

I.S.S.N. : 0718-946X  
Vol. 1 / N°11  
2018

*revista*  
**CUADERNO  
DE TRABAJO  
SOCIAL**

**11**



UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA  
METROPOLITANA  
*del Estado de Chile*







UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA  
METROPOLITANA  
*del Estado de Chile*

*revista*

I.S.S.N. : 0718-946X  
Vol. 1 / N° 11  
2018

**CUADERNO  
DE TRABAJO  
SOCIAL 11**



EDICIONES UNIVERSIDAD  
TECNOLÓGICA METROPOLITANA

© UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA METROPOLITANA  
Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social –  
UTEM  
Departamento de Trabajo Social  
Revista Cuaderno de Trabajo Social

Versión Impresa ISSN 0717-9391  
Versión Digital ISSN 0718-946X  
Volumen 1, N° 11, 2018

### **Comité Editorial**

#### ***DIRECTORA***

***Dra. Lorena Valencia Gálvez***

Revista Cuaderno de Trabajo Social - UTEM  
Departamento de Trabajo Social  
Universidad Tecnológica Metropolitana  
Padre Felipe Gómez de Vidaurre 1550, Santiago - Chile

#### ***EDITORA***

***Mag. Julia Cerda Carvajal***

Revista Cuadernos de Trabajo Social - UTEM  
Departamento de Trabajo Social  
Universidad Tecnológica Metropolitana  
Padre Felipe Gómez de Vidaurre 1550, Santiago – Chile  
Teléfono +56 2 27877549

#### ***COMITÉ EDITORIAL***

***Mag. Nora Cristina Aquin***

Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

***Mag. Rosa María Cifuentes***

Universidad de la Salle, Colombia

***Dra. Cory Duarte***

Universidad de Atacama, Chile

***Mag. Marcos Chinchilla M.***

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

***Dr. Andrew Hodges***

Institute of Ethnology and Folklore Research, Zagreb, Croacia

***Mag. María Lorena Molina***

Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

***Dra. Paula Sepúlveda Navarrete***

Universidad de Cádiz, España

**Dr. René Olate**

The Ohio State University, United States of America

**Dra. Noemi Ruth Parola**

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

**Dr. Rafael Pizarro Alvarado**

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

**Dra. Areli Ramirez Sanchez**

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

**Dr. Jordi Sabater**

Universidad Ramón Llul, Barcelona, España

**Dr. Ramón Vivanco Muñoz**

Universidad de Los Lagos, Chile

**COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO****Dra. Sandra Iturrieta Olivares**

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

**Mag. Ida Molina Varela**

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

**COMITÉ TÉCNICO**

**Nicole Fuentes**, Encargada Ediciones UTEM. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

**Cristián Jiménez**, Coordinador Ediciones UTEM. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

**Nathaly Pizarro**. Diseño. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

**Fabian Flores**, Gestor Comunicacional de Vinculación con el Medio. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

**INFORMACIONES**

Departamento de Trabajo Social

Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social

Universidad Tecnológica Metropolitana

Sitios Web: [www.trabajosocial.blogutem.cl](http://www.trabajosocial.blogutem.cl) / [www.utem.cl](http://www.utem.cl)

Correo electrónico: [depto.tsocial@utem.cl](mailto:depto.tsocial@utem.cl) - [editorial@utem.cl](mailto:editorial@utem.cl)

Dirección: Campus Área Central. Padre Felipe Gómez de Vidaurre 1550, Santiago

Teléfono: (56-2) 2 787 7549

## **POLÍTICAS EDITORIALES**

La Revista Cuaderno de Trabajo Social es una publicación de divulgación académica de trabajos originales, perteneciente al Departamento de Trabajo Social, dependiente de la Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social, de la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM).

La Revista Cuaderno de Trabajo Social, creada en el año 2006, es una publicación arbitrada por pares, de carácter semestral (junio, diciembre) en formato electrónico.

### **Idioma de la Publicación**

La Revista Cuaderno de Trabajo Social es una publicación en idioma español, abierta a evaluar y/o publicar artículos en idioma inglés y portugués.

### **Política de acceso a los contenidos**

La Revista Cuaderno de Trabajo Social tiene una política de acceso abierto (Open Access) bajo el principio de disponibilidad gratuita a los productos de investigación para el público general.

### **Objetivos y Alcance**

La Revista Cuaderno de Trabajo Social, tiene como objetivos

- a) Difundir el conocimiento originado a través de investigaciones, sistematizaciones o evaluaciones de acciones sociales propias del trabajo social, ciencias sociales o afines (Sección Praxis)
- b) Promover el diálogo interdisciplinar y la creación académica a través de reflexiones críticas y multidisciplinarias sobre la realidad social del país y del continente latinoamericano principalmente (Sección Episteme)
- c) Generar un espacio de creación académica para el enriquecimiento de los profesionales de la acción social (Sección Horizontes)

### **Envío de manuscritos**

La revista se encuentra abierta al envío de artículos académicos, resultados o informes de investigación, ensayos, reseñas o crónicas, que serán evaluadas -según su pertinencia- por el Consejo editorial y en los pares evaluadores externos y publicados en una sección o apartado de nuestra revista.

Los trabajos para evaluación se reciben todo el año, pero el editor anunciará por medios electrónicos, los cierres de cada número que corresponde a cada semestre.

Los trabajos enviados a la Revista Cuaderno de Trabajo Social deben ceñirse a las normas que aparecen como Instrucciones a los Autores y las citas bibliográficas han de ser redactadas según las normas de la American Psychological Association. (APA) <http://normasapa.com/>

La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

Los autores deberán incluir una Declaración de responsabilidad de autoría y de Potenciales conflictos de Intereses.

### **Identificación de autor**

Se solicita a los autores, la presentación del identificador de autor ORCID (Open Researcher and Contribution) <https://orcid.org/>

Los autores deberán contar con un identificador ORCID (Open Researcher and Contribution), que permite a los investigadores disponer de un código de autor permanente e inequívoco que distingue con precisión tanto su producción, como su labor científica. Dicho código podrá ser obtenido gratuita y automáticamente en el siguiente enlace: <https://orcid.org/>

### **Cesión de derechos de autor**

Los autores deberán incluir y firmar la adhesión a la política de acceso abierto, bajo el principio de disponibilidad gratuita a los productos de investigación para el público general. Además autorizar a la Revista Cuaderno de Trabajo Social, la edición, publicación, impresión, reproducción, distribución, difusión y almacenamiento de la Obra en todo el mundo y todos los medios y formatos.

*[Descargar] “Declaración de la Responsabilidad de Autoría y Cesión de derechos de autor”*

### **Costos Asociados a la Publicación**

La revista exime a los autores de los costos asociados a la publicación por el proceso de revisión, edición y publicación de los manuscritos. Tampoco se retribuirá económicamente a los autores por su publicación.

### **Acerca de posibles conflictos de interés o de ética**

La revista, ante un eventual conflicto de interés o de ética, lo resolverá a través de su Comité Editorial en conjunto con el Consejo Asesor Editorial. La Revista Cuaderno de Trabajo Social tomará en consideración, en todos los casos en que se requiera por la complejidad de la materia a resolver, las recomendaciones y buenas prácticas del Committee on Publication Ethics (COPE) Disponible en: <http://publicationethics.org/>

### **Indexación y Bases de Datos**

La Revista Cuaderno de Trabajo Social se encuentra Indexada en Latindex Directorio y está incluida en la base de datos EBSCO

# Índice

M. Elena Cuartero

**1** DESGASTE POR EMPATÍA: CÓMO SER UN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL Y NO DESFALLECER EN EL INTENTO

págs. 9~31

Daniela Quezada Vergara  
Paloma Rojas Ubal  
Carolina Sepúlveda Bahamonde

**2** TRABAJO SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO EN CHILE: UNA REVISIÓN A LOS LINEAMIENTOS, METODOLOGÍAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

págs. 31~53

Patricia Castañeda Meneses  
Ketty Cazorla Becerra

**3** LA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN LA POBLACIÓN USUARIA COMO MANIFESTACIÓN DE VIOLENCIA SIMBÓLICA EN SALUD. INFORME DE SISTEMATIZACIÓN

págs. 54~69

Karen González Flores

**4** EL DESAFÍO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LOS HOGARES CON DEPENDIENTES Y SU RED APOYO: HITOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS EN LA COMUNA DE RANCAGUA

págs. 70~90

Rubén Gabriel Lobos Arce

**5** CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES EN COMUNIDAD QUECHUA CEBOLLAR ASCOTAN, DE LA REGIÓN DE ANTOFAGASTA

págs. 91~111

Ricardo Arancibia Cuzmar

**6** INNOVACIONES CONCEPTUALES PARA EL TRABAJO SOCIAL INTERCULTURAL. EXPERIENCIA DEL PROGRAMA PUEBLOS ORIGINARIOS EN RECOLETA

págs. 112~127



Sección Horizontes

# DESGASTE POR EMPATÍA: CÓMO SER UN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL Y NO DEFALLECER EN EL INTENTO

*COMPASSION FATIGUE: HOW TO BE A SOCIAL WORK*

*PROFESSIONAL AND NOT BREAK DOWN IN THE ATTEMPT*

*Autora*

M. ELENA CUARTERO\*

**M. ELENA CUARTERO**

*Española, Trabajadora Social, Dra © en Psicología,  
Académica de la Universitat de les Illes Balears, Mallorca  
España, Correo Electrónico: me.cuartero@uib.es,  
Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9510-8721>*

*Artículo recibido el 02 de mayo de 2018  
aprobado el 13 de agosto de 2018*

## Resumen

Trabajar creando vínculos con personas o familias en situación de crisis, malestar emocional, trauma o estrés puede llegar a tener consecuencias negativas sobre la salud del profesional. Los/as trabajadores/as sociales son profesionales de la relación de ayuda que, por lo general, puntúan alto en empatía y que diariamente están expuestos al dolor ajeno. La combinación de ambos factores determina que los/as trabajadores/as sociales representen un colectivo especialmente susceptible de padecer el síndrome de Desgaste por Empatía.

El presente artículo pretende dar a conocer cómo funciona la empatía en el cerebro humano, descubriendo así su naturaleza y favoreciendo su manejo. Se realiza una aproximación al síndrome del Desgaste por Empatía (o Fatiga por Compasión), describiendo sus factores predictores, proceso y consecuencias con el fin de enfrentarse a este con mayor conciencia y eficacia. Por último, se presenta una serie de mecanismos tales como la empatía, el autoconocimiento y el autocuidado personal y profesional que pueden actuar como mecanismos paliativos de tal desgaste.

### *PALABRAS CLAVE*

trabajo social, desgaste por empatía, empatía, empatía, autocuidado, autoconocimiento

---

## Abstract

Working by creating bonds with people and families in situations of crisis, emotional distress, trauma, or stress might have a negative impact on the professional's health. Social workers are help relationships professionals who, generally, score high in empathy and are daily exposed to other people's pain on a daily basis. The combination of both factors leads social workers to become the perfect collective to suffer from Compassion Fatigue. This article aims at making known the way empathy works in the human brain, thus becoming familiar with its nature and facilitating its management. An approximation to Compassion Fatigue describes predictive factors, its process and its consequences, in order to face it with greater awareness and efficacy. Finally, we are presented with a set of mechanisms, such as empathy, self-knowledge and personal and professional self-care, which could mitigate this Compassion Fatigue.

### *KEYS WORDS*

social work, compassion fatigue, empathy, empathy, self-care, self-knowledge

## 1. INTRODUCCIÓN

Independientemente de los modelos prácticos que rijan la intervención o la combinación entre ellos, la relación que se establece entre el trabajador social y las personas requiere una mención especial. Existen numerosas investigaciones que destacan la importancia de la *relación de ayuda* durante el proceso de intervención entre el cliente y el trabajador social, identificándola como un predictor de éxito. Algunos estudios llegan a señalar que entre el 35 y el 50% del éxito de la intervención es determinada por la alianza que se establece entre el profesional y el/la cliente (Duncan, 2014). Friedlander, Escudero y Heartherington (2006) argumentan que una relación estrecha y recíproca entre el profesional y el cliente es el *núcleo* de la práctica profesional. Desde esta posición, se entiende que establecer relaciones con el cliente desde una concepción recíproca constituye una expresión de compromiso ético en el ejercicio profesional (Cardona, 2017; White, 2002).

Uno de los objetivos principales del Trabajo Social relacional es la búsqueda del bienestar de la persona-familia-grupo y/o comunidad a través del vínculo profesional-cliente. La relación entre el profesional y el cliente basada en el compromiso, la confianza, el cuidado, la autenticidad, la empatía y la aceptación resulta más eficaz y exitosa para ambas partes (Miller y Rollnick, 2013). A través de la relación de ayuda se busca crear determinado clima en el cual iniciar un diálogo que permita al cliente definirse respecto de su propia persona y sus propios problemas, liberarse y encontrar recursos para la solución de sus conflictos, activando su propia iniciativa y responsabilidad (Dietrich, 1986).

