera a nosotros también coordinar eso y como eso más que nada eh bueno también si llegaba alguien nuevo al equipo orientarlo, como se trabaja, que se hace, que le tocaba hacer a la persona nueva y bueno después de eso ya al año siguiente paso a ser el coordinador el profesor; el David, porque yo tuve también unos problemillas por ahí entre medio así que deje la coordinación y seguimos con el mismo estilo, pero ya eh antes de que dejara la coordinación se acabó ese programa que teníamos harta gente entonces al final quedamos eh en ese instante llegó otro kinesiólogo, porque quedo el Luis, quedo el David que es el profesor de actividad física, quedo el kinesiólogo que es el Hernán que todavía está y quedo yo y la paramédica que es la Lily, que era la Lily porque ya tampoco está, entonces hay éramos un grupito más chico, pero el estilo era el mismo ósea adultos haciendo actividad física, adultos mayores haciendo actividad física eh el Luis y yo haciendo los talleres de ingreso, el Luis haciendo talleres extras de algún tema específico de su área, yo haciendo talleres de nutrición un tiempo el David y el Kinesiólogo también hicieron talleres de su área, o sea había un montón de actividades generalmente tratamos de que se así, de tener hartas actividades. *Actualmente ¿qué labor realiza en el EIIC?* participo en los talleres de ingreso con el Luis, eh hago los talleres de seguimiento que se llama, que son para la gente que ya está haciendo actividad física, que ya paso el ingreso, que está en los seis meses de actividad físicas con el profesor o con el kine eh entonces les hago talleres a los adultos y a los adultos mayores, de nutrición y eh este año igual hicimos uno que se nos ocurrió jugar wii (risas) que hay un juego de wii que es para la memoria, que es bien entretenido, entonces como yo tengo wii en la casa se nos ocurrió jugar wii así que llevamos y jugamos con todos con los adultos y adultos mayores y fue bien entretenida la experiencia y eh aparte de eso también lo administrativo que es llenar fichas aparte de eso yo hago bueno con el kine los dos hacemos el EMPAM que es el examen de medicina preventiva del adulto mayor, que es el examen anual que se les hace a los adultos mayores, lo hacemos para los adultos mayores que están en el programa para alivianar la pega del consultorio, aparte de eso me preocupo de llevarles los exámenes o sea de ver la periodicidad que tienen que tener sus exámenes de sangre, hacer la orden de examen, derivar a lo que sea necesario que necesiten, sus controles médicos, cosa que tengan todo al día en las fechas que corresponde. *¿Podría describirme los hechos más significativos que tienen lugar en este programa?* A ver eh bueno en sí, el formar un equipo que se armó en un inicio yo creo que es una etapa bien fuerte ósea decir cuando nos juntamos el Luis, el David y yo los tres en un principio eso fue como algo grande porque ahí como que empezó todo, nos dimos cuenta de que eh los tres trabajábamos como el mismo estilo eh en el sentido de la atención al paciente, de la comunicación al paciente, porque eso es difícil de encontrar en un equipo ósea que todos tiremos pal mismo lado, que seamos honestos entre nosotros, que no haya esta cuestión de que este aserrucha el piso, que este jugo chueco, no que este anda pelando por otro lado, que es muy común en los equipos de trabajo, aquí no se da po aquí somos todos algo no me gusto o se dice sabes que no está bueno se dice altiro y eso fue desde un principio. Ahora después de eso, bueno fueron cosas mas de que igual nos llamaron harta la atención fue como del equipo en sí, fue que ganamos premios participamos en varios concursos y ganamos si mal no me equivoco dos o tres veces un primer lugar a nivel comunal, a nivel de área de servicio hacían un concurso de buenas prácticas y dos años consecutivos fue que lo ganamos y los otros años no como el equipo en sí, pero si participantes del equipo y alguna vez también participamos en un congreso que



hubo también a nivel comunal (silencio) si claro fue del servicio de salud metropolitano sur oriente, que fue igual así como grande, ahí creo que no ganamos pero si participamos, eso nos daba un vuelito nosotros igual desde un principio hasta hace casi dos años estábamos contratados a honorarios y eh eso significaba que más o menos llegaba diciembre y nos decían: "ya se acabo el año hasta aquí no más llegamos viene enero y febrero y en enero y febrero casi no se trabaja así que nos vemos en marzo hasta luego" y en marzo uno estaba así como y... me llamaran o no me llamaran. Eso fue los primero años llegaba octubre y nos empezaban a pedir datos, o sea todos los años al final igual era un dolor de guata porque aparte había que evaluar, ahora siempre hemos hecho evaluaciones cada tres a cuatro meses se hacen evaluaciones de los pacientes peso, talla, presión entonces sabemos cómo van y esos datos estaban, pero el dolor de guata de ver si se logro pero podría haber sido más igual los mostrábamos a la jefatura y quedaban maravillados porque era un gran avance que no se logra en consulta así tradicionales, entonces eso igual nos daba más confianza, pero llegaba diciembre y quedábamos así como chuta ¿seguimos o no? ya sigan enero y febrero y en marzo evaluábamos de nuevo, era como todo un proceso, así que al final igual nos contrataron a plazo fijo ya un poco más seguro y con estos premios igual fue una ayuda porque nos dábamos cuenta de que igual valoraban desde arriba, entonces por ese lado ya como que se fueron relajando, ya como que se dieron cuenta que el equipo funcionaba, que la intervención era buena entonces por ese lado ya nos quedamos más tranquilos.

Segundo Momento: Del Trabajo Interdisciplinario

Es bien entretenido porque eh a ver bueno anteriormente yo siempre trabaja como con gente de la misma área entonces como que hablai como lo mismo y a veces igual discrepas en algunas cosas porque una se viene de una universidad otras de otras distintas ideas, pero aquí no porque es como oye sabís que quiero hacer esto pero no sé cómo se hace ¿me podís ayudar? Por ejemplo el tema de no se pos, por ejemplo uno hace el EMPAM y los abuelitos necesitan ejercitar un poquito más la memoria, ya se los devolví, oye Luis sabís que necesito más, sabís de algún libro algo donde salgan ejercicios de memoria, o no se pos eh la señora necesita ejercicios no se pos tiene artrosis de rodilla y no sé que, si mire puede hablar con el kinesiólogo y pregúntele que ejercicios puede hacer o tal vez dicen no es que quiero bajar el rollito, a ya vamos a preguntarle al profe porque el peso está bien pero hay que ejercitar más esa parte y esa parte la sabe el profesor, entonces uno tiene más como herramientas, yo sé mi parte pero a veces uno necesita ese complemento del otro lado, entonces igual es más fácil en ese sentido porque uno no se queda coja, puedes hacer la tarea mucho más completa en ese sentido porque cubres todos los puntos en que el paciente pueda tener algún problemilla pos. *¿Cómo visualiza los aportes de cada profesional al equipo?* yo soy la única mujer del equipo entonces como que no se pos como que de repente uno hace medio el papel de mamá con los pacientes, porque eh "pucha es que señorita es que no sé", "me da vergüenza decirle esto al profe" y van con uno y te cuentan a pesar de que yo soy súper... comparada con los abuelitos soy chica pos, pero de repente eso es como entretenido y... no sé.. bueno los hombres acuden más con los varones pero las señoras en general como que de repente tienden ir más a uno a contarles sus cosas porque no se atreven y no se igual como que entre todos igual funciona mejor y eh esa es la gracia de este equipo, porque nos juntamos todos y como que entre todos armamos algo no es que uno haga como que yo invente esto, no, así como que uno dice algo y el otro aporta otra cosa y entre todos sale una idea así como fantástica, pero como que uno conozca más.. no encuentro somos como todos bien parejitos en el equipo y eso igual es entretenido así que cuando estamos todos juntos súper bien, yo creo que cada uno por separado no le falta el ala al lado que le dé el apoyo, porque nos hemos complementado bien y eso igual es algo que llama la atención. Bueno nosotros no estamos dentro del consultorio, trabajamos lejos del consultorio entonces es como un mundo aparte de repente uno dice a lo mejor, claro como están todos en un mismo lugar se contagian con esta onda de que no yo soy mejor, no que yo tengo que sobresalir, no que yo soy más

inteligente, no que yo hice más cursos, no que yo llevo más años que tu, entonces yo sé más, como nosotros estamos lejos de esa energía que hay tal vez eso también influye en que actuemos diferente. *¿Cuál es la relación entre los logros obtenidos y el trabajo interdisciplinario que se realiza a nivel de equipo?* Por separado yo creo que habríamos podido lograr algo porque todos somos bastante buenos en su área, pero... pero igual el complemento creo que hace harito porque lo mismo que siempre dice el David: "no yo solo aquí no hago nada", siempre dice lo mismo la señora puede matarse haciendo ejercicio pero si llega a la casa y come cosas que no debe o llega a la casa y esta con así un problema de ansiedad y se come todo, no me sirve pos, por eso yo necesito al asistente que la ayude con la ansiedad y a la nutrió que le enseñe a comer y claro es verdad porque la actividad física por si sola igual te va ayudar algo, la dieta por si sola también te va ayudar, si yo le doy orientación a la señora o al caballero para que maneje esa ansiedad claro que le va a servir la señora puede bajar dos tres kilos o un kilo al mes, a lo mejor puede regular la presión, a lo mejor puede sentirse un poco mejor pero nosotros hacemos que de esos tres kilos los baje tres, tres, tres, durante seis meses y baje en total no se peso diez kilos que es lo que necesita, pero sobre todo que la señora agarre confianza, que sepa que es capaz de hacerlo con un poquito de ayuda pero que eso también lo va a poder hacer después sola.