Como explica Aurora Castillo (2016), la relación de ayuda en Trabajo Social tiene un objetivo que trasciende lo personal: los sentidos del profesional se centran en la comprensión del otro para acompañarlo en su proceso y ambos, profesional y cliente, crecen relacionalmente. Serán las actitudes y la predisposición las que guíen al profesional en el ejercicio de poner sus conocimientos, habilidades y destrezas al servicio de las verdaderas necesidades del cliente o familia.

Como afirma Cardona (2005), solo desde la proximidad es posible ver; sin ella, se dificulta el proceso de asumir la responsabilidad respecto de la situación a resolver. Conectar con el sufrimiento y malestar del otro nos permite entender qué le está sucediendo y de qué forma lo está sintiendo para poder ayudarlo de un modo más preciso y congruente con los ideales de la persona. El *no experimentar*, el *no sentir*, el *no doler* comporta una pérdida de referencia de los principios del Trabajo Social de Casos (*Casework*) y la pérdida de uno mismo como profesional (Cardona, 2005).



Los trabajadores sociales continuamente lidian con situaciones de alta tensión emocional y/o conflictividad, tales como: abusos sexuales en niños/as, violencia de género, personas con enfermedades crónicas o personas y niños/as en su última etapa de vida. El malestar, el dolor crónico, la angustia, el estrés, la depresión, la tristeza, la ira, entre otros estados emocionales negativos, predominan entre las personas que solicitan los servicios del Trabajo Social. Reconducir este malestar que sufre el cliente hacia una situación emocional más positiva no es tarea fácil y en algunas ocasiones se reduce a un sencillo, pero minucioso acompañamiento emocional.

La interacción entre el trabajador social y el cliente/familia genera un nuevo subsistema que puede estar sumergido en una atmósfera tóxica. En este espacio, el sufrimiento se presenta en las historias narradas y sentidas que fluyen en las conversaciones. Debemos tener presente que, según las características del contexto de intervención para el cambio (Cardona, 2012; Cardona y Campos, 2009), la relación de ayuda está más o menos sesgada por un conjunto de emociones intensas que afectan al nuevo subsistema (Campos, Cardona y Cuartero, 2017).

Obviamente, la relación entre el profesional y el cliente implica algo más que un mero intercambio emocional. También será necesaria la creación de un significado a través de las estructuras narrativas que tienen lugar en la conversación (Freeman, Epston y Lobovits, 2001), una confirmación existencial (Rogers, 1986) y la creación de una base de apoyo (Blom, 2002). Vincularse con personas en situación de malestar requiere conocimiento, predisposición e involucramiento personal.

Sintetizando, para una práctica relacional exitosa y eficaz es necesario dedicar tiempo a la escucha próxima y sincera de la historia que narra la persona-familia, procurando generar un acercamiento emocional recíproco. Trabajar con historias de dolor abre la puerta al sentir propio y ajeno y ello inevitablemente repercute en el profesional, como sucede con el Desgaste por Empatía. La empatía será la aliada fundamental para la generación de esta conexión emocional con el cliente, pero a su vez será también la culpable del desgaste. El presente artículo pretende aproximarse de un modo sencillo a la cara más desconocida de la empatía. Conocer su configuración cerebral puede ayudar al profesional a analizar lo que siente y cómo lo siente frente a ese dolor ajeno. Tomar conciencia de las reacciones de nuestro cuerpo para responder de forma congruente y consciente con el cliente supone un ejercicio de responsabilidad.

## 2. LA EMPATÍA

La empatía es la acción y la capacidad de comprender conscientemente, de ser sensible o experimentar de modo vicario los sentimientos, pensamientos y experiencias que hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita (González de Rivera, 2005). Como actitud, la empatía lleva a una persona a intentar comprender el mundo interior de otra, sus emociones y los significados que las experiencias adquieren para ella (Bermejo, 2012).

En el campo del Trabajo Social, la empatía tiene una importancia primordial, ya que sobre ella se sostiene el vínculo con el cliente, posibilitando la sensibilización, comprensión y capacidad de darse cuenta de los sentimientos, pensamientos, experiencias y significados de otra persona sin que estos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido necesariamente comunicados de manera objetiva y explícita (Bermejo, 2012).

De esta forma, la empatía se comporta como un tejido conector de una buena relación, ya que nos facilita el desarrollo de la confianza con nuestros clientes y nos permite acogerlos como propios, con nuestros sentimientos y pensamientos (Rothschild, 2006).

Establecer una relación empática con alguien parece algo natural, cotidiano y simple, pero en realidad se traduce en un complejo circuito cerebral asentado en las neuronas espejo, creado a partir de miles de años de evolución. La empatía es el resultado del éxito evolutivo (Goleman, 2006) y ha supuesto un punto clave para el desarrollo de los seres vivos, posibilitando a las personas relacionarse en parejas y grupos en el proceso de socialización (Rothschild, 2006).

Tal como afirma la teoría de la evolución de Darwin, el ser humano es el animal social por excelencia. Cuando algo funciona en esta línea, perdura en el tiempo. Aunque la neurociencia parezca una materia alejada del Trabajo Social, se debe reconocer que avanzar en el conocimiento del cerebro humano facilitaría la comprensión de reacciones naturales derivadas de las interacciones humanas, favoreciendo así el autoconocimiento.

A mediados de los años noventa, Rizzolatti y su equipo descubrieron las primeras evidencias de que existía una conexión cerebral innata entre las personas (Rizzolatti *et al.*, 1996). Este grupo de investigadores comprobó que se activa la misma zona cerebral cuando se hace-siente una acción que cuando se ve a otra persona haciendo-sintiendo la misma acción.

Al entramado celular involucrado en los procesos de conexión intersubjetiva se le llamó *neuronas espejo*, y supuso el descubrimiento más importante de las neurociencias en los últimos años. Las neuronas espejo, ubicadas

en el área de Broca del cerebro (área relacionada con el lenguaje, situada en la corteza parietal posterior), nos permiten llegar a entender a los demás y también entender cómo somos capaces de vincularnos entre nosotros desde un punto de vista mental y emocional (Lacoboni, 2009). Este hallazgo relevó el vínculo entre el emisor y el receptor (Rizzolatti y Aibid, 1998), potenciando la sensibilidad compartida capaz de representar dentro de uno mismo lo que ocurre en el otro para entender a los demás, convirtiéndonos, en parte, en ellos (Goleman, 2006).

La vía inferior y la vía superior son dos circuitos cerebrales que nos ayudan a entender el funcionamiento empático. La vía inferior se sitúa en la amígdala y se caracteriza por su rapidez, en cambio la vía superior es más lenta, deliberada y sistemática (Cuartero y Casado, 2016; Rothschild, 2006). Ambas son sumamente importantes y se complementan. La vía inferior funciona como una especie de empatía primordial instantánea, la cual rápidamente desencadena una respuesta emocional ajena a toda intervención del pensamiento (Goleman, 2006). Esta es la responsable de que los profesionales de la relación de ayuda podamos conectar con las expresiones de nuestros clientes de forma inconsciente y automática. Gracias a este mecanismo, al ver una persona sufriendo conectamos innatamente con su dolor de forma inconsciente. Es importante destacar que lo *inconsciente* es de atención, ya que una falta constante de atención a las reacciones emocionales automáticas puede llevar a contagios emocionales y a la pérdida del sentido de uno mismo.

Afortunadamente, la vía superior amplía y flexibiliza el repertorio y flujo de respuestas de la vía inferior. Esta se activa cuando prestamos una atención *consciente* a la persona con la que estamos hablando para interesarnos en qué está ocurriendo. Este mecanismo depende de la zona frontal del cerebro que proporciona una exactitud empática. “Así pues, mientras la vía inferior nos proporciona una afinidad emocional instantánea, la superior genera una sensación social más compleja que, a su vez, facilita una respuesta más apropiada” (Goleman, 2006, p. 56). Si el profesional no dedica un tiempo de atención en la vía superior para identificar cómo ha reaccionado su cuerpo ante los sentimientos de su cliente, puede que entre en un espacio peligroso y difícil de escapar. Las exigencias laborales, el número de casos, la gravedad de las demandas, entre otros, sumergen a los trabajadores sociales en dinámicas que dejan poco espacio a la reflexión.

Entonces, nos damos cuenta de que existe una configuración cerebral que determina la empatía, pero ¿todos los humanos tenemos la misma capacidad para conectar con los demás? Según Baron-Cohen (2011), todos los seres humanos nos encontramos en algún lugar del espectro de la empatía, comprendiéndose entre o (personas narcisistas, perfiles psicopáticos, personas

con trastorno límite de la personalidad, etc.) y 6 (personas con una empatía extraordinaria que se centran continuamente en los sentimientos de la otra persona y no escatiman esfuerzos para ofrecer ayuda). Los niveles 2 (personas a las cuales les resulta complicado anticiparse a los sentimientos del otro y con tendencia a involucrarse en problemas), 3 (personas con problemas de empatía, pero con conciencia de ello, aunque lo intentan ocultar evitando contacto con otras personas) y 4 (personas que no se terminan de sentir cómodas cuando se habla de sentimientos, prefiriendo solucionar los problemas de forma técnica más que con extensas conversaciones), suelen ser los más habituales en la población general. Los niveles 1 (personas que pueden llegar a hacer daño pero pueden reflexionar sobre ello y mostrar su arrepentimiento) y 5 (personas que comprenden los diferentes puntos de vista y basan sus relaciones de amistad en la intimidad emocional, en compartir confidencias, brindarse apoyo mutuo y comprensión) tienen menor incidencia. Finalmente, los niveles 0 y 6 son los menos frecuentes en la población general.

Los profesionales de la relación de ayuda generalmente tienen puntuaciones más altas de empatía que el resto de la población (Rothschild, 2006), puntuando niveles 4-5-6 de media en la escala de Baron-Cohen. La capacidad de entendernos los unos con los otros dependerá del nivel de empatía genética, pero también tenemos la posibilidad de entrenar la habilidad y promover la actitud empática, consiguiendo así incrementar los valores basales.

Se recomienda al lector que, a lo largo de vida académica o profesional, pueda completar algún test para conocer cuáles son sus niveles de empatía. Conocer estos niveles permitirá un mejor autoconocimiento y, por ende, una mejor práctica. Existe una amplia variedad de cuestionarios, pero el popularmente más recomendado es el tradicional Test de Reactividad Interpersonal IRI (Pérez-Albéniz *et al.*, 2003), creado por Davis (1983). El cuestionario IRI permite, de forma sencilla, una autovaloración en las diferentes dimensiones que componen el constructo teórico de la empatía.

Según lo descrito anteriormente, la empatía parece ser un mecanismo totalmente positivo que nos permite vivir en sociedad cuidándonos unos a los otros. Todas las emociones (positivas o negativas) son contagiosas (Rothschild, 2006). Es importante señalar que los últimos estudios indican que las emociones negativas perduran más en el cuerpo que las positivas. Muestra de ello son los resultados de una investigación belga que afirma que la tristeza puede llegar a durar 120 horas en el organismo de una persona, frente a las 35 de la alegría (Verduyn y Lavrijsen, 2014).



Si no se toma consciencia (vía superior) de todo lo anterior, los mecanismos de la empatía primordial (vía inferior) pueden llevar al trabajador social a absorber los sentimientos de malestar del cliente, afectando a su estado emocional y a su salud.

### 3. EL DESGASTE POR EMPATÍA COMO CONSECUENCIA DEL VÍNCULO

En los países de habla hispana se suele usar el término Desgaste por Empatía frente a su sinónimo de origen anglosajón *Fatiga por Compasión* (*Compassion Fatigue*). El Desgaste por Empatía es un término general aplicado a cualquiera que sufre a consecuencia del trabajo que realiza en un servicio de apoyo (Figley, 1995), pudiendo manifestarse en cualquier profesional de la salud, psicología o ámbito social.

La exposición al dolor de los demás y la empatía (Figley, 1995), son los dos elementos clave imprescindibles para sufrir desgaste. Los trabajadores sociales cumplen ambos requisitos. Por una parte, son profesionales con altos niveles de empatía basales que han sido entrenados en el manejo de conductas y habilidades empáticas. Por otra parte, estos profesionales se encuentran diariamente expuestos al dolor ajeno por la naturaleza de su labor. Su práctica implica, pues, que se desarrolle un grado de contacto, confianza y compromiso con sus pacientes y clientes, identificándose con sus estados de ánimo (Quezada, 2012). Por ello, y a pesar de ser profesionales preparados, pueden ser la diana perfecta para sufrir el síndrome del Desgaste por Empatía (Wagaman *et al.*, 2015).