Tercer Momento: El Asistente Social en el EIIC

Eh... a ver los pacientes cardiovasculares uno dice pucha son hipertensos, diabéticos *¿Qué hace un asistente social metido al medio?* De hecho el Luis tuvo que estudiarse toda la cuestión de los programas cardiovasculares, del programa de la obesidad y aprendérselo y lo maneja bien eh... pero es trabajo de lo mismo, es trabajo con gente tu trabajai no con... con el típico que me sé el numero de ficha, no tu trabajai con personas que aparte de ser hipertensos tienen sus problemas por detrás pos, entonces un asistente social es súper útil en una cosa así, porque te ayuda con el tema del manejo de grupo, los mismos proyectos ósea pa mi los asistentes sociales se manejan muy bien en lo que es hacer proyectos y en esta cuestión se necesita hacer proyectos o postular a alguna cuestión eh... o presentarse a un concursos, entonces en todas esas aéreas son súper útiles, en el de repente no se pos cosas chicas, la señora tiene problemas con el marido y no sabe qué hacer o que tiene a la mamá que esta viejita no se pos cosas de ese tipo que uno claro lo puede derivar lo más bien al consultorio pero a veces no hay hora, a veces necesitamos que sea rápido, entonces Luis está ahí para todas esas cosas. Los talleres que hacen por ejemplo de la memoria, de las caídas que uno dice *¿Qué hace un asistente social en el riesgo de caídas?* Bueno pero es que es tema de la casa, de la infraestructura que ustedes igual lo manejan, entonces todas esas cosas que uno dice ahí pero que raro (silencio) de hecho el Luis fue el que empezó con este tema ósea yo llegue a acoplarme con él, cuando yo llegue la directora me dijo: "ya él está armando esto así que usted trabaje con él" y yo llegue y el Luis claro ya tenía una idea de cómo hacerlo, ya se había leído los programas y todo entonces ya entendía a que quería tirarse, yo llegue y le dije y pucha pero y si ponemos eh... siempre me acuerdo él ya tenía armado la primera sesión me acuerdo, tenía un orden como de dos tres sesiones en donde tenía la primera parte todo lo que era la etapa de cambio, ahí fue más del área de ustedes ósea ver si la señora quiere cambiar o no quiere cambiar, no está ni ahí o si estoy interesada pero no se qué hacer, entonces toda esa parte la teníamos súper claritas y después tenía como un plan de acción así como ya enfocando eso que hacemos y dije yapo y la nutrición metámosla aquí pos hacemos una clascita así de cómo que comer, entonces así le fuimos dando vuelo y ahí fuimos armando de a poquito el mono, pero en el fondo fue él quien empezó todo a armar la cuestión, armando el taller, ver el tema de los flujos, como podía ser mejor, entonces igual un asistente social es importante en este tipo de quipos. *¿Cree que haya alguna característica que distinga al trabajador social, del resto del equipo?* Eh si pos ósea la parte del manejo, el manejo de grupo por ejemplo, que tiene Luis eh... de repente eh por ponerte un ejemplo, sobre todo cuando

toca, eh... estamos en el grupo de pacientes haciendo el taller y típico que sale algún tema medio complicado así como oh... es que no se pos hace un mes falleció mi marido... y la señora dice sí si eso es tan terrible y viene otro paciente y dice oh si a mí se me murió mi señora, entonces se arma así como que todos se potencian y empiezan a llorar, entonces ahí uno dice claro o sea después con los años vas adquiriendo ese manejo pero porque tengo al Luis al lado, pero si yo sola me hubiera pasado eso eh yo creo que todavía no lo sabría manejar entonces ahí yo siempre me acuerdo en un principio eso pasaba tupido y parejo eso, entonces ahí salía el Luis y el manejaba todo el asunto y los dejaba pero correctos ni un problema y yo me echaba pa atrás o lo mismo pero al revés pos por ejemplo estábamos en una sesión y empezaban a preguntar oiga pero la sacarina, no es que yo escuche del omega tres entonces claro en un principio el Luis tampoco cachaba mucho y entonces se echaba pa atrasito (risas) entonces con todos estos años ósea el Luis no lo hace ni yo tampoco, pero cualquiera de los dos, puede ser capaz de hacer entrecomillas la pega del otro porque ya llevamos años ya hemos pasado por esas experiencias de manejar grupos, el ha aprendido muchas... cosas de nutrición escuchando todas... las veces los talleres y las preguntas, pero igual cada mantiene su... pega ósea yo se que el maneja toda esa parte él sabe que yo soy la que, ósea ahora él sabe que la palta es alta en omega tres, pero si alguien le pregunta el dice cierto Carolina!. En lo que nosotros hacemos es importante el buen manejo de grupo que tiene, la capacidad que deberíamos tenerlos todos de investigar de estudiar, cuando uno no sabe hacer algo hay que estudiar, lo mismo que te decía denante ¿Qué hace un asistente social en un taller cardiovascular? Bueno hay que estudiar pos a lo mejor no es tu área, pero en esa área que es como rara tratar de buscarle el enfoque que a ti te acomode y eso igual es bueno. Otra característica importante que tiene es la capacidad de ir perfeccionando lo que uno va haciendo, es como no solo del asistente social, pero en el ósea yo lo ví pos si algo no funciona hay que cambiarlo y hay que tener esa capacidad de cambiarlo, porque a veces uno arma algo y dice no pos si lo arme así no lo pienso cambiar si ya está perfectamente planificado, claro tu podis hacer una planificación perfecta, pero a lo mejor con la gente no te resulta, entonces tenis que tener esa capacidad de decir no pos esta malo, cambiémoslo y eso es algo que no mucha gente hace. Con las personas tiene una capacidad de indagar ósea de repente una persona puede decirte algo mmm o sea no decirte el problema que tiene, pero tú tienes como que algo te dice no a esta señora algo le pasa, capacidad de llegar a las personas peor en forma sutil ósea sutilmente le van sacando porque a veces tiene el gigante problema pero no se atreven a decirlo, también la capacidad de respetar a las personas cuando no es el momento, bueno y eh... ¿qué otra cosa? bueno ser humano ante todo, a veces quizá pucha no tiene como resolver el problema pero tratar de darle alguna solución bueno el trabajo de ustedes es así, tratar de resolverle los problemas a la gente, pero es complicado y desgastante, eso igual es complejo hay que tener paciencia, porque ustedes tienen que escuchar problemas que nada. *¿Entonces cómo describiría la relación que tiene este profesional con el resto del equipo?* Bien, buena ósea como te decía tal cual, ósea no sabis que esto no me gusto, nos hemos agarrado yo creo en estos años como dos veces, así como no... si tu sabis que... y después al rato, pucha no te quise hablar así no yo tampoco (risas) pero no es buena ósea en general en el equipo siempre se ha manejado así, siempre hemos tratado de mantenerlo así, gente nueva al equipo lo primero que le decimos aquí pan, pan, vino, vino ósea si algo no te gusta dilo. Nunca hemos tenido esa cosa de eh... no si yo me la puedo sola no y no le voy a decir nada a nadie lo voy a hacer solita por mí para yo ganarme más o menos el "yo lo hice", no somos de ese estilo. *¿Y con los pacientes, cómo es la relación?* Como que le da confianza a la gente, ósea es muy formal eso tiene él y habla muy bien y se expresa súper bien, pero a la vez el trata de ser como bien cordial con la gente ósea se maneja en el trabajo en grupo, ósea él puede estar hablando como muy serio que se yo y toda la gente está así como poniéndole atención y de repente tira la talla y todos guajá y ahí como que da el pase para que la gente se relaje un poco, las hace participar en general siempre trata de hacer talleres como de ese tipo. Nosotros en los talleres siempre hacemos al final una encuesta de cómo encontró el taller, que le pareció, que nota le pondría a la persona que realizo hizo el taller y siempre

generalmente sacamos la nota máxima, nunca nos han puesto un 1 y a lo más porque la escala va del 1 al 5, a lo más nos han puesto un 4 (risas) creo que fue una vez, pero todo en general bien y la gente queda muy contenta se llevan bien y bueno el Luis además lo que tiene es que si de repente detecta algo extraño va y lo deriva. Si hablamos del aporte que realiza este profesional... (silencio) Eh... cuando estamos o hemos tenido algún problema o algo el David siempre dice: "el Luis tiene la capacidad de mirar debajo el agua" ósea él es como el que siempre está viendo más allá (risas) más allá de lo visible, porque tiene esa capacidad no sé como de ver a las personas pero saber lo que están pensando entonces por ejemplo estas mismas aventuras que teníamos a fines de año cuando teníamos que hacer las evaluaciones el Luis siempre como que veía más allá, nosotros la primera vez no teníamos idea de porque nos estaban pidiendo eso, nosotros decíamos a quieren ver como estamos trabajando y el Luis fue el primero que dijo no chiquillos nos quieren más o menos que cortar así que hay que tener cuidado y hacerlo súper bien y nosotros decíamos en serio... (risas) entonces siempre tiene esa capacidad de decir, oye sabís que no esta cuestión va rara, que de ahí de a poquito el resto ha ido aprendiendo (risas), pero bueno eso es por el lado más personal. Por el lado profesional eh... cuando hay que hacer proyectos o tenemos que participar en algo él es como muy bueno para hacer diagramas, flujos, programar, para hacer todo lo que sea así como de proyectos es muy bueno y rápido ósea en un día te puede tener un proyecto listo, si se pone las pilas, lo puede hacer y lo hace bien pos, es bueno para organizar algo, buscar bibliografía y hacer las cosas, el hace todo eso él hace el proyecto y el bla- bla y la escritura, todo eso (silencio) bueno y como asistente social es al que siempre le tiramos los cachitos (risas). Entonces cuando hablamos de la valoración, que le otorga este equipo al profesional... Eh... con cualquiera que se vaya en este momento que somos cuatro ósea el kine, el profe, el asistente y yo la nutri eh no funciona la cuestión pos, es como que te falta un pie porque como que cada cual ya a estas alturas ya tiene definida su labor en el equipo, pucha sin el Luis, nos dicen hagan un proyecto, nos demoramos un mes en hacer el proyecto pos, ósea nos costaría hartó más yo creo eh... enfocarnos de repente pa hacer algo porque él generalmente es el que dice eh no, nos estamos desviando del tema, nos fuimos pal otro lado, acuérdense que el objetivo es ese. Se aprende hartó de ellos (asistentes sociales), yo creo que nunca le he dicho al Luis, pero la primera vez que me dijeron vas a trabajar con un asistente social, yo lo primero que pensé, es que mi profe fue asistente social mi profesor de proyectos y era un gallo que te hacía los objetivos como en tres segundos y tu súper perdida, así que dije u... mi profesor de nuevo (risas), pero no súper bien. *Finalmente ¿Qué falta por hacer?* Uy... hartó, hartó pos ósea como somos podemos estar todo el año inventando algo nuevo, a corto plazo eh... ósea lo que falta y hace eh un par de años que yo creo estamos batallando por eso, es incorporar un poco más al consultorio al equipo ósea eso que te decía que en el consultorio no nos vean así como una cuestión externa, a parte del espacio que eso también se está peleando, ehm un tema de incorporar más a la gente del consultorio al trabajo del equipo, sabes que por ejemplo haya otro asistente social de otro sector que participe en el equipo, que hayan otro nutris que hagan un taller aparte y que vayan como impregnándose de estilo que tenemos nosotros de trabajar, eso me gustaría que ojala se pudiera hacer po y ojala luego y hacerlo parte de los sectores porque en el consultorio se trabaja por sectores y son como... cuatro sectores que hay y nosotros, tratar de que no pos que seamos parte de cada sector y que cada sector aporte su granito y eso se ha tratado de hacer de hace tiempo pos pero no se ha podido como que no se si no hay interés o nadie se atreve, generalmente tu decis en el consultorio ya hay que hacer un taller! y que lo que hacen, un data una presentación bla – bla y listo, no pos nosotros no hacemos data, usamos lápiz y papelógrafo, de hecho en un taller tratamos de que los que más hablen sean los usuarios no nosotros, ellos hacen los talleres. Bueno creo que la parte física, eso es un gran... problema que siempre hemos tenido y eso es algo que igual año a año nos complica ósea termina enero y llega febrero porque para nosotros enero es fin de año y llega el dolor de guata de nuevo de que vamos a hacer en marzo, si nos van a prestar la parroquia de nuevo y eh... la otra parroquia que teníamos de hecho ahora en septiembre si no me equivoco, al curita de la