Así como nos explica Bernabé (2013), los profesionales que trabajan con víctimas de situaciones traumatizantes o en situación de crisis son propensos a sufrir este tipo de desgaste, padeciendo un profundo sentimiento de compasión y empatía por la persona-cliente que sufre. Este sentimiento compasivo va acompañado por un fuerte deseo de resolver el dolor ajeno o resolver sus causas (Figley, 2008). Si estos sentimientos perduran en el tiempo, pueden llevar al profesional a un estado de decaimiento físico, emocional y mental evidenciado como cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia la persona con la que trabaja (Bride y Figley, 2007).

El Desgaste por Empatía correspondería al estado de agotamiento y disfunción biopsicosocial experimentado por profesionales de la relación de ayuda que utilizan la capacidad empática como base para interaccionar con las personas, familias u otros sistemas que pasan por situaciones de elevado estrés o sufrimiento (Campos-Mendez, 2015). Coetzee y Klopper (2010) lo

definen como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo como consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés.

Figley (2002) refirió el proceso del Desgaste por Empatía identificando los elementos que deben estar presentes para desencadenar el síndrome. Según señala, es necesario disponer de una actitud empática hacia el cliente (voluntad de escuchar); un cierto nivel de empatía que le permita al profesional manifestar honesta preocupación por lo que le sucede al cliente y convicción para exponerse directamente al sufrimiento de los demás. La combinación de estos factores genera una respuesta empática en el profesional influida por sentimientos de desapego y contrapuesta a una sensación de satisfacción por el trabajo que lleva a cabo. La combinación de estos elementos genera estrés que, si perdura en el tiempo, puede derivar en Desgaste por Empatía. Recuerdos traumáticos propiamente vividos por el profesional y otras exigencias de la vida diaria influirán agravando el síndrome.

Matheu (2012) presenta una completa clasificación sobre las consecuencias del Desgaste por Empatía. Tales consecuencias pueden llegar a afectar a diferentes subsistemas: *subsistema conductual* (evitación de los clientes, absentismo, consumo de psicofármacos, retraimiento, dificultades para separar la vida personal de la laboral, hipervigilancia); *subsistema afectivo* (rabia e irritabilidad, desgaste y agotamiento emocional, deterioro significativo de la capacidad empática, experiencia negativa del mundo externo, dificultades para la tolerancia de emociones fuertes); *subsistema somático* (agotamiento físico, insomnio, cefalea y migraña, disminución de la respuesta inmunológica, incremento de la somatización, aparición de la tendencia hipocondría, depresión); *subsistema interpersonal* (conflictos interpersonales en la red social íntima, incapacidad de desarrollar aspectos de la vida que no estén relacionados con el trabajo, despersonalización) y *subsistema cognoscitivo* (exagerado sentido de la responsabilidad, dificultades para tomar decisiones, tendencia a olvidar, descenso del compromiso con el cliente, deterioro de la auto-imagen, deterioro de la capacidad empática, miedo irracional).

Si no se presta la suficiente atención al Desgaste por Empatía, puede derivar en cuadros severos típicos de Traumatización Secundaria o en *Burnout* (Campos-Méndez, 2015; Campos *et al.*, 2017; Salston y Figley, 2003; Sansó, 2015; Stamm, 2005) y, en consecuencia, en el consumo de medicación relacionada con la ansiedad, bajas laborales por enfermedad y/o abandono temprano de su lugar de trabajo (Bourassa, 2009; Cunningham, 2003).

En la literatura científica hay bastante confusión y desacuerdo en las delimitaciones conceptuales del Desgaste por Empatía, hecho que entorpece

bastante su estudio. Es importante hacer un inciso para aclarar estas diferencias, especialmente evitando perpetuar la confusión entre el Desgaste por Empatía y el *Burnout*.

Patricia Acinas (2012) detalla las diferencias conceptuales entre ambos. Así, mientras los ejes del *Burnout* se centran en el agotamiento emocional, la baja realización personal y la despersonalización, los del Desgaste por Empatía se centran en la reexperimentación, la evitación e hiperactivación o el *hiperarousal* (palabra en inglés para hiperactivación). Relacionamos el *Burnout* con el estrés laboral, en cambio el Desgaste por Empatía se relaciona con el trastorno de estrés postraumático.

Las causas del Desgaste por Empatía tienen que ver con el esquema cognitivo del profesional, describiéndose como un cambio de estado súbito, agudo e imprevisible. En cambio, las causas del *Burnout* se centra en las condiciones del entorno laboral y se describe como un proceso progresivo, crónico, incapacitante y acumulativo en el tiempo (Acinas, 2012).

Los profesionales que padecen Desgaste por Empatía pueden seguir desarrollando sus labores profesionales, aunque con una mayor dificultad (Kearney *et al.*, 2009). Maslach y su equipo (2001) centran la causa del *Burnout* en la implicación del profesional con un entorno laboral hostil, mientras que Figley (1995) identifica la causa en la interacción profesional-paciente. Stamm (2010) describe una de las principales diferencias entre ambos conceptos, destacando que el Desgaste por Empatía solo puede ocurrir en profesionales de la relación de ayuda, ya que se nutre de esa relación, mientras que el *Burnout* puede darse en cualquier tipo de área de desempeño profesional.

Del análisis de múltiples investigaciones sobre el Desgaste por Empatía en diferentes disciplinas de la relación de ayuda, se deriva una lista de factores que pueden ser predictores del síndrome:

- El hecho de que el profesional haya experimentado algún tipo de acontecimiento psicológico no resuelto con anterioridad no es requisito necesario para sufrir desgaste, pero sí puede favorecerlo (Bourassa, 2009; Hesse, 2002).
- Otro factor que se correlaciona positivamente con el Desgaste por Empatía es el tiempo de exposición al dolor. Los trabajadores sociales que pasan más tiempo realizando intervención directa con sus clientes y familias son más propensos a este tipo de desgaste (Bourassa, 2009; Bride, *et al.*, 2004; Hyman, 2004).
- Los altos niveles de empatía en las personas tienen un doble efecto: propician el desempeño de profesiones de relación de ayuda y, a la vez,

exponen a los profesionales a consecuencias positivas, pero también negativas (Bourassa, 2009; Baranowsky, 2002). Altos niveles basales de empatía (5 o 6 en la escala de Baron-Cohen) poco controladas pueden incrementar los niveles del Desgaste por Empatía.

- Según los estudios realizados por Pearlman y Mac Ian 's (1995, citado en Bourassa, 2009), los profesionales más jóvenes, con menos experiencia, tienen más dificultades en el manejo de los límites, lo que determina un incremento del síndrome.
- Las investigaciones demuestran que la naturaleza del caso que se atiende afecta cognitivamente al profesional. Trabajar en el área del bienestar infantil (situaciones de trauma) es un factor que incrementa el Desgaste por Empatía (Nelson-Gardell y Harris, 2003; Sprang, Clark, y Whitt-Woosley, 2007).
- Las mujeres tienden a puntuar niveles superiores de empatía respecto de los hombres. Eso acerca aún más al género femenino a la diana del síndrome de Desgaste por Empatía (Geoffrion, Morselli y Guay, 2016; Sprang *et al.*, 2007).

Se recomienda al lector que, para chequear sus niveles de Desgaste por Empatía, pueda completar el cuestionario de calidad de vida profesional ProQOL (Stamm, 2010), validado al español en su versión IV. Este sencillo instrumento permite conocer el nivel de desgaste, diferenciándolo del de satisfacción por empatía y del *Burnout*.

## 4. SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN

Hasta el momento se han descrito las posibles causas negativas derivadas de una relación de ayuda, aunque no es menos cierto que dicha relación tiene su versión positiva. Esta parte más grata es la que mantiene al profesional en su lugar de trabajo y le permite disfrutar de su espacio laboral, de sus clientes y de sus logros. Para referirnos al componente positivo hay que citar el término *Satisfacción por Compasión*. Este fue definido por Stamm (2005) como la recompensa positiva, así como los sentimientos satisfactorios por contribuir con la organización, compañeros y la sociedad (Smart *et al.*, 2014). Se experimenta felicidad, éxito y satisfacción con el trabajo que se realiza y se quiere seguir realizando (Stamm, 2010).

La satisfacción por empatía actúa como un amortiguador, en contraposición al Desgaste por Empatía del *Burnout* o del Estrés Traumático Secundario (Smart *et al.*, 2014; Tremblay y Messervey, 2011). La Satisfacción por Compasión conduce a situaciones en las que los trabajadores sociales indirecta-



mente se benefician de la evolución de sus clientes, el crecimiento personal y las ganancias terapéuticas, ya que en ese espacio relacional también se comparten logros, alegría y satisfacción (Pooler, Wolfer y Freeman, 2014; Wagaman *et al.*, 2015)

Por norma general, la Satisfacción por Compasión, es decir el cúmulo de sentimientos positivos derivados de ayudar, es poco visibilizada. Pocos estudios (Pooler *et al.*, 2014) se centran en destacar y reflexionar sobre lo que hace sentir felices y orgullosos a los profesionales de la relación de ayuda. Mantener una mirada positiva y realizar estudios con este enfoque permitiría explorar un área que genera empoderamiento en el profesional y la persona-familia, y conecta con el desarrollo de seguridad, motivación y energía para continuar trabajando.

## 5. ECPATÍA, AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO

Parece que nos encontramos ante un camino sin salida. Por una parte, reconocemos que una intervención dentro del marco del Trabajo Social requiere de la construcción de un vínculo dentro de una relación de ayuda cálida, sincera y empática. Por otra parte, se reconoce que el trabajar desde esta posición comporta un desgaste con consecuencias negativas sobre la salud del trabajador social. Se entiende así que el Desgaste por Empatía es, por una parte, necesario e inevitable si se desarrolla una buena práctica; por otra, peligroso e inhabilitante si no se compensa (Campos *et al.*, 2016). La investigación avala nuestro optimismo. Hay salida, pero requerirá de un esfuerzo por parte del profesional y de la entidad en la que trabaja.

El profesional deberá poner atención en tres aspectos: la eempatía como herramienta del espacio relacional; el autoconocimiento como un ejercicio de toma de contacto con uno mismo y el autocuidado profesional y personal, como medidas preventivas que aportan bienestar.

Será importante que el trabajador social, además de la empatía, pueda tener en cuenta el concepto de *eempatía* en su práctica diaria. La eempatía es un proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro (Cuartero y Casado, 2016; González de Rivera, 2005). También la podemos definir como la intervención consciente de compensar la empatía sanamente, regulando el grado de implicación emocional con el otro (Bermejo, 2012).

Es importante una aproximación relacional, pero un sobre exceso es perjudicial. Encontrar un equilibrio entre la empatía y la eempatía nos ayudará a manejar de forma más adecuada las emociones compartidas entre el profesional y el

cliente. La empatía, al igual que la empatía, puede ser entrenada como habilidad. Para la mejora de este proceso será importante considerar 3 pasos: detectar los sentimientos; percibir la otredad y delimitarla respecto de los propios sentimientos; y situar los sentimientos ajenos en su fuente, además de liberar los propios procesos mentales de su influencia (González de Rivera, 2005).

El *autoconocimiento* es un elemento clave para la realización de un ejercicio profesional adecuado. Se describe como competencia profesional básica para la práctica sistemática que exige a los trabajadores sociales un alto grado de conocimiento personal para poder trabajar en el marco de una relación de ayuda (Báñez *et al.*, 2016).

El autoconocimiento permite la conciencia de la configuración de la identidad y del modelo de práctica profesional. Detrás de cualquier técnica y/o actuación está la persona que la desarrolla, habiendo así una relación constante entre la personalidad del profesional y la técnica en cuestión (De Robertis, 1992).

El autoconocimiento requiere de una exploración multidimensional constante del yo en el tiempo debido a su evolución continua. Para ello se debe iniciar un recorrido introspectivo y reflexivo en el cual la persona construye su propia narrativa a partir de su experiencia vital, los sentimientos, los temores, sus preferencias, sus valores, etc. Este proceso nos permite saber cuáles son los límites de la relación e identificar qué es lo que aporta el trabajador social y qué es lo que aporta el cliente.

Si un trabajador social no es capaz de ir colocando balizas en el camino, será fácil caer en una identificación proyectiva y, paralelamente, puede desencadenarse una contratransferencia (Rothschild, 2006), es decir, se puede tender a creer que cualquier sentimiento (positivo o negativo) en el profesional es causado por el cliente, sin tener en cuenta que el profesional es una persona con un bagaje que aporta sus propios sentimientos-emociones a la relación.

El profesional que no es capaz de diferenciar sus propios sentimientos de los del cliente, y se siente a merced de ellos, tendrá más riesgo de sufrir Desgaste por Empatía (Jacobson *et al.*, 2013).

El *autocuidado personal y profesional* ha sido un gran desconocido durante mucho tiempo en el marco del Trabajo Social (Lee y Miller, 2013). Para prevenir o paliar el desgaste es importante empezar a centrar la atención en la salud del profesional e ir definiendo límites y marcando pautas sobre nuestra práctica personal y profesional.

Jaqueline Lee y Shari Miller (2013) presentan un extenso trabajo de sistematización sobre el autocuidado, concluyendo con una serie de pautas prácticas que pueden ayudar a paliar futuras situaciones peligrosas. Estas investigadoras diferencian las prácticas de autocuidado en dos dimensiones: las personales y las profesionales. Se entiende el autocuidado personal como un proceso para un enganche o involucración intencional sobre prácticas globales en torno a la salud y el bienestar de sí mismo. En el caso del autocuidado profesional, las prácticas se orientan hacia el enriquecimiento en el área laboral.

El entorno laboral puede tener un enorme impacto emocional debido a la falta de tiempo, la presión por cumplir objetivos, la dureza de los casos o las demandas poco realistas de los clientes. Este impacto es a veces obviado o no se afronta ni gestiona con una estrategia eficiente (Benito, Arranz y Cancio, 2011).

Lee y Miller (2013) aportan una serie de pautas adaptables y realistas que pueden ayudar al lector a mejorar sus prácticas de autocuidado profesional. En ellas se anuncian estructuras de soporte, tales como: manejo de carga de trabajo (incorporar recesos a lo largo del día, no hablar de trabajo en otros contextos), prestar atención al rol profesional (reconocer que el cliente es el autor de su vida) y a las reacciones (prestar atención cuando conecto con una historia de trauma o estresor del pasado), brindar soporte profesional y apoyo (buscar supervisión de forma regular), apostar por el desarrollo profesional (leer material relacionado con el desarrollo profesional e ir como mínimo a conferencias 2 veces al año) y dedicar esfuerzos a la revitalización y mejora de la energía (organizar el lugar de trabajo para que sea más placentero y recordarse a sí mismo la pasión por el trabajo mediante recursos tangibles).

Es necesario invertir el tiempo en la familia y amigos, cultivar hobbies, practicar deporte, mantener una alimentación sana, observar el descanso, la meditación-relajación, la escritura reflexiva y dejar espacios para sí mismo con actividades que favorezcan el bienestar personal (Benito et al., 2011).

Siguiendo la estructura creada por Lee y Miller (2013), y consultando varias fuentes que describen el autoconocimiento personal (Benito et al., 2011; Guerra, Rodríguez y Morales, 2008; Lee y Miller, 2013), se elabora la siguiente tabla específica para el autocuidado personal.

Estructura de apoyo en la práctica	Ideas que podrían construir una estructura para fortalecer el AUTOCUIDADO PERSONAL	Actividades concretas y adaptadas
<b>Sociabilización: compartir tiempo y espacio.</b>	Invertir tiempo de calidad con la familia.	Programar actividades en familia los fines de semana.
	Buscar espacio para la diversión y el contacto con los/as amigos/as.	Programar encuentros lúdicos con amigos. Ejemplo: una cena mensual.
	Dedicar un tiempo al subsistema conyugal.	Paseos o cenas en pareja (sin hijos ni amigos).
	Dejar un espacio semanal para practicar hobbies.	Añadir actividades lúdicas en el calendario: la pintura, la cocina, el teatro.
<b>Actividad física</b>	Hacer deporte de forma rutinaria (actividad física intensa).	Realizar actividades deportivas 2 veces por semana (mejor si pueden realizarse al aire libre).
<b>Descanso mental y corporal</b>	Introducir en la rutina semanal actividades que relajen el cuerpo y la mente.	Practicar <i>mindfulness</i> o Yoga.
	Destinar tiempo y espacio para sí mismo.	Practicar relajación 10 minutos antes de acostarse.
	En momentos de alto estrés realizar actividades para bajar la tensión.	Descargar alguna app para realizar meditación guiada.
	Respetar las vacaciones.	Programar las vacaciones laborales a principio de año.
	Descanso diario nocturno.	Dormir entre 7 u 8 horas diarias.
<b>Autoestima</b>	Realizar actividades que generen felicidad.	Cada dos meses realizar actividades como ir a la peluquería, fisioterapia, terapias de salud corporal.
<b>Alimentación equilibrada y ecológica</b>	Respetar los horarios de ingesta de comida.	Respetar los horarios de las 5 comidas del día.
	Comer productos ecológicos variados, bajos en grasas y azúcares.	Los fines de semana preparar un dietario con las comidas del resto de la semana.

Elaboración propia a partir de Benito et al. (2011); Guerra, Rodríguez, y Morales, (2008) y Lee y Miller (2013)



En las dos tablas se encuentra una propuesta de actividades que el lector deberá adaptar a sus circunstancias y preferencias. Será importante que estas actividades puedan incorporarse en los horarios estipulados y se conviertan en rutinas por lo que la autoexigencia y la disciplina jugarán un papel importante. Realizar estas actividades de forma puntual no tendrá beneficios a largo plazo.

## 6. REFLEXIONES FINALES

Cuando constantemente se trabaja con personas que cargan con historias de dolor o trauma, es difícil mantener la balanza equilibrada y la tendencia es que se incline hacia la parte negativa. Los trabajadores sociales son personas que escogen intencionadamente una profesión o ámbito de trabajo que implica escuchar, comprender y reaccionar ante situaciones de dolor ajeno. Muchos de ellos, sin ser conscientes, están padeciendo el Desgaste por Empatía.

Los trabajadores sociales son profesionales de la relación de ayuda que, por lo general, puntúan alto en empatía y, a la vez, son entrenados para mantener una actitud de escucha empática con el cliente-familia. El trabajo de exposición diaria ante el dolor ajeno los aventura a ser posibles víctimas de este síndrome.

Se podría caer en la errónea idea de que para evitar tal desgaste es necesario un distanciamiento respecto de la relación entre el profesional y el cliente, sin embargo esto comportaría una interferencia importante en el vínculo y en el proceso de cambio del cliente-familia. La solución pasaría, entonces, por la formación continua en el manejo de habilidades como la empatía, la ecpatía y el autoconocimiento, entre otras; chequeos regulares a partir de test validados y espacios de reflexión; y programación y autoexigencia de prácticas de autocuidado en el ámbito personal y profesional

El *Casework* o trabajo social con casos requiere una exposición personal y entrega del propio trabajador social. El principal recurso que ponen las administraciones públicas o privadas de servicios sociales para la atención social es la labor de los trabajadores sociales. El cuidado de tales recursos debe ser óptimo.

Es extremadamente difícil organizar la vida laboral, la persona y la familiar en una sociedad globalizada. Las políticas de conciliación familiar son prácticamente inexistentes en los países de habla hispana. Tanto las empresas públicas como privadas tienden a apostar por los balances económicos positivos pasando por las reducciones de costes y dejando de lado la calidad

de los servicios y el cuidado de sus trabajadores. Todo ello hace mella en la salud del profesional y en la de los clientes-familias, que no se sienten atendidos. Tal vez las tablas anteriores puedan parecer retos inalcanzables, pero si no hay una concienciación y una exigencia por parte del propio lector, será imposible alcanzar una sociedad de bienestar social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 2, Nº 4, pp. 1-22.

Báñez, T., Besa, S., García, E. y Mas, A. (2016). Autoconocimiento y trabajo social reflexivo. De cómo coprotagonizar una práctica dialogada del trabajo social. En A. Guinot, C. y Ferran (editores). *Trabajo Social: El arte de crear vínculos* (pp. 2019-2028). Bilbao, España: DeustoDigital.

Baranowsky, A. (2002). The silencing response in clinical practice. On the road to dialogue. En C.R Figley (editor). *Treating compassion fatigue* (pp. 155-170). Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Ro.

Baron-Cohen, S. (2011). *Empatía Cero. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Benito, E., Arranz, P. y Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Actualizaciones*, Vol. 18, Nº 2, pp. 59-65.

Bermejo, J. C. (2012). *Empatía Terapéutica. La compasión del sanador herido*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Bernabé, J. J. (2013). Desgaste por empatía en psicólogos. Tesis de Maestría. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

Blom, B. (2002). The social worker-client relationship -a Sartrean approach. *European Journal of Social Work*, Vol. 5, Nº 3, pp. 277-285. doi:10.1080/714890055

Bourassa, D. B. (2009). Compassion Fatigue and the Adult Protective Services Social Worker. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 52, Nº 3, pp. 215-229. doi: 10.1080/01634370802609296

Bride, B. E., y Figley, C. R. (2007). The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 35, Nº 3, pp. 151-153. doi:10.1007/s10615-007-0093-5

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. y Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, Vol. 14, N° 1, pp. 27-35. doi:10.1177/1049731503254106
- Campos-Méndez, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de “burnout” en profesionales de Centros de mayores en Extremadura. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura, España.
- Campos, J., Cardona, J. y Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 24, N° 24, pp. 119-136. doi: 10.14198/ALTERN2017.24.07
- Campos, J., Cuartero, M. E., Adrover, J. A. y Cardona, J. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos. En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimena (editores). *Respuestas Transdisciplinarias en una sociedad Glogal. Derechos humanos e innovación social* (pp. 1-21). La Rioja, España: Universidad de la Rioja.
- Cardona, J. (2005). *Proyecto docente UIB: Trabajo Social con Casos*. Palma de Mallorca, España.
- Cardona, J. (2012). La definición del Contexto de intervención en el trabajo social de casos. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares, España.
- Cardona, J. (2017). La construcción del contexto de intervención profesional. En *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (Nau Llibre, pp. 67-86). España.
- Cardona, J., y Campos, J. F. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el Trabajador/a Social y el cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia*, Vol. 9, N° 2, pp. 17-35.
- Castillo, A. (2016). *La enseñanza y el aprendizaje de la empatía para el trabajo social*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Coetzee, S. K. y Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & health sciences*, Vol. 12, N° 2, pp. 235-243. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Cuartero, M. E. y Casado, T. (2016). Empatía y/o ecpatía; Encontrando el equilibrio en el arte de crear vínculos. En A. Guinot, F. y Ferran (editores). *Trabajo social: el arte de crear vínculos* (pp. 241-250). Bilbao, España: DeustoDigital.
- Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work*, Vol. 48, N° 4, pp. 451-459. doi: 10.1093/sw/48.4.451

- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 44, pp. 113-126.
- De Robertis, C. (1992). *Metodología de la intervención en el trabajo social*. Barcelona, España: El Ateneo.
- Dietrich, G. (1986). *Psicología general del Conselling*. Madrid, España: Heider.
- Duncan, B. L. (2014). The Person of the Therapist: One Therapist's Journey to Relationship. En *The Handbook of Humanistic Psychology. Theory, Research and Practice* (pp. 457-472). Londres, Reino Unido: Sage.
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Nueva York, Estados Unidos: Taylor & Francis.
- Figley, C. (2008). Traumatology. En *Encyclopedia of Violence, Peace, & Conflict* (pp. 2192-2202). doi:10.1016/B978-012373985-8.00235-X
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 58, N° 11), pp. 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona, España: Paidós.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona, España: Paidós.
- Geoffrion, S., Morselli, C. y Guay, S. (2016). Rethinking Compassion Fatigue Through the Lens of Professional Identity. *Trauma, Violence & Abuse*, Vol. 17, N° 3. doi: 10.1177/1524838015584362
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Emocional*. Madrid, España: Kairós.
- González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y eempatía. *Advances in relation mental health*, Vol. 4, N° 2, pp. 1-8.
- Guerra, C., Rodríguez, K. y Morales, G. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (*Preliminary Validation of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists*). *Psykhé*, Vol. 17, N° 2, pp. 67-78.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapist. *Clinical social work Journal*, N° 30, pp. 293-309.

Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 17*, N° 2, pp. 149-156.

Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Madrid, España: Katz.

Jacobson, J. M., Rothschild, A., Mirza, F. y Shapiro, M. (2013). Risk for Burnout and Compassion Fatigue and Potential for Compassion Satisfaction Among Clergy: Implications for Social Work and Religious Organizations. *Journal of Social Service Research, Vol. 39*, N° 4, pp. 455-468. doi:10.1080/01488376.2012.744627

Kearney, Weininger, Vachon, Harrison y Mount (2009). Self-care of Physicians Caring for Patients at the end of Life. *JAMA, Vol. 301*, N° 11, pp. 1155-1164.

Lee, J., y Miller, S. (2013). A Self-Care Framework for Social Workers: Building Strong Foundation for practice. *Families in Society, Vol. 94*, N° 2, pp. 96-103.

Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, N° 52*, pp. 397-422.

Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. Nueva York, estados Unidos: Teylor.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford.

Nelson-Gardell, D. y Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress, and Child Welfare Workers. *Child Welfare, Vol. 82*, N° 1, pp. 5-26.

Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberría, J., Paz, M. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema, Vol. 15*, N° 2, pp. 267-272.