parroquia donde hacíamos la mayor cantidad de horas lo cambiaron se fue a la vicaría de la juventud y dolor de guata de nuevo ¿y si no nos quiere que vamos a hacer? ¿Dónde nos vamos a ir? y eso de hecho es un gran problema, antes estábamos en el hospital el peral teníamos gigante salón estábamos pero espectacular ahí, teníamos las bicicletas los salones todo bueno, y se cayó para el terremoto y ahí o... donde nos vamos, entonces igual eso es una gran complicación que tenemos. Bueno ahora se dice... que en el consultorio se va a hacer una salita pa que hagan ejercicio, ojala funcione yo creo que entonces a lo mejor eso va a servir va a ser un cambio grande. Lo importante es la gente, que a la gente le guste, le sirva y que le sea útil, eso es.

Entrevista Trabajador Social:

Primer Momento: Sobre su participación en el EIIC

En el equipo estoy desde que se formo eso ya en el año 2005, el 2005 partimos eh... el 2007 nos consolidamos como equipo, si 2007. Bueno esto partió como una intervención cualitativa o sea se nos pedía que hiciéramos estos talleres educativos a la población cardiovascular, que en esos años todavía se presentaba como programa: el programa de salud cardiovascular de cada centro de salud, como este centro cambio de centro de salud a centro de salud familiar se nos dijo que el programa se acababa y la carga de atención para las poblaciones usuarias en el ámbito de la población cardiovascular se distribuía en cada uno de los sectores, ahora parte esto antes cuando aun éramos centro de salud y había que echar a andar "la prestación cualitativa", yo estaba a cargo de un equipo encargado del programa cardiovascular, a ese equipo entre yo para armar talleres socioeducativos *¿quiénes conformaban ese equipo?* Se conformo por dos asistentes sociales, una nutricionista y el profesor de educación física, yo como asistente social, una asistente social que estaba invitada, cuando ya esto se consolida ya no está la colega invitada, estoy yo, la nutricionista, el profesor de educación física, se suma un paramédico y un kinesiólogo para poder eh... diferenciar la atención entre adultos mayores y adultos *¿en qué?* en el ámbito de la actividad física saludable, que se propone como medida terapéutica, junto con el acompañamiento del tema farmacológico que ellos reciben, reciben la educación, en ámbito nutricional, psicosocial y eh... métrico y reciben también esta oferta de actividad física guiada mmm por ejemplo. *¿Cómo nace este interés por trabajar en salud?* Bueno yo me forme eh... yo me forme hace ya varios años, en el año 91 como trabajador social mi formación estuvo esencialmente asociada a la educación popular y a temáticas de salud mental, por lo tanto siempre he estado cercano a los desafíos de la salud pública, por lo tanto mi búsqueda tiene que ver primero con ser un aporte real como agente de cambio, que tal vez es el mayor norte que como trabajadores sociales tenemos y dicho aporte, dicho cambio, dicha propuesta de trabajo, yo la entiendo desde el servicio público esencialmente por un tema valórico, por un tema de opción personal. En este último periodo en el área de salud llevo ocho años trabajando en este centro de salud, sumo a ello tres años antes en otro consultorio mas las intervenciones en salud mental que he tenido en otro tipo de trabajo asociado más bien al área de psicología, salud mental *¿Podría describirme los hechos más significativos que tienen lugar en este programa?* Nosotros partimos, entonces como te contaba como parte del programa, el programa de salud cardiovascular se separa y somos destinados cada uno de los profesionales a un sector en específico y se nos propone elaborar un proyecto de salud integral en el ámbito cardiovascular y es así como nosotros concursamos con este proyecto, este proyecto tiene...el beneficio de financiamiento por parte del ministerio y se nos compra maquinaria para poder echar a andar un propuesta integral de intervención a nivel de salud cardiovascular o sea incluía esas tres líneas : lo educativo, lo kinésico, la actividad física y lo nutricional. En lo educativo se separa lo educativo de lo nutricional, lo nutricional toma un cadis distinto en el termino de que empieza a hacer seguimiento a los pacientes y en la parte de salud mental nosotros nos encargamos de trastornos de salud mental asociados a los cuadros de salud cardiovascular junto con actividades de soporte para que eh... los beneficiarios en cierta forma vayan recibiendo más beneficios : incorporación a actividades individuales cuando se requería en el ámbito de salud

mental, talleres educativos para poder promover su cambio de hábitos y entre otras actividades que se han ofertado. Es con ese proyecto que... de una u otra forma, digamos se consolida este programa, este proyecto se financio el año 2007 y estuvimos con ese proyecto con un gimnasio abierto a la comunidad usuaria, usuaria de la población cardiovascular 2008, 2009 y el 2010 se nos cae porque funcionábamos teníamos este gimnasio abierto en dependencias del Hospital El Peral y el 2010 esto eh... con el terremoto se fractura la estructura, digamos se quiebra producto del terremoto y ahí tuvimos que desarmar el gimnasio y volver de una u otra forma al origen, nosotros partimos haciendo actividades en sedes vecinales, plazas locales y en parroquias eh... así que volvimos al origen, digamos más bien comunitarios no una unidad cerrada de intervención sino más bien volvimos (silencio) podríamos decir que esa es como la línea de la historia.

Segundo Momento: Del Trabajo Interdisciplinario

La diferencia entre un equipo y un grupo de personas que trabaja junta en una unidad eh... tiene que ver de una u otra forma con algo que de una u otra forma con algo que no es material, con algo que tiene que ver esencialmente con el sentimiento de pertenencia, también no siendo necesario pero también muy nutritivo que hayan vínculos amistosos con los miembros del equipo, el manejar un ducto de comunicación fluida y abierta que permita manejar las tensiones que en todo equipo se producen y por sobre todo, diría yo, también respetar la condición de humanidad que todos nosotros tenemos ¿no es cierto? El ver al otro no solo como un compañero de trabajo, verlo como alguien que comparte nuestro ser y con los cuales en el fondo estamos totalmente vinculados. Esa también es una tarea del asistente, promover ambientes laborales saludables, promover el desarrollo de dinámicas que permitan mejorar la convivencia entre equipos, manejar de una u otra forma a nivel del liderazgo como asistente social, eh... los canales de comunicación del equipo, por lo tanto, yo creo que la característica de nuestro equipo es justamente esa, que es un equipo y un equipo que viene formado además como hijos del rigor pos, porque todo esto partió eh como proyectos, no era porque estaba establecido, por lo tanto todos los años nosotros teníamos que evidenciar los logros que como equipo íbamos obteniendo, eso nos motivo así es como llegamos hasta... hemos estado seleccionados en los dos encuentros, no es cierto del... del Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente, han hecho dos encuentros del 2007 y 2009 para poder presentar prácticas innovadoras, en ambos hemos sido seleccionados para exponer nuestro trabajo frente al Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente completo, es decir con todos los consultorios, con todas las comunas eh... hemos sido dos veces seleccionados en el concurso Buenas Prácticas a nivel comunal, el primer año de selección nos ganamos el primer lugar, el segundo año el segundo lugar no es cierto, nos hemos ganado otros proyectos MINSAL para poder obtener maquinarias en su minuto, fuimos seleccionados también en el concurso innovación y prácticas cardiovascular o sea este trabajo en equipo presenta logros y es que cuando un equipo realmente lo es y trabaja de manera mancomunada con objetivo común, normalmente se obtienen mejores logros y además es un logro compartido no es de uno. *¿Y cómo se ha llevado a cabo este trabajo interdisciplinario que se realiza a nivel de equipo?* Bueno eh... las relaciones han primado esencialmente en términos de que hemos trabajado en equipo, no somos solo un grupo de personas que trabaja en un tema; sino que nos hemos preocupado de ver y realizar actividades como equipo, de formarnos como equipo, de dejar espacios de reflexión que nos permitan ir mejorando el hacer, de desafiarnos a inventar nuevas formas de intervención, de desafiarnos a construir más dialogo eh... yo creo que nosotros hemos logrado ser equipo. *¿Qué aprendizajes ha obtenido a raíz del trabajo en este equipo interdisciplinario?* He aprendido rigurosidad por parte de algunos miembros del equipo, he aprendido compañerismo con otros, eh... he aprendido un sin número de temas asociados a la virtud de la actividad física, a... cómo explicar no es cierto los temas nutricionales, mi vida digamos con el equipo ha sido de formación, sin duda creo yo he participado también en el crecimiento de mis compañeros del equipo, pero me estas preguntando a mí no es cierto, que yo he obtenido, yo creo que obtenido

grandes cosas te vuelvo a decir no es cierto eh rigurosidad, compañerismo, eficacia y un plus de conocimientos que ahora me permite pararme en la temática cardiovascular como un profesional integral, para mí es muy fácil ahora poder hacer charlas educativas por ejemplo en temas nutricionales como poder navegar en la pirámide de alimentos por ejemplo, como la gente tiene que poder tomar decisiones en el desarrollo de actividades físicas, como articular la actividad física por ejemplo en el tratamiento de algunas dolencias ejemplo de ello por ejemplo la salud mental los cuadros depresivos se ven altamente no es cierto, mejorados cuando podemos incorporar en ellos dispositivos de actividad física, como mirar la funcionalidad del adulto mayor desde otro lugar, en este imaginario que tenemos del adulto mayor carenciado no es cierto, inválido y nosotros acá creemos que esto no tiene ninguna relación con la realidad nuestro adultos mayores son tipos que son funcionales, son auto organizados, que hoy tiene su propio grupo de autoayuda con personalidad jurídica, que se han ganado su proyectos o sea de otra forma hemos aprendido a mirar la realidad que nosotros tenemos desde otro lugar.