Pooler, D. K., Wolfer, T. y Freeman, M. (2014). Finding Joy in Social Work II: Intrapersonal Sources. *Social Work, Vol. 59*, N° 3, pp. 213-221.

Quezada, M. X. (2012). *Síndrome de desgaste por empatía en los trabajadores voluntarios del asilo de ancianos de la Ciudad de Guatemala*. Tesis de pregrado. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Rizzolatti, G. y Aibid, M. (1998). Language within my grasp. *Trend in Neuroscience, N° 21*, pp. 188-194.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. y Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, Vol. 3, N° 2, pp. 131-141.
- Rogers, C. (1986). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona, España: Paidós.
- Rothschild, B. (2006). *Ayuda para el profesional de la ayuda*. Nueva York, Estados Unidos: Desclée de Brouwer.
- Salston, M. y Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 16, N° 2, pp. 167-174.
- Sansó, N. (2015). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears, Mallorca, España.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B. y Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & Health Sciences*, Vol. 16, N° 1), pp. 3-10. doi: 10.1111/nhs.12068
- Sprang, G., Clark, J. J. y Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, Vol. 12, N° 3, pp. 259-280.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Intitute of rural health. Idaho State University (ID), Estados Unidos: ProQOL.org
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. *ProQOL.org*. Pocatello: [accesp 03 semptiempre 2014]. Recuperado a partir de [http://proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
- Tremblay, M. A. y Messervey, D. (2011). The job demands-resources model: further evidence for the buffering effect of personal resources. *SA Journal of Industrial Psychology*, N° 27, pp. 10-19.
- Verduyn, P. y Lavrijsen, S. (2014). Which emotions last longest and why: The role of event importance and rumination. *Motivation and Emotion*, Vol. 39, N° 1), pp. 119-127.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C. y Segal, E. A. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, Vol. 60, N° 3, pp. 201-209.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona, España: Gedisa.



Sección Horizontes

# TRABAJO SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO EN CHILE: UNA REVISIÓN A LOS LINEAMIENTOS, METODOLOGÍAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

*SOCIAL WORK AND AGING IN CHILE: REVIEW, GUIDELINES,  
METHODOLOGIES AND PUBLIC POLICIES*

*Autoras*

DANIELA QUEZADA VERGARA\*

PALOMA ROJAS UBAL\*\*

CAROLINA SEPÚLVEDA BAHAMONDE\*\*\*

**DANIELA QUEZADA VERGARA\***

*Chilena, Trabajadora social Universidad Tecnológica Metropolitana.  
Santiago, Chile. Correo Electrónico: daniela.quezadav@utem.cl, Código  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8765-612X>*

**PALOMA ROJAS UBAL\*\***

*Chilena, Trabajadora social Universidad Tecnológica Metropolitana.  
Santiago, Chile. Correo Electrónico: paloma.rojasu@utem.cl, Código ORCID  
<https://orcid.org/0000-0002-6129-2305>*

**CAROLINA SEPÚLVEDA BAHAMONDE\*\*\***

*Chilena, Trabajadora social Universidad Tecnológica Metropolitana.  
Santiago, Chile. Correo Electrónico: carolina.sepulvedab@utem.cl, Código  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3986-598X>*

*Artículo recibido el 10 de mayo 2018 /  
aceptado el 16 de agosto 2018*

## Resumen

El envejecimiento, como fenómeno social, se ha establecido como una problemática y eje fundamental en la intervención del Trabajo Social. A partir de la necesidad de conocer cómo se está construyendo, se acude a documentos que constituyen la producción teórica sobre envejecimiento desde la disciplina, tales como: tesis de pregrado, artículos de revistas indexadas pertenecientes al Consejo de Rectores de Chile, artículos académicos y publicaciones de organismos nacionales e internacionales; y a través de estos documentos obtener una perspectiva panorámica en cuanto a lineamientos, metodologías y políticas públicas del Trabajo Social con adultos mayores.

### *PALABRAS CLAVE*

envejecimiento, metodologías, intervención social, investigación, políticas públicas.

---

## Abstract

Ageing as a social phenomenon has been established as a problematic and fundamental axis in the intervention of social work. From the need to know how it is being built we go to those documents that constitute the theoretical production on ageing from the discipline such as undergraduate thesis, articles of indexed journals belonging to CRUCH, academic articles and publications of national and international organizations, through these documents obtain a panoramic perspective in terms of guidelines, methodologies and public policies of social work with older adults.

### *KEYS WORDS*

ageing, methodologies, social intervention, investigation, public policies.

## INTRODUCCIÓN

Contemplar las transformaciones demográficas y sociales como el envejecimiento, supone un gran desafío para el Trabajo Social, considerando que existe una serie de complejidades asociadas al fenómeno, el cual se caracteriza por ser multidimensional, contingente y acelerado.

Las transformaciones sociales que ha traído consigo el envejecimiento, entre las que destaca el considerable aumento de adultos mayores en las sociedades contemporáneas, y particularmente en la chilena, ha despertado el interés y la necesidad de analizar las modificaciones estructurales y los cambios experimentados, además de entender las condiciones en las que se está trabajando desde la disciplina.

Así, a través de la revisión de documentos tales como tesis de pregrado, artículos académicos de revistas universitarias y publicaciones de organismos nacionales e internacionales desde 2000 a 2017, que constituyen la producción científica del Trabajo Social, es posible obtener una panorámica acerca de los lineamientos, metodologías y políticas públicas que abordan el envejecimiento.

Este documento se orienta a profundizar en el envejecimiento desde tres ejes principales: la construcción social y representaciones sociales del fenómeno, manifestación en el plano individual y familiar; y el trabajo social con personas mayores.

## ANTECEDENTES

### a. El envejecimiento como tema de investigación

El fenómeno del envejecimiento de la población es una situación de gran trascendencia social que está suscitando la atención a múltiples niveles: políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigación científica, por las innegables consecuencias que está produciendo y que se acentuarán en los próximos años (Pavón, 2007).

Es así como el envejecimiento se ha instaurado progresivamente como una dimensión significativa de estudio de diferentes disciplinas que han hecho un esfuerzo para comprender sus implicancias en torno a lo biológico y a lo cultural.

Desde la dimensión biológica del fenómeno se han generado diversos estudios que intentan explicar los factores relevantes del proceso del envejecimiento. Birren y Zarit (1985) establecieron la definición de envejecimiento biológico

como “el proceso de cambio del organismo que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce su capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales” (Millán, 2011, p. 7). Gutiérrez refiere que el envejecimiento biológico “ocurre a ritmos distintos en diferentes órganos y funciones; es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es, a la vez, estructural y funcional” (Gutiérrez, 1999, p. 126).

Por otra parte, las ciencias sociales también han estudiado el fenómeno del envejecimiento, resignificando a la vejez desde diferentes perspectivas. En palabras de Bazo, “El envejecimiento es una construcción cultural, una realidad que se crea y recrea en función de los demás cambios que se operan en el resto de las estructuras y en el conjunto de la sociedad” (Bazo, 1992, p. 80). Desde esta perspectiva puede visualizarse a la vejez como una etapa activa y al adulto mayor como sujeto que interactúa socialmente y es miembro de un contexto cultural.

Al realizar un análisis del fenómeno, no es desacertado inferir que la presencia de diversos prejuicios y estereotipos también es parte de su construcción. Lowick-Russell a través de un estudio realizado sobre las imágenes de la vejez en los jóvenes en Chile, indica que el 62% de los jóvenes califica a las personas mayores como “enfermizos”, el 66% como “frágiles”, el 52% como “marginadas”, un 59% considera que son personas “socialmente desvaloradas”; un 47% los considera “dependiente” y un 50% los considera “sexualmente no activos” (Lowick-Russell, 2010). Frente a esto se agudizan factores desfavorables para el segmento de la población correspondiente a los adultos mayores, los que se materializan en el aislamiento familiar y social, el abandono por negligencia o voluntario, la depreciación de sus capacidades, la invisibilización de sus problemas y, en síntesis, diversos factores que consolidan la vulneración de sus derechos.

### **b. El envejecimiento como problema de investigación y su relevancia para el Trabajo Social**

El Trabajo Social contribuye a la comprensión de los fenómenos estructurales y culturales de la vida cotidiana de las personas a partir de sus prácticas sociales habituales, que aportan saberes y conocimientos de las perspectivas y proyecciones al profesional. En este sentido, “la complejidad que enmarca a la vejez y sus procesos de envejecimiento, necesariamente deben ser incluidas en la perspectiva de la intervención social” (Mauros, 2014, p. 4). El trabajador social debe ser capaz de abordar el fenómeno del envejecimiento, no como un problema social, sino como una oportunidad de intervención, en donde se observen y se comprendan las condiciones personales que rodean a cada persona mayor.

Para la comprensión del fenómeno, Ludi (2005) propone el concepto de *situación de vejez*, señalando que:

La vejez corresponde a una construcción socio-cultural, sobre-determinada por dimensiones contextuales socioeconómicas, políticas y culturales que atraviesan la vida cotidiana; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físico, biológico, psicológico, social y emocional, constituyéndose en una experiencia única en relación a estos aspectos y dimensiones [sic.] (Ludi, 2005, p. 2).

En lo que respecta a la disciplina del trabajador social, se debe:

Identificar y problematizar dichas *situaciones de vejez*, que se configuran en la dinámica de relaciones sociales, a partir de condiciones materiales y simbólicas de vida; lo que implica poder cubrir o no, en forma adecuada, necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, salud, educación; de participación en procesos de gestación y asimilación de valores sociales, culturales; de construcción de ciudadanía (Ludi, 2011, p. 40).

De lo anterior, se destacan tres ejes fundamentales en cuanto al envejecimiento, que es preciso indagar:

- 1. Construcción social de la vejez y sus representaciones sociales:** en consideración de la existencia de visiones estereotipadas del fenómeno que se ven expresadas en denominaciones negativas y generalizantes, tales como: viejo, anciano y tercera edad. Además de los estigmas y prejuicios en torno a la vejez.
- 2. Manifestación de la vejez en el plano individual y familiar:** se establece este eje por la importancia de comprender cómo se desarrolla el proceso de envejecimiento en este plano en particular, el cual es abordado de manera insuficiente y principalmente desde la esfera biológica, considerando principalmente el deterioro físico del adulto mayor. La exclusiva atención en la parte biológica del proceso genera la importancia de conocer aquellos factores no contemplados, como: invisibilización social, carencia de rol social, entre otros.
- 3. Trabajo Social y envejecimiento:** en tercer lugar, es importante profundizar cómo se está trabajando desde la disciplina, cuáles son las metodologías y problematizar la escasa bibliografía sobre este ámbito, así como también la sistematización de experiencias profesionales y la reciente emergencia del tema como foco de estudio.

La pertinencia y relevancia de este estudio está fundamentada en la posibilidad de generar una visión holística sobre la base de aquellos documentos que



constituyen un marco de referencia para la profesión social. Lo cual permite conocer cómo se está abordando el fenómeno, a la vez que se ofrece una revisión actualizada de la temática, mediante el diálogo crítico y reflexivo en torno al envejecimiento.

## MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Para la elaboración del documento se estableció un marco teórico conceptual con dos dimensiones centrales. Estas son:

- **Envejecimiento como objeto de estudio:** se considera el envejecimiento como una dimensión significativa de investigación desde diversos enfoques, tales como biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Estos enfoques han llevado a la creación de la *gerontología* como ciencia, destacando la importancia de las teorías gerontológicas.
- **Dimensiones transversales del envejecimiento:** a través de los documentos recopilados se establece que existen temáticas que son transversales para cualquier investigación sobre envejecimiento como: aspectos demográficos del fenómeno, calidad de vida, cuidado de adultos mayores dependientes, vulneración y maltrato, políticas públicas, entre otros.

## MARCO METODOLÓGICO

Este estudio utilizó el método cualitativo de investigación y el enfoque epistemológico fue la teoría del construccionismo sistémico, el cual “encaja armónicamente con la complejidad en la sociedad contemporánea y se acopla con los mecanismos generales de la diferenciación social” (Arnold, 2000, p. 83). Por lo que se considera el constructo epistemológico más adecuado, pues permite el logro de los objetivos de la investigación, que son explorar y describir el estudio actual del envejecimiento, facilitando su exploración por los distintos sistemas sociales que constituyen la vida de las personas mayores, desde sus niveles: microsistema, mesosistema y macrosistema; comprendiendo así las expresiones personales, familiares, comunitarias, estructuras sociales y culturales del fenómeno, para así abordarlo desde la perspectiva del Trabajo Social.

El estudio es de tipo exploratorio-descriptivo y las técnicas utilizadas fueron la entrevista y el análisis de contenido para la elaboración del documento.

Adicionalmente, es importante aclarar que se utilizó una muestra intencional no probabilística, es decir: “la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las condiciones que permiten hacer el muestreo”

(Scharager y Armijo, 2001, p. 1). Esta muestra fue seleccionada por su aptitud considerando la gran densidad de documentos y limitaciones en la recopilación de documentos.