¿Qué factores favorecen o desfavorecen su desempeño en el equipo? Yo creo que un factor que favorece mucho a este equipo es su empuje, somos tipos hacedores y en un factor que limitan yo diría que es el contexto institucional, todavía hoy es muy difícil ir contra la omnipotencia del modelo biomédico, entonces a veces pareciera que es más útil un asistente social en box atendiendo subsidios, que un asistente en la comunidad promoviendo mejorar la salud. Eh... yo creo que se valora el equipo, pero creo que institucionalmente y por eso hablo más allá del propio centro, yo creo que en una mirada general de los dispositivos de atención de salud siguen hoy estando capturados por el modelo biomédico, entonces tarde o temprano optan por recursos humanos asociados a esto, optan por privilegiar otras cosas por ejemplo horas protegidas para otras cosas y no para este tipo de intervenciones educativas y aquí opera la lógica de la bolsita de té no es cierto en términos de que pareciera ser que para el sistema en este caso lo que más impera es que se sirvan muchas tacitas de té a pesar de que algunas terminen tomándose un agua con tintura no mas en vez de promover que se sirvan dos o tres tacitas pero con sabor. Somos valorados como equipo, pero creo que aun falta que se entienda que las intervenciones preventivos promocionales en el ámbito de salud cardiovascular pasan por insertar profesionales del ámbito de la psicología, del ámbito del asistente social. Todavía hoy por hoy se sigue mirando esto en forma aguda, una charla no más, un poquito de todo en vez, no un proceso de acompañamiento de las familias que requiere más que un folleto, mucha gente requiere motivación hay que estimularlos, acompañarlos, yo creo que eso todavía no se ve bien todavía falta para que se vea forjado. Esto genera problemas de agenda yo creo que el gran problema pasa cuando uno tiene que enfrentarse por ejemplo a planos decisionales, o sea si se decide intervenir a una familia la vamos a intervenir solo desde la construcción biomédica de la enfermedad o vamos a mirar desde nuestro ser como trabajadores sociales las aéreas de competencias en las familias desde las cuales podemos construir, si nos paramos desde la enfermedad lo que vemos es que está enfermo, si nos paramos desde la perspectiva psicosocial lo que vemos es que hay una parte que está enferma pero probablemente hay muchas otras partes que son aéreas sanas desde las que podemos trabajar y desde ahí articular recursos personales para poder solucionar todas estas carencias pero eso es más largo que la atención de un médico, un médico ve 15 minutos a una persona, un asistente social ve 30 minutos. Falta todavía esa percepción o esa perspectiva de que el formato de atención de un asistente social es totalmente distinto a lo que se ocupa, de otra forma nos transformamos en recursos más caros.

Tercer Momento: El Asistente Social en el EIIC

Dentro de las competencias profesionales propias de su disciplina ¿Cuáles son las que ha utilizado para trabajar en el área de salud? Eh... una de las primeras competencias que tiene que tener un trabajador social que trabaja en el ámbito de salud, es el manejo de trabajo en equipo, porque el trabajador social no debe situarse no es cierto como un movilizador de recursos públicos asociados al asistencialismo, el mayor recurso en realidad es la propia gente por lo tanto una de las primeras competencias que debe tener un trabajador social es: la capacidad de trabajo en equipo, capacidad de liderazgo en el desarrollo de proyectos no es cierto, movilización de los recurso humanos, entusiasmar a los equipos de trabajo con respecto a los modelos de atención, eso hoy es fundamental porque toda la salud pública sobre todo en dolencias crónicas como son las enfermedades cardiovasculares apuntan a fenómenos más bien agudos cuando lo crónico difiere totalmente de las características de las enfermedades agudas , el acompañamiento en los procesos de cambio el generar procesos de empoderamiento comunitario no es cierto para poder ayudar en conjunto los condicionantes sociales que están digamos relacionados con las dolencias cardiovasculares, requiere que el trabajador social tenga esa capacidad de gestión. Otra capacidad o competencia importante creo yo que es el manejo de metodologías participativas de educación popular hoy por hoy no es tan difícil hablar de educación popular así que se podría decir inclusive que es importante que tenga formación en el desarrollo de... educación popular eh... así como de metodologías participativas de procesos de trabajo digamos por la comunidad eh... se requiere de gran profesionalismo y diría que hay un tema súper importante para los trabajadores sociales: la concreción y los registros; porque pareciese ser que en el sistema público una de las grandes falencias que tienen los colegas es que hacen mucho pero registran y muestran poco, entonces pareciese ser que el trabajador social en el área de salud pública se invisibiliza. Todos saben que hay un proyecto activo, pero nadie sabe quien lo hizo ¿ya? Tal vez ahí hay un tema importante que tiene que ver con saber si pudiéramos usar el concepto, no sé si comercializar o saber mostrar los avances que las intervenciones psicosociales producen en la población, hoy que un sistema de validación de actuar de los profesionales en salud pública se ocupa como modelo de evidencia, de hecho nosotros estaríamos dejando evidencia de hecho que nosotros estaríamos dejando evidencia de nuestro actuar sería fundamental, ahí surge una competencia y esa competencia es poder ser claro en los registro, concreto en el desarrollo de aquello y por supuesto que esos registros puedan promover el desarrollo de nuevas experiencias. ¿Qué aporta como Trabajador Social al EIIC y sus beneficiarios? Eh... desarrollo de proyectos, eh contención emocional y social de las familias con problemas eh... y por sobre todo he agregado creo yo, una perspectiva humana a la atención del dispositivo o de los medios con los que trabajamos, tal vez una de las grandes temas que he entregado es que hoy por hoy mi equipo no mira a los usuarios como pacientes, porque justamente queremos lograr que no lo sean, paciente es el que espera pacientemente espera que alguien lo atienda y le dé una solución, bueno nosotros estamos trabajando para que las personas sean personas activas por su salud, indudablemente receptoras de los beneficios y de la cartera de prestaciones que el servicio público les entrega en el área de la salud, pero por sobretodo hacedora de un futuro que depende de ellos también, ahora junto con esto también permitir que de una u otra forma el equipo mire esto desde otros planos más integrales, por ejemplo la incorporación de la observación en torno a factores de riesgo psicosocial, condicionantes sociales asociados a los cuadros no es cierto, y a las diferencias o a las contradicciones que la sociedad tiene respecto a los usos adecuados de recursos, así que yo creo que se ha entregado harto por parte del trabajo social al equipo. Eh... yo creo que hay conocimientos que deben manejarse que son distintos ah..., en el mismo marco de competencias de lo que hablábamos hace un rato, hay temáticas que se deben manejar si o si, que van desde la recepción de un usuario hasta cómo vamos promoviendo en él la adquisición de herramientas que le permitan transformarse en este sujeto activo que buscamos, empoderado relacionado con su comunidad, que use sus recursos personales y comunitarios eh... (silencio) así que yo siento que en el ámbito

de la salud cardiovascular las competencias son las mismas, tenemos que agregar si conocimientos específicos del ámbito de salud cardiovascular, que son múltiples, las dolencias cardiovasculares son multifactoriales entonces requerimos saber algo por ejemplo a nivel de los organismos, así que tenemos que conocer anatomías, conocer cómo afectan por ejemplo los cuadros al estado físico de las personas peor también al estado mental, las diabetes por ejemplo presentan oscilaciones a nivel de irritabilidad de las personas que muchas veces afectan y hacen que estallen, eh... esto se da en el contexto familia, así que hay muchas veces condiciones familiares que son nefastas en el proceso de curación de las personas y para eso hay que tener conocimiento. El trato claramente debe ser un trato orientado a las dolencias crónicas que difiere por completo de una dolencia aguda, entendemos por dolencia aguda aquellas enfermedades que tienen un tiempo determinado versus las enfermedades crónicas no transmisibles que son enfermedades que una vez decretadas diagnosticadas en una persona las van a acompañar durante toda su existencia, tan solo eso cambia el formato de atención, porque la tarea no es inducir, sino que es acompañar en un proceso de reflexión para que la persona sea hacedora de su dolencia, claro está con la compañía, con el sostén, con la motivación, con la facilitación que como agente social podemos hacer. Ahí es donde es súper importante lo que puede hacer el asistente social incorporado a lo cardiovascular con el equipo, que los nutricionistas por ejemplo puedan trabajar en procesos de educación y no los reten por ejemplo porque están subidos de peso. Yo creo que la recepción de los usuarios ha sido bastante buena a pesar de que yo siento, que siempre un poco la labor de los asistentes sociales o trabajadores sociales cierto, se invisibiliza un poco ante los usuarios; eh... mucho usuario nos refiere como el doctor, el nutricionista como cualquier cosa, menos como asistente social más cuando uno empieza a dominar en términos de competencia por ejemplo otros contenidos, eh... pero yo creo que el usuario sintoniza mucho con la labor del asistente social cuando este es muy claro y además muy sintónico, así que yo creo que la recepción de los usuarios es positiva, si positiva, eh... no sé si todos podrán relacionar al asistente social igual al profesional que lo está atendiendo (risas). *¿Cree que existe valoración por parte del equipo interdisciplinario respecto a su actuar profesional?* Bueno ningún profesional es imprescindible, eso súper claro, eh.... pero yo creo que honestamente siento que el trabajo que yo he podido realizar como asistente social valida y genera una gran valoración por parte del equipo, eh... no son pocas las situaciones en que el trabajador social tiene que intervenir en crisis, por ejemplo, o hacer tramitaciones específicas que puedan ayudar a la mejoría de una familia no es cierto o de algo más fácil inclusive, de cómo otros profesionales no formados en el ámbito de lo psicosocial, no formados en el ámbito de la salud mental, puedan contener por ejemplo alguna problemática asociada a alguna descompensación... saber cómo pararse a entender y escuchar la problemática social que puede emerger en un momento dado, yo creo que como profesional, como asistente social soy altamente valorado por mi equipo. *¿Cómo se expresa esta valoración?* Esto se demuestra a través de reconocimiento concreto, solicitudes concretas como por ejemplo de que cuando hemos sido premiados el equipo me pide a mí que los represente, que sea yo el que va y por ejemplo que he tenido que hacer las charlas en todas las exposiciones y bueno nosotros somos formados para eso, para poder expresarnos, para poder mostrarnos y bueno en el vínculo afectuoso son muchas las expresiones de afecto, de cariño, de compromiso, siento que muchas veces la voz del asistente social en este tipo de equipos es requerida, no solo valorada también es requerida, te piden orientación de cómo hacerlo *¿Cómo hago con tal familia? ¿Cómo hago con tal persona? ¿Cómo hago con tal desborde en un tema de salud cardiovascular?* Ahora aquí hay un tema súper importante que para tener autoridad hay que ser autor y yo he sido autor aquí porque estoy de sus orígenes, así que tengo autoridad para poder hablar y tal vez ese es uno de los grandes desafíos del trabajador social en equipos en la salud pública, ser autor, construir ser autor de proyectos, de innovaciones, de propuestas. Ha sido una buena evaluación del equipo, los talleres que realizamos nosotros tienen una gran adherencia eh... sobre el setenta y cinco por ciento de adherencia, eh... yo diría que la evaluación en ese sentido es totalmente favorable. *Y con los pacientes, ¿Cómo es la*

intervención que realiza el Trabajador Social? Bueno ellos ingresan no es cierto y luego están en actividad física, nutrición y las intervenciones a través de charlas programadas y procesos de educación tanto en talleres de prevención de caídas, en el desarrollo de programas de estimulación de memoria eh... y... otros. Entonces la presencia de un asistente social en el servicio posterior al usuario es alta, la labor que nosotros consignamos para el asistente social en un comienzo es esencialmente de sensibilización frente a cambios de hábitos, por lo tanto ahí trabajar con los modelos de cambios de hábitos Prochaska, el modelo precede y procede y otros que es súper importante que el trabajador social lo ocupe; porque el trabajador social es una cara visible, así que he sido bien aceptado, bien evaluado por los usuarios ahora eso es importante pero también es muy desafiante en términos profesionales el generar en los usuarios no solo una "buena onda", sino procesos educativos de observación que permitan reflexionar y que les permita hacer en cambios en cuanto a su propia realidad. Los pacientes salen del programa pero no son dados de alta porque una enfermedad crónica no es dado de alta, salen del programa pero se insertan en la red de monitores que hemos ido construyendo entonces continua, ahora se trabaja seis meses, porque en seis meses se espera que pueda haber modificaciones en la estructura de hábitos ahora lo que buscamos además de la formación es entregarle herramientas para que ellos puedan hacer esto en el living de su casa, entonces lo que esperamos es que el usuario o el paciente salga empoderado con una motivación para que pueda cambiar. Posteriormente en el acompañamiento posterior el asistente social solo oferta servicios de charlas o actividades educativas que se les va dando a los grupos de autoayuda, charlas, talleres, articulaciones de beneficios. Tal vez debería haber más, tal vez debería haber una continuidad en un acompañamiento mayor esencialmente orientado al manejo de patologías asociadas: estrés, ansiedad, conflictos familiares; pero el tema es que ahí entras en competencias con otros proyectos también, si no es el único programa, entonces ahí hay que tener capacidad de derivación porque el usuario no es tu usuario entonces también hay que tener la competencia de derivación. *¿Siente que los usuarios valoran su intervención profesional?* Los usuarios muchas veces de una u otra forma identifican a la persona ven a la persona, y se olvidan un poco de lo que es la persona... muchos usuarios saben que ven a Luis San Martín pero muchas otras no saben que Luis San Martín es asistente social pos (risas) porque uno también no se anda presentando como profesional uno se presenta como un agente uno se presenta como un motivador. *¿Qué podría hacer para generar una mayor contribución al trabajo que realizan quienes conforman el EIIC?* El asistente social puede profundizar en la línea educativa o sea ir de una u otra forma ir nutriendo lo que al comienzo se entrego, por eso te hablo yo del acompañamiento porque cuando estamos en lo agudo pensamos en el alta, claro porque si a una persona le da una bronquitis va a pasar un conjunto de días, va a recibir su fármaco-terapia, va a recibir el acompañamiento en otra ámbito y sale porque se pasa pos, pero la diabetes, la dislipidemia, la hipertensión no pasa, entonces este paciente no es dado de alta, sale de esta prestación pero continua recibiendo las demás prestaciones por lo tanto ahí es donde está este papel de la compañía. *Finalmente ¿Qué metas se plantea respecto a su participación en el EIIC y que metas considera debe plantearse el equipo a futuro?* Yo creo que es tiempo de empezar a sistematizar eh... la experiencia no tan solo en términos de informes técnicos, sino que también a través de procesos de investigación en la línea de la sistematización eh... investigaciones, textos, artículos y registros que podrían constituirse como una base para el desarrollo de futuras intervenciones, de futuras innovaciones ah... Y no hay mucho con respecto a esto en el ámbito del trabajo social de hecho hay una colega en el ministerio Judith Salinas que es una de la pocas que han trabajado en la temática, faltan más artículos en la red Scielo no es cierto, de trabajadores sociales que estén haciendo intervenciones innovadoras, yo creo que en eso estamos ahora deberíamos estar quien habla no es cierto, deberíamos estar pensando en dar ese salto y empezar a publicar, ahora eso está muy de la mano con el punto anterior *¿Cómo se hace eso cuando estas totalmente copado a nivel tiempo?* Porque hoy por hoy claro los talleres se hacen pero como estamos insertos en los sectores el resto del tiempo lo dedicamos a la atención en box pos y eso ya es total pos

porque es un paciente pro 30 minutos. Entonces quizás debería haber un tiempo protegido no para atención sino que para creación que pueda constituirse porque no decirlo como una fuente de innovación futura. Yo espero adherencia, ahora la adherencia tiene muchos factores eh... yo creo que se espera en términos de cambio que la gente pase de ser sujetos reactivos a sus dolencias y a los problemas que les afectan a que reaccionen frente a ellos y que pasen a ser reflexivos o sea que piensen acerca de los que les sucede, yo creo que ese es un desafío y que ahí nosotros como trabajadores sociales tenemos que hacer. Y a nivel de equipo falta sistematizar la experiencia y seguir innovando. Yo creo que hay que reeditar, uno tiende a profesionalizarse mucho y esto surge como una reflexión de equipo, eh cuando nosotros logramos abrir un gimnasio después nos hicimos usuarios de este gimnasio, cuando este taller partió en plazas el primer gimnasio que le enseñábamos a ocupar a una persona era un palo de escoba con una huincha elástica, una pelota de goma y dos botellas de bebida con arena (silencio) eso es cotidiano todos pueden acceder a aquello, por eso todos los folletos inductivos y educativos que hemos realizado apuntaban a eso, pero claro cuando uno se profesionaliza no es cierto después empieza a pedir más, entonces en algún momento nos vemos complicado porque no tenemos la maquina tanto, no es cierto, claro mejora el plus de la atención pero no es el centro de la atención, no es la maquina la que va a cambiar el estado de salud de la persona, es la persona. Entonces ahí uno tiende a desperfilarse y claro requiere más pos y empieza a pedir más pos mmm cuando tal vez aquí esto debería ser más (silencio) más popular, no se requiere todo eso, ciertamente ayuda un data pero con un papelógrafo y un plumón también se puede hacer, la gracia es que con ese papelógrafo y ese plumón tu lo puedes hacer en una plaza, en una sede, en un hospital o en un consultorio, sin con ello, quiero ser muy claro, sin con ello prejuiciar o desvincular el avance tecnológico, todo el uso tecnológico pero al servicio de la gente, pero no la gente al servicio tecnológico. Nos falta como equipo mayor cantidad de horas protegidas para poder avanzar a un estadio mayor digamos, ya de una u otra forma hemos tocado techo con el dispositivo como esta probablemente hoy el desafío debería ser ampliamos a otras aéreas, por ejemplo eh... las brechas de inequidad que existen en atención a pacientes con condiciones no es cierto con condicionantes de salud como por ejemplo baja escolaridad sumado a edad (silencio) hoy por hoy los hombres de 35 a 50 años portadores de una enfermedad cardiovascular no reciben casi la prestación porque están trabajando, entonces tal vez deberíamos contar con una posibilidad en términos de recursos financieros que permitieran tener otras horas de atención por ejemplo los sábados en la tarde, por ejemplo en las noches.

5. Transcripción Focus Group

F1:

Claves de la transcripción

///: Apertura y cambio de diálogo de los pacientes

]]: Pregunta del Locutor

Apertura: Los invito a que se presenten y nos cuenten si ¿Ustedes recuerdan la primera vez que participaron en actividades del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?