Los documentos que constituyen la muestra son:

- **Tesis de Pregrado** sobre el envejecimiento en Chile de cada una de las instituciones pertenecientes al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) que imparten la carrera de Trabajo Social.
- **Tesis de Magíster** sobre envejecimiento en Chile de cada una de las instituciones pertenecientes al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) que imparten la carrera de Trabajo Social.
- **Actas de Congresos** sobre envejecimiento en Chile de cada una de las instituciones pertenecientes al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) que imparten la carrera de Trabajo Social.
- **Artículos de revistas** científico- académicas indexadas nacionales, latinoamericanas o europeas.
- **Entrevistas** a trabajadores sociales expertos en el área de envejecimiento.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones de la investigación, se reconoce la existencia de las siguientes:

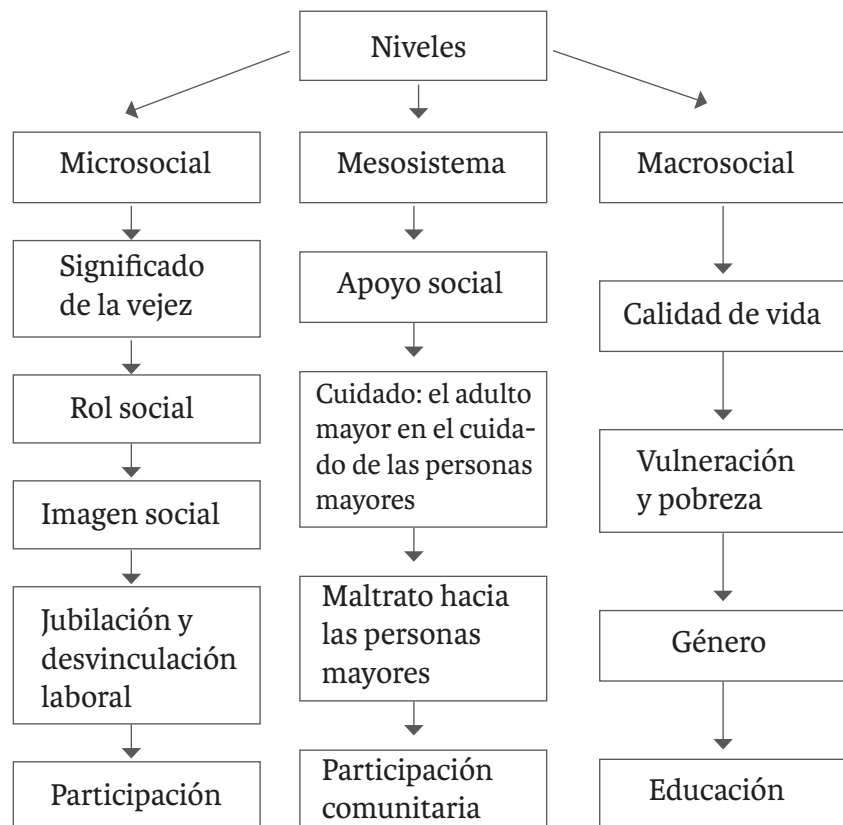
1. **Documentación:** no existencia de la versión impresa del documento en la biblioteca o centro de documentación de la institución, no existencia de la versión digital en los extremos del país o en aquellos lugares de difícil acceso por su lejanía geográfica. No préstamo o dificultad para el fotocopiado del documento.
2. **Territorio:** dificultades de desplazamiento (instituciones en el extremo del país). Expertos fuera del territorio sin posibilidad de realizar entrevistas *on line*.
3. **Registro bibliográfico:** catálogo *on line* de bibliotecas sin un registro actualizado y bibliotecas sin catálogo *on line*.
4. **Redes interuniversitarias:** dificultad en la comunicación de la red del CRUCH y ausencia o precariedad en redes de cooperación entre universidades.

## HALLAZGOS DE LA REVISIÓN DOCUMENTAL

### 1. Primera dimensión del objeto de estudio: líneas de investigación de la producción teórica de envejecimiento en trabajo social

El análisis de las líneas de investigación contempló a la Teoría General de Sistemas para su sistematización. Siguiendo lo anterior, se plantean tres niveles de análisis: lo microsocial se relaciona con el plano individual del adulto mayor, el mesosistema con el plano familiar y comunitario; y lo macrosocial se relaciona con aspectos estructurales de la realidad social del adulto mayor (Esquema 1):

Esquema 1. Desglose de los niveles de investigación



Fuente: Elaboración propia (2018)

## 2. Segunda dimensión del objeto de estudio: estrategias metodológicas

Para comprender la metodología se debe considerar para esta investigación la existencia de dos tipos. La primera son las metodologías de investigación que consisten en una serie de procedimientos utilizados para la interpretación de un fenómeno social, en este caso el envejecimiento. Y, en segundo lugar, las metodologías de intervención, las cuales consisten en el conjunto de métodos utilizados para la intervención en Trabajo Social con el objetivo de profesionalizar la acción social.

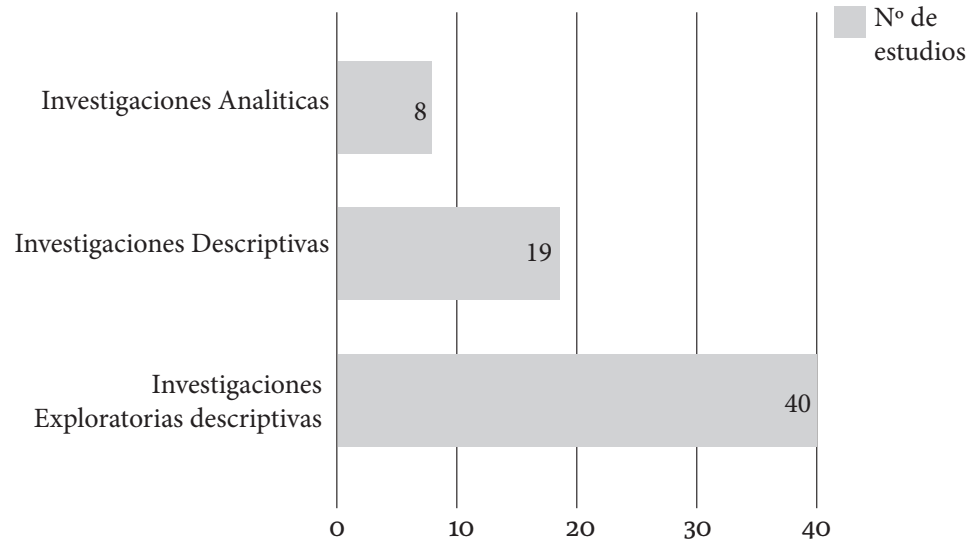
Esta alusión a las metodologías utilizadas en las investigaciones permitirá comprender de mejor manera la importancia tanto para la investigación como para la intervención en trabajo social, y cómo desde la producción teórica se han ido incorporando las metodologías como uno de los pilares fundamentales para el Trabajo Social con adultos mayores.

La revisión de las técnicas empleadas en las investigaciones analizadas, permite observar una prevalencia en estudiar el fenómeno del envejecimiento desde el enfoque cualitativo (Gráfico 1). La mayoría de los estudios revisados utilizó como técnicas de recolección las entrevistas en profundidad, discusiones grupales, *focus group* o la observación participante; es decir, interactuaron directa y personalmente con los sujetos parte del estudio.

Este resultado arroja un antecedente fundamental. La mayoría de los documentos utilizados para esta investigación es de enfoque cualitativo. Esto quiere decir que los autores pudieron aprehender de la realidad inmediata sin generalidades y en primera persona. En palabras de Mendoza, el enfoque cualitativo “tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible” (Mendoza, 2006, p. 32).

Por su parte, y en contraste con lo anterior, el método cuantitativo, también utilizado, abarca el fenómeno con instrumentos estandarizados y análisis de datos para comprender el fenómeno del envejecimiento. Dentro de este paradigma destacan dos investigaciones que trabajaron con muestras superiores a los quinientos casos, cuyos resultados permitieron conocer el comportamiento del fenómeno a alta escala, resultado que no hubiese sido posible con un estudio de corte cualitativo

### Gráfico 1: estudios epistemológicos predominantes en la producción teórica



Fuente: elaboración propia

#### 2.1. Metodologías utilizadas para la intervención en trabajo social

Del total de los documentos, se establece que son las revistas científicas indexadas las que realizan los mayores aportes sobre metodologías, intervención y propuestas. Por otra parte, se reconoce que existen aportes desde las tesis, que, si bien no explicitan su aporte desde lo metodológico, se deduce a partir de su contenido que corresponden a este tipo de contribución.

Los hallazgos referidos a los métodos de intervención permiten mencionar que la mayor parte de los textos analizados se posicionó desde el método de Trabajo Social de caso (23); en segundo lugar, el Trabajo Social de grupo (17); en tercer lugar, las metodologías mixtas (14), de las cuales es relevante destacar que todas contienen el método de caso; y en último lugar los métodos comunitarios (11).

A través del contexto gerontológico se proponen en las investigaciones modelos de intervención como lo es la *Gerogogía*, que es “un modelo de intervención a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, que permite potenciar al adulto mayor funciones cognitivas utilizando como recurso técnico la acumulación de experiencias para alcanzar ese sujeto un elevado grado de especialización y dominio en los más diversos campos de interacción humana” (Chavarriaga y Franco, 2009, p. 27). El objetivo de este modelo es implementar procesos socioeducativos que favorezcan la integración de los adultos mayores a procesos de aprendizaje continuo, a través de espacios diseñados para la creatividad, el sano esparcimiento, la

participación ciudadana, y la estimulación mental-social que favorezca el máximo de su capacidad funcional (Chavarriga y Loaiza, 2009, p. 27). Este se puede implementar desde el método individual, grupal o comunitario, según donde se ponga en práctica y los recursos que se pretende fortalecer.

Otro aspecto importante de este modelo es el énfasis al aprendizaje, considerando que las personas no pierden su capacidad de aprender, se relaciona con el autoconocimiento, la reflexión y facilita la expansión de conocimientos respetando la historia de vida del usuario, potenciando el cambio a la percepción negativa de la vejez.

Preciado propone el uso de dos modelos para los profesionales que intervienen en espacios con adultos mayores institucionalizados. El primero es el *Modelo de Intervención Ave Fénix*, “cuyo objetivo parte del renacimiento del adulto mayor, a partir de encontrar elementos de motivación que le permitan recobrar su energía vital y aprender a vivir mejor; reconociendo sus debilidades y magnificando sus potencialidades” (Preciado, 2004, p. 80).

Este modelo se basa en las propuestas de Kisnerman y Howard Gardner, señalando la importancia de las teorías de las inteligencias múltiples, las cuales son: inteligencia lógica, matemática, lingüística, espacial, musical, corporal, emocional y naturista, complementado con las teorías sistémica, humanista y de comunicación; con la finalidad de transformar a la persona mayor, incrementando su actividad, entusiasmo y producción, de manera que pueda reconocer sus necesidades gestionando el apoyo que necesita, todo esto bajo una perspectiva de la trascendencia.

La segunda propuesta es el *Modelo de Atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde el Trabajo Social*, donde la persona mayor es el foco principal del sistema. Se considera que los cambios que ocurrirán a lo largo de su vida parten desde cómo las personas se involucran en las actividades y estrategias que se van generando en los diversos programas de atención. Por lo tanto, se pretende que aprendan y/o refuercen aquellas habilidades sociales que fueron desapareciendo o debilitando en el proceso de envejecimiento.

Las principales influencias para este modelo son la *Teoría de la Actividad*, la *gerontología educativa y social*, la *gerontología humanista*, la *teoría sistémica*, el *método Montessori*, el apoyo social y el *modelo de la calidad de vida*.



### 3. Tercera dimensión del objeto de estudio: aproximaciones a las políticas públicas para las personas mayores

Frente a lo anterior, en particular en el contexto chileno y durante los gobiernos coincidentes con estos años (2000 a 2017), se han tomado decisiones para responder a las juntas internacionales y los acuerdos comprometidos:

Un trabajo específico para el Adulto Mayor desde el año 1974, con la creación de CONAPRAN (Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad), posteriormente en el año 1995 se crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, bajo un enfoque de envejecimiento activo y participativo, que da paso a la Política Nacional del Adulto Mayor en el año 1996, teniendo como objetivo mejorar las condiciones de vida de los Adultos Mayores, lo que da paso a la creación del SENAMA en el año 2003 (Bravo, Moraga y Torres, 2014, p. 34).