/// Bueno hola buenos días yo me llamo Ana ingrese al programa el año 2010 llevo más o menos un año con problemas cardiovasculares, tengo hipertensión, tengo artrosis, tengo varios problemas de salud y... aparte de eso obesidad demasiada obesa entonces ese peso me ha hecho tener todos los problemas que tengo y además que la edad, con la edad uno adquiere ciertas enfermedades que de repente aparecen y de repente no pasa nada pos /// yo me llamo Ana estoy aquí hace más o menos dos meses poquito más no me acuerdo bien de la

fecha, me ha ido súper bien porque yo soy diabética y mihastemica, la mihastemia es un cansancio a los músculos o sea estoy como contradiciendo lo que estoy haciendo, pero igual me ha ido bien eh... /// yo me llamo Nancy eh... llevo como alrededor de siete meses acá y en estos siete meses soy diabética /// me llamo Doris y nosotros llevamos como un año y tres meses, yo ingrese porque soy hipertensa y aparte que tengo hipertiroidismo entonces ya el tratamiento está listo peor igual las hormonas me suben y me bajan eh... la tiroides, la hormona de la tiroides /// yo estoy resfriada (risas) yo me Yaneth y tengo hipertensión, pero yo me siento bien, hace poquito igual me encontraron hipertensión /// me llamo Yolanda y entre al programa por segunda vez este año, porque estuve el año 2009 unos meses cuando funcionaba en el sanatorio el peral y yo alcance a estar como tres a cuatro meses ahí y... con buenos resultados, en ese momento estaba con varios problemas ehm... básicamente si los resumimos ataques de la vejez, eh... obesidad, depresión y el problema del azúcar muy grande el azúcar o intolerancia a la... todo ese cuento de la... porque no es básicamente... como decir diabetes grave de insulina no, entonces ehm... he bajado de peso, me he controlado mejor el asunto del azúcar en la sangre y básicamente ehm... mis objetivos van por el lado de la depresión y eso me ha ayudado mucho he estado bastante mejor /// mi nombre es María a mí me mandaron por colesterol alto y crisis de pánico, por el... el año pasado en marzo por el terremoto, yo no salía a la calle, yo vivía muy mal porque sentía un ruido y saltaba... me dio crisis de pánico y... fui al médico y él me mando para acá y ahí me dijeron si quería hacer actividad física (silencio) por la enfermedad que me mandaron.. claro estaba pesando yo... casi 92 kilos estaba a punto de pasar a mórbida eh... seguido casi llevo un año, un año dos meses o tres meses /// si... cuando no puedo venir me siento pésimo /// bueno yo soy Rut (silencio) no tengo mucho avance porque vine por el colesterol y me descubrieron que tengo... bueno me descubrí... porque todavía no me hacen exámenes, el sistema público (silencio) pésimo todavía no me dan solución de nada no me dicen si soy asmática o no soy asmática, porque con el esfuerzo se descubrió eso, con la actividad física]] ¿hace cuanto tiempo está participando acá? /// Desde agosto... de un año, por colesterol, entonces no puedo hacer actividad física y por lo tanto no puedo ver los resultados]]¿De qué les ha servido el participar en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// he tenido bastante buena experiencia con esto del ejercicio(silencio) yo trabaje toda mi vida y llegaba a la casa no más y me encerraba pos, para mí ha sido bastante bueno /// yo digo que me ha ido bien porque de hecho cuando yo llegaba acá el profesor me tomaba la glicemia y era arriba de 200 eh..., de hecho tenía muchos más kilos también y hace como dos semanas atrás terminaba con 100, 90 ósea llegaba con 110-100 aquí ósea para mí era súper bueno porque tenía el azúcar muy alta y tenía una hiperglucemia claro al final cuando, igual yo estoy súper agradecida de eso, me siento mucho más liviana, me siento bien conmigo misma el azúcar no sube arriba de 150 y... la mihastemia que es la otra enfermedad que yo tengo eh... tampoco se me iba agudizando, ¿porque? Porque el hecho de estar haciendo una actividad uno ya se siente... o sea al verse mejor, se siente bien y lamentablemente las dos enfermedades prácticamente están aquí (señala su cabeza) y eso me ha hecho súper bien, por lo menos a mí /// en estos siete meses como que he mantenido baja mi glicemia, porque de repente estaba arriba de los ciento y tanto y ahora la mantengo entre los 130- 128, que es mucho cambio eh... pesaba 84 kilos más o menos y he bajado un poquito (risas) y... eso lo encuentro bueno si y me siento más ágil y todo... ya no me canso tanto como antes (risas) /// pero con esto de los ejercicios me he sentido bien, eh... ya no me canso porque yo llegaba a la casa hacia el aseo y me cansaba y después me acostaba un ratito y volvía a hacer el aseo y esto del ejercicio me ha hecho bien, súper bien /// lo que sí me ha ayudado harto, porque yo tenía jaquecas y presión alta y ya llevo un año y ya la jaqueca desapareció no la he tenido, así que no pos con la jaqueca estoy súper bien, con la hipertensión nunca me he sentido mal en todo caso... pero me ha ayudado bastante si /// es sintomática, yo también soy así /// como que ahora estoy mejor, por lo tanto... he asimilado mejor el programa completo, la parte de charlas ponte tú, la parte de cómo comer...no te voy a decir que vivo a dieta porque no es así ni que he reducido las calorías a la mitad, porque no tampoco es así, pero es

evidente que estoy mejor y... sigo haciendo los ejercicios en un 90% porque lo que no puedo hacer no lo hago... pero de que es beneficioso, lo es y de que es recomendable lo es y de que deberían haber más programas así, sería lo ideal porque uno que es lo que pasa, yo estoy en la casa y estoy sola, yo por lo menos ya soy mayor y estoy en la casa sola y la actividad física es recomendable en grupo, así que es motivante /// yo he bajado casi 16 kilos sin de decir oh... la niña que no come nada, pero no ósea yo igual como, también me desordeno, ya, porque si yo hubiese seguido así... la dieta estaría la miss Chile (risas) pero no es bueno y sabe porque uno tiene eh... yo espero el... cuando no hay actividad física me deprime, me deprime mucho porque a mí me encanta venir /// si es como una distracción.][De acuerdo a su participación ¿qué es lo más importante que les entrega el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? ¿Qué tipo de ayuda o apoyo les entrega el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// Yo creo que es básico el manejo de la alimentación y el consumo de líquido, yo por lo menos descubrí los beneficios del agua, no de la bebida, no del vino, no del pisco sour, del agua, entonces... tomo mucha agua y...y se lo contagie a mi marido, mi marido ahora se siente mucho mejor, más animoso y todo porque... consume más agua /// uno aprende a comer suponte tu, sándwich, azúcar y esas cosas yo uso más el endulzante, lo que es la papita frita, que esto rico, que esto acá yo lo hacía siempre, ahora a lo mucho una vez al mes un poquito de papitas fritas al almuerzo y para de contar eh... uno aprende a comer más ensaladas, porque yo antes no comía muchas ensaladas, yo pa mi era un plato de arroz con carne y... el vaso de bebida, ahora s la mitad de una taza de arroz ,un trozo de carne más la ensalada, son cosas que uno va aprendiendo a comer /// uno va aprendiendo a mezclar y cocinar con mas verduras /// más que nada es la alimentación, nosotros aprendimos mucho con la charla de la nutricionista y después en la práctica, porque uno se va dando cuenta de que el cambio... el cambio en la alimentación que tiene uno es beneficioso en uno, que... el consumo de agua que uno generalmente la bebida, el jugo, al almuerzo a la comida, el azúcar en el té ,también eso se va dejando ósea aprende a comer mejor, más sano y el ejercicio por supuesto que uno lo echa de menos, se echa de menos el ejercicio /// yo creo que para todos ha sido beneficioso el tema de la comida /// la nutrióloga nos ha enseñado a nosotros a cocinar... uno aprende a cocinar y aprende a que los niños se alimenten ósea los niños de uno se alimenten bien pos, mi hijo suponte tú, yo tengo un lolo de 15 que se sintió mal del estomago el otro día, lo lleve a particular y me dijeron que mi niño a su edad tiene principio de diabetes y tiene recién 15 años, imagínate (silencio) tiene el azúcar muy alta... me entiende, casi al límite de lo que requiere tampoco va a ser gracia que a sus 15 años tenga diabetes /// yo creo que otro aprendizaje bueno es a no depender tanto de los remedios, porque la actividad física te ayuda a contener mucho de lo que antes uno manejaba con remedios][¿han podido compartir las cosas que han aprendido acá con sus familias? /// si.../// si...si /// más difícil si lo de la actividad física /// mi hija de 17 años yo lo obligo a que coma legumbres no le gustan, quiere puro que le hagan papas fritas y no... yo lo obligo a que coma porotos, lentejas /// la actividad física es difícil /// para los niños sobre todo es difícil /// si mi hijo lo único cuando hace es educación física en el colegio no más y no les exigen mucho /// tampoco puedo controlar lo que comen afuera /// pero mamá me dice si tengo hambre qué puedo comer, yo le digo comete una fruta me dice ay... mamá como los cabros chicos de kínder, mándamela picadita pos (risas) /// uno puede controlar varias cosas, pero no todo.][¿Cómo perciben ustedes la relación con el asistente social, en cuanto a las actividades que realizan en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// Bien... fue súper amable /// si... si /// de presencia el fue simpático /// en la charla igual fue bien /// en la charla los orígenes de los riesgos cardiovascular o sea igual hizo algo integral para lo cual tomo elementos de la cosa medica, tomo elementos de la cosa... que se yo alimenticia, de... lo cotidiano, eh integro hizo una cosa integral para darnos a entender para /// explicarnos, porque antes de eso no sabíamos /// yo antes de eso yo comía, comía, comía, era un saco roto yo me podía comer dos platos a tres platos de cazuela y comía, comía, comía /// vivías para comer /// me levantaba comiendo y me acostaba comiendo /// eso es lo que me dio a entender la nutrióloga que uno no tiene que vivir para comer, sino que tiene que comer para vivir, yo

era de la que me comía cinco a seis panes diarios sola en la casa ¿Por qué? porque estaba todo el día sola no tenía nada más que hacer que el aseo, que no volaba una mosca, entonces mi vida era mis hijos y mi casa, ahora no pos ahora mi vida es yo primero, mi gimnasia, mis hijos y mi casa en ese orden va ahora para mí.] [¿Qué características tiene o debería tener el asistente social, que participa en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria, para facilitar los aprendizajes?] [El asistente social sacado del ámbito de la salud, o sea yo no sé pos, de repente el asistente social tiene que trabajar con niños drogadictos, pero a eso voy yo creo que tiene que ser muy empático, muy empático muy colaborador con el cliente que le toque o sea puede ser un hipertenso] [saber escuchar] [como puede ser una mamá soltera que anda buscando ayuda para matricular a sus cabros, ¿me entiende o no? Que el asistente social tiene que cumplir una labor] [dedicación] [de dedicación y empatía social] [tener una vocación] [entender y ayudar] [tiene que tener vocación.] [¿Qué características destaca del asistente social del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?] [Yo pienso que él sabe escuchar, él sabe cada... o sea tu puedes, tienes la confianza de decir: sabe que estoy con este tipo de problema, a lo mejor si viene un médico de medicina general eh no sería lo mismo, porque me va a decir claro tiene que tomar esto y...] [es importante el asistente social aquí] [Sabe llegar a las personas, que es bueno para conversar o sea te explica todo bien, el te dice los favores y los en contra de que te puede pasar algo, que es lo que puede pasar con un accidente vascular] [un conocimiento de la vida de uno] [el da la idea, él te explica y que cada persona tome su propia decisión o sea si yo tomo una decisión de adelgazar, de cuidarme, es porque él da esta explicación] [o sea ahí uno o toma conciencia o sigue la vida que tiene, si eso es decisión de cada uno] [es voluntario] [a mi me decía la nutricionista que la comida es como una droga tu comes, comes, comes y es decisión tuya dejarlo] [yo creo que ante todo es empático, yo creo que de todos los profesionales el asistente social es el que más empático tiene que ser con uno, tiene que entender eh... los problemas de... es nadar contra la corriente, porque resulta que yo tengo una cultura y mi cultura desde mi mamá pa abajo es cariño con comida] [claro] [o sea mi mamá es feliz (era porque ya falleció) era feliz de si yo quería pizza, pizza, si mi hermana quería pollo, pollo y todo al mismo tiempo o sea yo te digo que el día sábado o domingo íbamos a su casa y ella nos regaloneaba con comida, entonces (silencio) cincuenta años de mi vida no van a cambiar de un día pa otro, o sea por eso yo creo que el asistente social para todo orden de cosa es él que tiene que ser más empático con la vida cotidiana de cada uno... no se puede poner como el doctor premio nobel y usted aprende... porque no es así, no es así!!!] [Tomando en cuenta todo lo que hemos conversado ¿valoran el hecho de contar con un asistente social en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria?] [Si... porque el asistente social siempre esta acá, pero no se qué va a hacer... mientras] [lo que pasa es que uno puede llegar y hablar con él] [si siempre esta acá, siempre se acerca] [lo que pasa es que al menos yo tuve charla con el asistente social y con la nutricionista] [son uno y una] [claro uno te explica y el otro te dice como comerlo] [te enseña] [claro como... hacerlo como... a ver en tu vida cotidiana como... practicarlo porque ellos me dicen, él me dice usted si sigue comiendo le puede dar esto, esto y esto... y puede quedar así, él dice eso y la otra doctora dice: mire para que no le pase eso, esto eso tiene que comer así.] [Para finalizar quisiera saber si ¿hay algo más que quisieran mencionar o alguien quisiera agregar algo más?] [sabes tú que yo tengo una inquietud a raíz de algo que escuche en el consultorio a mi me gustaría que el hiciera una Plan AUGE, que yo creo que tendrá que ver con el asistente social pos, que nos explique... los beneficios, los inconvenientes... no se pos Plan AUGE, porque un día en el consultorio nos dieron una charla a varias personas que íbamos a médico o sea nos habían dicho a usted le toca médico el jueves a las cinco, ya y yo partí arreglada para ir a médico y resulta que no pos era una charla y eran como ponte tú unas ochenta personas, eran hartas personas y nos atienden y nos dicen que se fueron como ocho médicos y el sistema cambio, entonces yo le digo: pero como puede cambiar si yo soy Plan AUGE y se supone que... mi enfermedad está en Plan AUGE, así que no puede decir que no hay médico, entonces me dijo: sabe que el Plan AUGE es solamente para su diagnóstico y no para su tratamiento, entonces

ahí que de pos, porque si es solamente para mi diagnóstico; ya el diagnóstico me lo hicieron y punto, entonces... por lo tanto si estoy todavía yendo al médico aunque sea una vez al año, chuta me tengo que dar con una piedra en los dientes pos, resulta que el Plan Auge según lo que me dijeron eso era el Plan Auge porque parece que la cosa cambió ya en el consultorio; por lo tanto mi problema que tiene que ver con el azúcar, me afecta la visión, me afecta el hígado, me afecta los riñones, ¿me entendis? entonces yo me puedo enfermar... de un montón de cosas debido al problema de la diabetes (silencio) /// el asistente social debería hacer más talleres durante el tiempo que uno esta acá y a la vez nos serviría para muchas dudas que tiene uno pos /// un poco más de información /// a mi no me interesa saber cómo funciona el consultorio, me interesa saber es cómo puedo acceder al consultorio en mejores condiciones, porque que haya una asistente social, diez, quince o veinte, está bien que regie, pero cuando te hacen una charla que no se pongan desde la visión del consultorio; si no que de la visión de los pacientes, porque aquí la otra vez vino una señora de de... de dental, entonces ella dijo : el consultorio necesita... y el consultorio los objetivos y el consultorio, el consultorio y el consultorio, ya... y eso me informo a mí, pero yo levante la mano y le pregunte ¿ya pero como puedo yo acceder a la parte de beneficios? Quede con la idea de que solamente es de diagnóstico no mas... ¿me entiende o no? Una información desde el punto de vista de los usuarios] [¿Alguien desea acotar algo más? /// si.. eh que no sé qué haríamos si se acabara el programa bueno una ya está acostumbrada y si está sola en la casa vas a tratar de comer bien pero yo sola en la casa no voy a hacer la actividad física, porque yo quiero seguir en el programa y si me dicen que me tengo que ir de aquí a fin de año, yo no sé si voy a seguir bien y puede que vuelva a comer y a lo mejor tu lo vas a hacer con mayor gana, porque si te encuentran el colesterol alto, te encuentran gorda tu vai a comer, comer , comer ¿pa qué? Pa volver otra vez aquí si pos si es una cosa loca, nosotros somos como dice... unos animales de costumbre, lamentablemente somos animales de costumbre /// así como un niño cuando sale de cuarto medio, dice pucha y ahora que hago (risas) /// si porque sola en la casa no... (silencio)][¿Alguien más desea acotar algo? /// no... /// no...][Bueno, les agradezco su participación y confianza de compartir su experiencia en esta actividad, que tengan un buen día.

F2: Apertura. Los invito a que se presenten y nos cuenten si ¿Ustedes recuerdan la primera vez que participaron en actividades del Equipo Integral de Intervención Comunitaria?

/// Bueno yo soy Irene, eh... yo empecé en septiembre del 2010 tengo diabetes e hipertensión /// yo soy Ema participo en las actividades eh... del adulto mayor en gimnasia, estoy contenta eh... porque como decir tengo... (silencio) he conocido más personas entonces eso me sirve eh... como decir (silencio) distraer /// yo participo desde el 2004 y después yo me retire porque tenía que operarme y después abril del 2010 empecé /// soy Carmen y hace un año que estoy viniendo y ha sido muy provechoso venir aquí, porque yo paso todo el día sola, entonces esto me ha servido mucho eh... pa conocer personas, se me quitan los dolores (silencio) lo he pasado muy bien /// yo eh... yo me llamo Gladys y también estoy muy contenta de participar en los ejercicios porque a la vez nos hace súper bien, yo estaba con un dolor en la pierna que no me podía mover pos, pero... más con los ejercicios y todo, estoy feliz pos, y más que nos sirve para conocernos tener más amistades que se yo... uno en la casa vive sola no más, tengo nietos pero se van al colegio y ahí quedo solita y sin embargo aquí uno se distrae /// yo me llamo Guillermo y hace... tengo dos años allá arriba en el peral y ahora va a completar un año aquí también esto del programa es bueno, porque el problema del adulto mayor es que uno se encierra /// yo me llamo Norma, empecé en abril del 2010, dueña de casa y también he estado realizando la gimnasia que se realiza acá y me ha servido bastante eh... me ha hecho bastante mejor acá uno se distrae, conversa, lo pasa bien, se

despide de los que nos vienen a hacer gimnasia, entonces hay un vituperio cada casi dos meses (risas) bueno si hay que despedir a los chiquillos /// mi nombre es Máximo, participo desde el 2010, bueno siempre me ha gustado el deporte por lo tanto yo casi no faltó nunca a hacer deporte acá y todo esto ha servido mucho para socializar, tener contacto con otras personas porque tal como dice mi señora uno se encierra ahí en la casa y... prácticamente no conoce ni a los vecinos, porque como todo el mundo tiene algo que hacer y en el barrio que yo vivo hay pura gente joven, entonces eso sería lo que yo puedo opinar al respecto /// ese es el problema porque cuando el adulto mayor vive rodeado de gente joven, es el adulto mayor el que tiene que establecer el contacto.][¿De qué les ha servido el participar en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// yo me he mejorado más he bajado de peso, cosa que no lo podía hacer, eh... he hecho gimnasia ejercicios, cosa que nunca en mi vida yo lo hice, a ver... y me he sentido mejor, eh... en cuanto a las comidas también me he regularizado con las comidas también, porque yo era chanco para las comidas, chanco... comía no mas y lo que sea, ahora no, ahora las cosas como son sin grasas, sin azúcar... , debes en cuando su asado si tampoco puros vegetales porque si no me voy a morir (risas) eh... pero he aprendido y sé que existen las verduras y existen las frutas...(silencio) y el agua u... un vaso de agua, más que todo que me enseñaron a tomar agua, yo soy barman de profesión, y los barman no pueden tomar agua (risas), trabaje como cincuenta años así que... esa es claro eh... entonces ahora ya no po, fuera las bebidas, fuera los licores y el agua /// yo llegue el 2008 y tuve un cincuenta por ciento de invalidez, yo llegue con bastones allá arriba ¿no se si se acuerda usted? /// si algo me acuerdo /// yo llegue con bastones y de apoco a poco me fui soltando, yo voy una vez al año a mi doctor porque yo tuve un accidente de trabajo, entonces me dan zapatos y eso hasta ahí no mas... ahí no se preocupan de dar orientación; porque yo estuve tres años en la mutual yo, entonces como te digo hay avances porque yo llegue con bastón allá arriba /// ¿puedo hablar, puedo hablar de un señor? Mira cuando yo llegue después llego un señor que se llamaba Walter ese caballero venia pero súper enfermo, lo vieras ahora camina rápido, antes no podía caminar /// derechito y ahora conversa también /// cuando llego no conversaba uy... se ha recuperado tan rápido ese caballero /// eso es admirable y eso aquí no mas, se ha logrado una recuperación con ese caballero bastante grande /// yo... harto el cambio que he tenido porque yo también sufro de diabetes, sufro de la presión alta y la baja pero... con el control de los remedios, y los ejercicios me han hecho muy bien, así que me siento feliz mucho mejor fíjate /// yo llegue en marzo de este año recién... así que no es tanto el cambio, pero si me siento bien, como eso (silencio) /// se revitaliza /// si... tengo animo de salir a la calle antes no hacia ejercicio, era muy poco entonces... /// si pos son los riesgos porque uno tiene que poner mucho de su parte cuidarse de las comidas][¿sí? ¿Y a usted de que le ha servido participar? /// mucho... sobre todo que yo paso sola todo el día, entonces llevo un año ya aquí me ha servido mucho, también tengo hipertensión y estaba muy gorda, muy gorda /// entonces yo era más gordita aquí he logrado bajar y mantenerme en niveles más o menos estables y si me he sentido mucho mejor he conocido a mucha gente, mi participación ha sido activa eh... encuentro que ha sido como un beneficio para mí y estoy contenta con eso /// yo también estoy contenta porque a mí siempre me ha gustado la gimnasia, más las actividades de grupo y porque llevamos tanto tiempo que ya somos como de familia y eso estoy... , eso también me hace muy bien, si... he participado constantemente lo importante pa tener una vejez mejor ¿cierto? /// Si pos yo creo que sí.][De acuerdo a su participación ¿qué es lo más importante que les entrega el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? ¿Qué tipo de ayuda o apoyo les entrega el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// lo que nos enseñan pos /// ejercicios, lo que hacen las chiquillos las chiquillas, yo creo que comprenden lo que a una le pasa /// lo otro bueno que acá nos hacen talleres, cuando nosotros eh... bueno cuando yo recién ingrese, antes de ingresar a la gimnasia me hicieron talleres, talleres para... saber lo que yo podía comer, lo que yo podía comer eh... según mi enfermedad // lo bueno es que cuando a uno antes de entrar te evalúan por talleres, a mí me hicieron el taller de la hipertensión o sea me enseñaron a comer y también después me enseñaron lo de la diabetes todo o sea te pasan la enfermedad y