En el año 2012 se genera la política integral de envejecimiento positivo para el periodo 2012-2025. Se habla de una *política de envejecimiento*, porque nace en respuesta de un proceso dinámico presente en el ciclo de vida y de la historia. Asimismo, se habla de *envejecimiento positivo* por dar respuesta al cambio demográfico y generar un futuro deseable, “donde las personas mayores sean saludables, integradas y reportan niveles de bienestar subjetivo tan alto como los jóvenes” (SENAMA, 2012), teniendo en cuenta, en primer lugar, al *envejecimiento saludable*, que está orientado a la salud, cuidados y vida saludable. En segundo lugar, al *envejecimiento activo*, que toma la importancia en los aspectos sociales en cuanto a participación, educación, seguridad económica, vivienda y transporte. Por último, el *envejecimiento positivo*, que toma en cuenta el maltrato, acceso a la justicia, investigación, bienestar subjetivo e identidad. Frente a esto la política desarrolló objetivos que dan cuenta de estos tres enfoques para que se aborde el envejecimiento de manera integral. Los tres objetivos generales son:

- a. Proteger la salud funcional de las personas mayores.
- b. Mejorar su integridad y participación en distintos ámbitos de la sociedad.
- c. Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de las personas mayores.

De esta manera se pretende generar una visión de la vejez en que las personas mayores sean autovalentes, integradas, participativas e incrementen su calidad de vida, a partir de estos tres enfoques. Generar acciones desde

distintas dimensiones, integrando a las personas mayores a todos los espacios, en mejores condiciones ambientales y jurídicas, disminuyendo el deterioro físico y mental, contribuyendo a la construcción de la vejez de manera positiva.

## CONCLUSIONES

A partir del cumplimiento de los objetivos de la investigación y en lo que respecta a la comprensión del envejecimiento desde la producción teórica del Trabajo Social, pueden establecerse de modo general las siguientes conclusiones y reflexiones. En razón de lo anterior, las conclusiones y reflexiones estarán dispuestas según los objetivos específicos del estudio:

Se estableció como primer objetivo específico **identificar las líneas de investigación en la producción teórica de envejecimiento en Trabajo Social**. Se reconoce que existe una tendencia por parte los autores en investigar la especificidad del fenómeno y no solo entregar una mirada general de ella.

La temática más estudiada fue **participación social** a través de estudios realizados en juntas vecinales, clubes de adulto mayor u otras instancias comunitarias. Los grandes aportes desde esta focalización radican en la importancia de la participación en la vida de los adultos mayores como herramienta para mejorar aspectos tales como la autonomía y la autovalencia.

En segundo lugar, figuraron aquellos documentos cuyos lineamientos se acercaban a la temática de **políticas públicas** o bien, enfrentaron en su análisis problemáticas atinentes al adulto mayor, tales como el empobrecimiento y las dificultades en el acceso a la salud, vivienda y/o justicia.

El tercer lineamiento más comúnmente abordado fue la temática **calidad de vida**, comprendido desde la complejidad del concepto con múltiples características subjetivas del adulto mayor y su sentido de necesidad innegable.

Los estudios en materia de jubilación y desvinculación laboral, aportaron una numerosa concentración de investigaciones en el ámbito de la **calidad de vida**. Lo anterior cobra sentido al considerar que en Chile la visión del envejecimiento se encuentra muy relacionada con la actividad y la utilidad del adulto mayor, que está generalmente relacionada con la capacidad productiva y laboral. Por lo tanto, los estudios de jubilación y/o desvinculación laboral se realizan generalmente para comprender los cambios significativos que traen consigo la inactividad en las personas mayores; y también para examinar las consecuencias en que tendría para el adulto mayor mantenerse toda su vida activo.

Estos tres lineamientos (participación social, políticas públicas y calidad de vida) constituyen las bases transversales de las investigaciones analizadas y son considerados así por la relevancia para la formulación de los diversos documentos, libros, tesis y artículos de revistas científicas, razón por la cual son materia ineludible para esta investigación.

Por otra parte, y en contraste a lo anteriormente señalado, es importante considerar la existencia de líneas de investigación que fueron escasamente abordadas, como el caso de la **inclusión** y el **apoyo social**. Sin embargo, otros aspectos para considerar son aquellos lineamientos que son abordados de manera tangencial, como **sexualidad** e **imagen social**. En ambos casos no se profundiza en la temática, sino que es contextualizada de manera superficial, lo que generaría una tendencia a la invisibilización de estas problemáticas, que aún no se han consolidado como tales o aún son consideradas temáticas emergentes como líneas de investigación en Trabajo Social.

Finalmente, es importante establecer que existen algunos lineamientos o temáticas específicas que se consideran relevantes y no fueron investigadas en los documentos recopilados. Entre estas se encuentran: adultos mayores en contextos específicos como la urbanidad, contextualización de la vivencia en las diversas zonas geográficas de Chile, adultos mayores pertenecientes a pueblos originarios, formación y capacitación educacional en personas mayores. Es decir, hay muchas realidades específicas de las personas mayores que no son conocidas o investigadas desde el Trabajo Social, que son fundamentales para comprender la vejez y formar parte de las construcciones que se están generando principalmente para trabajar con este grupo etario.

Para analizar las metodologías de intervención y de investigación que se utilizan desde el Trabajo Social frente al fenómeno del envejecimiento, se planteó como segundo objetivo específico **reconocer las principales aportaciones teóricas de la investigación en términos de conceptos, análisis, debates y estrategias metodológicas**.

Desde el análisis de los documentos se concluyó que, en cuanto a los enfoques de investigación, existe mayoría en estudios cualitativos, en los que las técnicas generalmente utilizadas fueron: entrevista a profundidad, discusiones grupales y/o la observación participante. Estas permiten una comprensión holística del fenómeno del envejecimiento, al incluir las experiencias de vida de las personas mayores.

Así, también las investigaciones cuantitativas, a pesar de ser realizadas en menor cantidad, entregaron datos estadísticos concretos que permitieron al estudio observar el fenómeno del envejeciendo a gran escala; puesto que, en la mayoría de los casos, se analizaron poblaciones de más de quinientas personas mayores. En cuanto a las metodologías de intervención utilizadas

en el Trabajo Social, las principales intervenciones fueron las *de caso* y *mixto*; es decir, prevaleciendo la intervención de caso y complementándose con grupo y/o comunidad. Mientras la *intervención de caso* enfatiza su atención en reconocer necesidades y recursos individuales, la *intervención en grupo* enfatiza en generar la participación, inclusión e integración de las personas mayores a su entorno y desde lo comunitario, se media entre lo global y lo local con el adulto mayor.

En general, el trabajo social con personas mayores tiene gran cercanía con la *gerontología social*, espacio en el que existe una complementariedad entre ambas disciplinas para lograr una mejor intervención. Es por esto que los expertos entrevistados fueron enfáticos en recomendar la especialización de trabajadores sociales que trabajan con personas mayores en el campo de la *gerontología social*, principalmente para la comprensión más amplia del fenómeno desde las distintas teorías gerontológicas, como también para utilizar métodos educativos de empoderamiento, que la gerontología refuerza para la transformación de la vejez.

Se propone que la especialización comience en el pregrado de las carreras de Trabajo Social, como cátedras que sirvan de base para el trabajo con personas mayores, así como también, una forma de incentivar al trabajo gerontológico. En cuanto a los profesionales, es necesario generar estudios de postgrado en *gerontología social* y *trabajo social gerontológico* para la mejor preparación de los profesionales, tanto en la intervención como en la investigación.

En resumen, el Trabajo Social necesita fortalecerse en teorías y metodologías que sean acorde a las personas mayores, en las que se integren los enfoques de investigación para seguir profundizando en aspectos cualitativos sobre las personas mayores, sus familias y la comunidad; de manera tal que se integren metodologías de la intervención gestionando los ajustes necesarios para la adaptación de la vejez en la sociedad, abriéndose a investigar e intervenir en dimensiones y lineamientos poco estudiados y otras áreas invisibilizadas en la vida de los adultos mayores, para fortalecer la disciplina como una red de apoyo fundamental en la transformación de la sociedad que cada día envejece más.

Adicionalmente, este documento se planteó como tercer y último objetivo específico **analizar las propuestas y recomendaciones de las investigaciones en relación con las políticas públicas hacia los adultos mayores**. Es posible determinar, desde el análisis de los documentos, que la política pública es la principal herramienta para intervenir en el plano social y debe ser un proceso de construcción que se realice entre la sociedad civil y el Estado.

De esta manera los sujetos, la familia, la comunidad y el poder político pueden tener la misma injerencia en la proposición de mejoras hacia las personas mayores, evitando que los poderes Ejecutivo y Legislativo, –los cuales dependen de una agenda política que es determinada por factores ideológicos y que al término de cada período de gobierno podrían dejar de financiarse o quedar a cargo de entidades ajenas a la representación política–, deje al arbitrio de terceros el funcionamiento de dichos proyectos por razones económicas, políticas o razones relacionadas con los intereses de actores privados.

Dicho con otras palabras, se plantea que es necesaria la proclamación de políticas públicas cuya durabilidad de proyectos sea garantizada de manera tal, que el cambio de los programas de gobierno no interfiera en el desarrollo de la protección de personas mayores. El primer tema que se desprende de las aportaciones teóricas es el cuidado a las personas mayores no autoválidas o con algún grado de dependencia.

En este contexto se puede concluir principalmente que las personas que realizan dicha labor corresponden, en su mayoría, al caso del cuidador informal que es parte del grupo familiar, de sexo femenino y con una escasa preparación teórico-práctica en el área. Con estos antecedentes, es posible aseverar que las políticas públicas no llegan a intervenir directamente en la problemática que se presenta en el desempeño de cuidar, dejando en manos del entorno familiar o comunitario la labor que, en ocasiones, excede los límites físicos y psicológicos de su entorno cercano y del cuidador principal.

Las instituciones trabajan de manera separada las diferentes necesidades de los adultos mayores; es decir, su injerencia se encuentra dividida entre las distintas especialidades médicas y las distintas problemáticas sociales que presenta el adulto mayor o su familia. Estas se encargan de una parte del problema, sin tener conexión entre sí. A causa de ello es posible identificar –a partir de los textos analizados– que no existe un trabajo multidisciplinario entre las áreas ya mencionadas, lo que ocasiona que los cuidadores acudan tan solo a las instancias propias del adulto mayor y no a las que tienen que ver con su integridad o preparación personal. Esto se puede ocurrir debido a la falta de tiempo, desinterés o porque consideran que no necesitan ningún tipo de ayuda por parte de terceros.

Por otra parte, las instituciones públicas tampoco han desarrollado una labor preventiva que esté dirigida a la orientación o ayuda mutua y colaborativa que debería existir en el entorno más cercano al adulto mayor, a modo de evitar que la responsabilidad recaiga en un solo miembro de la familia. Con este tipo de políticas se prevendría a largo plazo el estrés del cuidador y todo lo que ello conlleva.

El segundo tema que se desprende de la producción teórica analizada es la calidad de vida de las personas mayores. Es posible mencionar de lo anterior que la participación y la integración social son áreas fundamentales en las tareas de gobierno y en las políticas públicas actuales. Estas promueven el bienestar individual a través de la participación activa y una vida saludable.

De esta forma es posible afirmar que existe gran interés por parte de las autoridades en promover mayor autovalencia y autonomía de las personas mayores, manteniéndoles activos tanto en el plano laboral como en el comunitario, pero sin olvidar la individualidad.

En vista de lo anterior, se hace necesaria la importancia de abrir los espacios de participación comunitaria, de educación frente a la alimentación sana, de prevención de enfermedades crónicas y del incentivo del deporte, pero incorporando dicha proyección de la actividad al entorno cercano del adulto mayor y no solo al sujeto. Así, sujeto y comunidad interactúan consolidando la integración, que determinará el aprendizaje de futuras generaciones sobre prevención y cuidado de cada uno de los miembros de la familia.

Los aspectos como salud y educación se incorporaron al tema de calidad de vida, puesto que dichos factores son importantes para el bienestar físico, psicológico y social de las personas mayores. En relación con la salud, se desprende que a pesar de que la salud es gratuita en los centros asistenciales públicos para todos los adultos mayores, la deficiente calidad de la atención y la precaria red de especialistas hacen que las personas mayores busquen nuevas alternativas, que casi siempre son privadas y con un alto costo tanto para el individuo como para su red familiar. Entonces, es de vital importancia crear centros primarios de salud especializados en adultos mayores, donde la atención centre su foco en las demandas inmediatas de los adultos mayores, pero también considere la prevención como recurso base y, a su vez, cuente con derivación en plazos cortos a centros de larga estadía, puesto que los que existen actualmente cuentan con latencia de dos años para ingresar. En definitiva, que la atención sea integral y al alcance de todas las personas mayores.

Referente a las investigaciones que incursionaron en el área de la educación, se puede concluir que las principales acciones que realizan políticas públicas apuntan, en primer lugar, a la alfabetización digital, que permite acercar a las personas mayores a las tecnologías actuales y, en segundo lugar, a la capacitación laboral, que consiste en instruir con oficios e integrar a los adultos mayores al campo laboral.