después te empiezan a decir cuanta cantidad y como hay que comer /// de acuerdo a tu enfermedad /// o sea todas las que estamos ahí lógico que éramos diabéticas o hipertensas, entonces eso es lo que me enseñan y esos cursos son buenos, esos talleres que hacen antes de empezar la gimnasia.][¿Cómo perciben ustedes la relación con el asistente social, en cuanto a las actividades que realizan en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// el Lucho San Martín de vez en cuando viene, ese es el asistente social del consultorio /// a nosotros no nos ha tocado con él /// no... solo con los nutricionista /// cuando uno viene con la nutricionista ahí esta él /// no pero él es nutricionista /// no..., no... él es asistente social][Carolina es la nutricionista y Luis San Martín es el asistente social del equipo /// claro... él nos hizo el de hipertensión cuando ingresamos /// él nos recibió y es bueno porque... es bueno porque hasta ahora cuando lo ve él nos saluda, así nos explico bien claro con antelación, porque teníamos que estar ahí y... ojala que siguiéramos con él /// lo que pasa es que de vez en cuando él se ve aquí /// no... se ve casi siempre todos los días /// si y si usted quiere hacer cualquier tipo de consulta él siempre, es muy afectivo el caballero a uno siempre lo recibe... eh /// muy amable con buenas palabras el caballero.][¿Qué características tiene o debería tener el asistente social, que participa en el Equipo Integral de Intervención Comunitaria, para facilitar los aprendizajes?/// yo a la primera persona que vi cuando llegue acá fue a Luis San Martín el hizo el taller de cómo comer /// no yo lo hice pero solo con la nutricionista /// a mi mandaron a una evaluación frente a la a la parroquia de la Montserrat y estaba don Hernán y ahí pasaron unos quince días y me mandaron a la actividad física /// El asistente social debería cada cierto tiempo hacer lo que estamos haciendo aquí eh informar a la gente sus beneficios (silencio) porque hay mucha gente que no sabemos de los beneficios, hay que ir a acompañar a la gente al INP que se llamaba, que está ahí y allá sacar información y todo y uno transmitírsela a los socios (silencio) porque hay muchos beneficios que la gente no los toma porque no los sabe /// que el explica más detalladamente o sea a todos los adultos mayores, porque nosotros somos un grupo, beneficios][¿ustedes han participado de otros talleres con asistente social? /// si de memoria allá en el DUOC no no... , fue en ahí en la iglesia de... la Montserrat /// aquí vinieron también unos jovencitos /// no aquí no /// si nos hicieron una encuesta /// en ese taller teníamos que acordarnos cuando nosotros éramos jóvenes y ciertas etapas como éramos, como nos sentíamos, hasta cierta edad y nos preguntaban de todo pos, si nos acordábamos, si no nos acordábamos de todo pos, yo no fui a la ultima pero incluso les dieron un regalo a todas las personas de todo lo que era la memoria, eran los chiquillos del DUOC esos pos /// aquí vinieron el año pasado también nos dieron un regalo con música grabaron /// también de nutrición, después hicieron uno acá en el gimnasio y ahí nos dieron todo /// con película /// claro con diapositivas nos leían las etiquetas, que es lo que decían las etiquetas, cuantos gramos de sodio, de azúcar, cual era la cantidad de por ejemplo un super8, si decía azúcar primero es porque trae más azúcar, nos decían lo que tenía el super8.][¿Qué características destaca del asistente social del Equipo Integral de Intervención Comunitaria? /// él debería alivianar el camino... informando de sus beneficios de sus derechos y de sus obligaciones porque no solo hay que pedir también el tomarse sus remedios y eso... convivir más con la gente, visitarnos o venir una vez al mes que se yo (silencio) /// pero aquí hay esas cosas grupos de club de adultos mayores que van a visitar una vez al mes /// si pero no van visitadoras /// a en eso estaba mal, no van visitadoras /// es que hay diferentes grupos /// pero también hay asistente social en el consultorio que uno a veces lo citan y va a hablar con la visitadora /// aquí el único que viene a hacer la gestión del consultorio es este caballero /// Luis San Martín /// si ese, que también nos hizo el taller de memoria allá en la otra iglesia nos ha hecho de la memoria y bueno, también tenemos que hacer cosas incluso nos hacían con desayuno también yo al menos a mí me ha servido hartito de hacer esos libritos de sopas y esas cosas /// hay un taller con psicólogo también entonces hay diferentes tipos de grupos, los grupos son todos desordenados creo yo /// a nosotros no nos avisado nada pos a nosotros de repente don Hernán nos dice hay tal cosa si quieren ir vayan][Tomando en cuenta todo lo que hemos conversado ¿valoran el hecho de contar con un asistente social en el Equipo Integral de Intervención

Comunitaria? /// Si... sí ,yo la otra vez tenía un dolor en el pecho, yo tengo el ventrículo derecho tapado, entonces me dolía mucho y fui a hablar con el... don Luis San Martín y él me explicó eso un poco y me dijo ya voy a hablar con don David y don David después ligerito fue y me llamo y me dijo todo lo que tenía que hacer y fui al consultorio o sea a eso voy no hay trámites /// sí muy bien muy bueno /// además están apoyados por los alumnos /// yo lo que tengo que decir también es que don David es muy buena persona no sé, es de otra serie de verdad /// o sea a los cercanos los profesionales están ahí, es cosa de uno acercarse a ellos /// o sea disculpe pero yo me caí el otro día y no me paso nada, yo me caí a la salida de mi casa llegué aquí y tenía la presión alta incluso después estuve en el consultorio, a los días después fui al consultorio yo y estaba la nutricionista aquí, yo me pegue un cabezazo con un fierro /// pero te tomaron la presión y te dijeron que no hicieras gimnasia /// no... no después ya en el consultorio me tomaron la presión y me dijeron que no hiciera gimnasia (silencio) pero bueno lo demás está todo bien /// a mí me atendió una vez porque yo soy presidente de un club de adulto mayor y hemos tenido problemas, él me ha atendido bien pero no hemos llegado a ningún acuerdo (risa) a solucionar ningún problema, claro él te escucha y todo... pero bueno recursos tampoco hay como para conseguir una silla de ruedas.] [Para finalizar quisiera saber si ¿hay algo más que quisieran mencionar o alguien quisiera agregar algo más? /// me gustaría que algún día, acá donde yo vivo o sea en la comuna, se implementara un club del adulto mayor pero... que tuviéramos nuestras cosas, que yo dijera : ya voy a ir a tal hora y se que yo voy a tener un estante donde estar mmm suponte tu ya... donde sacar el buzo, me pongo el buzo y empiezo a hacer cosas, porque acá nosotros no tenemos nada, después que nos derivan he aquí, que nos dejan, no tenemos nada, creo que en Montserrat hay algo, pero no es parecido a esto/// sería bueno que hubieran tanto psicólogo como asistente social /// antiguamente había un paramédico y eso hace falta también, cuando alguien se descompensa /// sí porque la primera vez que yo vine para acá me subió la presión y ahí me iban a llevar a la posta don David y... ahí me iban a dejar hospitalizado en el Sotero del Río y yo les decía ¿ porque me van a dejar? Si yo siempre había estado igual, resulta que tenía 200 con 150, o 150 con 220, pero resulta que yo siempre he estado igual ahora me ha bajado a 180 y la baja esta como en 120 si de hecho me iban a dejar en el hospital y eso gracias a que vine para acá y me tomaron la presión][¿alguien desea acotar algo más? /// pero lo bueno es que ya a uno le enseñaron el camino, ya sabe que tiene que cuidarse y no andar como cabros chicos /// individualmente es difícil seguir con esto, no, no nos hagamos tontos entre nosotros mismos, en la casa no es igual /// en la casa nadie a lo mejor el primer día lo puede hacer, el segundo día lo va a hacer pero después no /// si se acabara el programa es difícil porque yo creo que va a suceder una cosa así][Bueno, les agradezco su participación y confianza de compartir su experiencia en esta actividad, que tengan un buen día.