Tanto la alfabetización digital como las capacitaciones laborales se encuentran afines a los tiempos modernos y la globalización, contexto en el cual urge que los adultos mayores se mantengan activos y puedan seguir trabajando



hasta después de jubilarse, actividades en que el uso de las herramientas digitales es fundamental para este fin. En resumen, la educación se muestra como una herramienta para la inclusión de los adultos mayores con las nuevas tecnologías; sin embargo, es una forma más de mantenerlos activos laboralmente por mucho más tiempo.

La seguridad económica y las jubilaciones también son parte importante en la calidad de vida de las personas mayores. La presente investigación permite establecer que el sistema de pensiones precariza la calidad de vida de los adultos mayores. Una vez que las personas jubilan, sus ingresos familiares descienden a más de la mitad de lo que percibían manteniéndose activos laboralmente. Los ingresos que se reciben a través de las pensiones, ya sea la Pensión Básica Solidaria o la producida durante los años de trabajo a través de las AFP, no logran cubrir los gastos mínimos y necesarios de los adultos mayores y las fuentes revisadas no dudan en consignar que el Estado no proporciona seguridad económica a dicho sector etario, puesto que no aporta financieramente a los sectores de ingresos medios y solo considera a las personas pertenecientes al 60% más empobrecido de la población, para la entrega de un aporte que tan solo reajusta el monto de las jubilaciones cuando su previsión no cumple con el monto mínimo legal. En definitiva, en materia de seguridad económica, las gestiones públicas no satisfacen las necesidades de los adultos mayores y en este sentido no existe una voluntad política que ampare la promoción de pensiones dignas y que garanticen la cobertura total de sus necesidades básicas.

El último punto que se aborda dentro del tema de calidad de vida es el maltrato hacia las personas mayores. Las políticas públicas actuales han dispuesto programas con el fin de disminuir las prácticas del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores. En este sentido, se han generado planes para la prevención del delito estableciendo programas que operan en contra del maltrato hacia los adultos mayores, además de realizar cambios en la Ley N° 20.066 (de Violencia Intrafamiliar) que incluye a los adultos mayores dentro de este marco legal, pues activa una serie de protocolos de derivación con el fin de proteger a las víctimas y evitar así futuras vulneraciones, delitos y/o crímenes dentro de los grupos familiares.

Aunque la agenda política de los últimos gobiernos ha puesto en la palestra el tema del maltrato en contra de niños, mujeres y también los adultos mayores, es posible determinar –desde las investigaciones analizadas– que no existe una legislación que proteja a los adultos mayores de manera particular; es decir, una ley que solo considere las diferentes problemáticas de los adultos mayores. Estos se acogen a las distintas leyes dispuestas para toda la población, provocando en muchas ocasiones que los jueces utilicen sus propios criterios para realizar veredictos, lo que propicia desprotección legal y precarización en

las intervenciones que se realizan las oficinas de protección del adulto mayor, debido a la falta de leyes y protocolos capaces de resguardar la integridad de un adulto mayor. En pocas palabras, se hace necesario seguir avanzado en materia legal, creando una legislación que ampare desde la individualidad las problemáticas de los adultos mayores chilenos y así no se produzcan vacíos legales ni diferentes interpretaciones para un solo fenómeno.

El último tema que se desprende de la producción teórica analizada es el fomento que realiza el Estado para la investigación científica, cuyo objetivo consiste en conocer aún más el fenómeno del envejecimiento. Las políticas públicas, por medio del financiamiento, han otorgado mayores recursos a FONDECYT en la elaboración de estudios en torno a la vejez. A pesar de las iniciativas gubernamentales, todavía existe un número reducido de profesionales especializados en el área gerontológica capaces de realizar aportes considerables a la política pública, debido a la poca especialización de estos en el área. De este modo se vuelve indispensable que los profesionales, quienes trabajan con adultos mayores, se especialicen mediante el constante aprendizaje teórico-metodológico referente al tema, de manera que se aumente la investigación en la temática y así exista un conocimiento, si no acabado, considerablemente superior en torno a este fenómeno, cuyo aporte generaría mejores intervenciones en el plano biopsicosocial y también daría paso a una mejor calidad de vida de los adultos mayores.

A modo de cierre, se establece en definitiva que visibilizar a las personas mayores como prioridad de manera integral y como sujeto de derechos en el proceso de envejecimiento de la población, da paso a contrarrestar la vulnerabilidad, la desigualdad y la pobreza. La inequidad y la exclusión impiden el ejercicio pleno de los derechos humanos, y estos conflictos originan la importancia de las políticas sociales destinadas a la población. De esta forma, la integración de las personas mayores en distintos espacios se proyecta como una prioridad en la producción de nuevos compromisos, investigaciones y proporcionando más recursos en materia preventiva. El Estado tiene un importante rol que desempeñar en términos subsidiarios, legislativos y promotores sobre la calidad de vida de los mayores.

Como se mencionó anteriormente, queda mucho por avanzar, principalmente en legitimar como actor principal al adulto mayor, incluyendo todo lo que lo constituye, es decir, su red familiar y la sociedad civil. Se considera, entonces, que, si bien la existencia de la actual legislación o las políticas sociales no garantizan su cumplimiento, estas son necesarias y constituyen la herramienta para la reivindicación de derechos de los adultos mayores. Asimismo, la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no solo es trabajo del Estado, sino también, de toda la sociedad.

## APORTES PARA EL TRABAJO SOCIAL

El envejecimiento poblacional ha sido un fenómeno que paulatinamente ha comenzado a adquirir una atención particular en las ciencias sociales, tal como es señalado a lo largo del documento. Frente a esto el Trabajo Social ha tenido una serie de desafíos que han sido manifestados tanto por las investigaciones como por los expertos en la temática.

Uno de los principales desafíos para los profesionales insertos en esta área es la escasa formación. Por lo tanto, es necesario aumentar los espacios de aprendizaje que permitan que los profesionales tengan las herramientas necesarias para poder incorporarse a equipos de trabajo interdisciplinario, con la finalidad de mejorar la intervención en adultos mayores. Además de incrementar la especialización, principalmente en el campo de la *gerontología social*, y por otra parte el fortalecimiento de los conocimientos en particular las bases teóricas, epistemológicas y metodológicas que deben estar presentes en toda acción social.

En cuanto a la intervención, los trabajadores sociales deben ser actores sociales involucrados activamente con su trabajo, considerando al adulto mayor como un agente social en situaciones de vulnerabilidad, sin que esa situación en particular genere una intervención de tipo asistencial. Por lo tanto, en cuanto a la planificación de esta debe ser autónoma y situacional considerando la realidad del adulto mayor.

Además, como disciplina transformadora, debe contribuir a cambiar las representaciones sociales construidas en torno a la vejez manifestada a través de prejuicios y estereotipos presentes en la sociedad, esto en el rol de educador enfocado en la transformación social y cultural del envejecimiento de manera que sea un proceso significativo para los adultos mayores. Por consiguiente, el Trabajo Social como disciplina debe adquirir como base de su intervención el gatillar los procesos sociales, fortalecer el vínculo social, propiciar la descentralización y finalmente tomar el rol de agente democratizador que fomente el ejercicio de la ciudadanía y los derechos humanos.

A partir de lo anterior, se establece que es contingente generar una visualización y reconocimiento de las vidas de las personas mayores, puesto que el Trabajo Social es por excelencia una de las disciplinas que tiene mayor cercanía con las personas. De manera tal que los profesionales son los que en gran parte evidencian las necesidades de los usuarios, siendo finalmente el nexo entre las personas y las instituciones. En consecuencia, el gran desafío es cómo se identifican aquellas problemáticas, vacíos y conflictos presentes en la realidad social y cómo se involucran a los actores sociales a lo largo del proceso, en especial en la elaboración de estrategias para potenciar las políticas públicas.

En definitiva, se establece la existencia de un elemento en común que requiere una atención en particular y que tiene relación con el reconocimiento de la vejez y los adultos mayores, donde se comprende el envejecimiento como un fenómeno amplio y multidimensional, pero con escaso énfasis en los significados de los adultos mayores. Por tanto, el rol de educador del trabajo social es sumamente relevante en cómo se contribuye en el imaginario de la vejez.

Finalmente, se requiere incrementar los espacios de conocimiento y formación para poder tener las herramientas necesarias para el trabajo social con adultos mayores. Entonces, se sugiere aumentar las instancias de sistematización de experiencias en intervenciones con adultos mayores que se sumen a las ya existentes y permitan aumentar en volumen y contenido la interpretación del fenómeno desde el Trabajo Social.

## BIBLIOGRAFÍA

Bazo, M. T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista española de investigaciones sociológicas*. N° 60, pp. 75- 90.

Chavarriga, A. y Franco, G. (2009). Gerontología: aprendiendo a envejecer, prosperidad en el atardecer. *Rumbos TS*, Vol. 4, N° 4, pp. 25-36.

Lowick-Russell, J. (2010). Ley para abordar el maltrato a personas mayores en Chile: evidencias, tratamiento normativo y desafíos inmediatos. *Red Latinoamericana de Gerontología*. Vol. XII. N° 126, pp. 1-8.

Ludi, M. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Cátedra paralela*, N° 8, pp. 33-47.

Ludi, M. (2005). Envejecimiento activo y participación social en sectores de pobreza.

Buenos Aires, Argentina: X Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

Mauros, R. (2014). Área de Vejez y Trabajo Social: Debate crítico y práctica profesional.

Montevideo, Uruguay: Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de la República).

Millán, J. C. (2011). *Gerontología y Geriatría: Valoración e intervención*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Paola, P., Mara, D. y Manes, R. (2012). Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico: Tránsitos, miradas e interrogantes. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.

Pavón, J. (2007). Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, N° 42, pp. 15-56.

Piña, M. (2002). Trabajo social gerontológico: investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. *Rumbos TS.*, Vol. 4, N° 5, pp. 13-30

Piña, M. (2006). *Trabajo social gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración para social para personas mayores*. Santiago de Chile: Universitaria.

Piña, M. (2011). Intervención social gerontológica: articulando las dimensiones epistemológicas teóricas y metodológicas. *Rumbos TS.*, Vol. 4, N° 1, pp. 37-49.

Preciado, S. (2004). El adulto mayor, las casas de atención y la propuesta de un modelo de atención social: revisión de su aplicación y propuestas. *Rumbos TS.*, N° 9, pp. 79-97.

Schalock, R., Keith, K. D., Verdugo, M. y Gómez, L. (2001). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. En Verdugo, Gómez y Arias. *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores* (M. Verdugo y C. Jenaro, traductores). Madrid, España: Alianza.

SENAMA (2012). *Personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto mayor.

## Sección Praxis

# LA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN LA POBLACIÓN USUARIA COMO MANIFESTACIÓN DE *VIOLENCIA SIMBÓLICA* EN SALUD. INFORME DE SISTEMATIZACIÓN

*THE VULNERATION OF RIGHTS IN THE USER POPULATION AS  
MANIFESTATION OF SYMBOLIC VIOLENCE IN HEALTH.  
REPORT OF SYSTEMATIZING*

### *Autoras*

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES\*

KETTY CAZORLA BECERRA\*\*



**PATRICIA CASTAÑEDA MENESES\***

*Chilena, académica e investigadora. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.*

*Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona. Correo electrónico: patricia.castaneda@uv.cl. Código ORCID 0000-0002-4676-5872.*

**KETTY CAZORLA BECERRA\*\***

*Chilena, académica e investigadora. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.*

*Magíster en Salud Pública. Universidad de Valparaíso. Correo electrónico: ketty.cazorla@uv.cl. Código ORCID 0000-0001-7982-7948.*

*Artículo recibido el 26 de abril de 2018/  
aprobado el 08 de agosto de 2018*

## Resumen

El artículo presenta los resultados de una sistematización cuyo objetivo busca analizar las manifestaciones de violencia simbólica presentes en las experiencias de atención sanitaria desarrolladas por los equipos de salud que se desempeñan en los establecimientos públicos y municipales localizados en la zona de Valparaíso Metropolitano, en el marco de la implementación de la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes de la población usuaria de salud. Para ilustrar esta expresión se analizan sus manifestaciones bajo el alero de la Ley N° 20.584, dictada en el año 2012 y que instaló un marco regulador normativo frente a los eventos de potencial violencia simbólica en el sector salud, haciendo explícitos los derechos y deberes que las personas usuarias tienen de conformidad con la Constitución chilena vigente. Se revisan los ámbitos temáticos de derecho relacionados con la dignidad, la autonomía y la información y el ámbito de la discapacidad, junto con los deberes usuarios, ilustrando las situaciones de violencia simbólica que se pudieran presentar en dichos contextos.

### *PALABRAS CLAVE*

violencia simbólica,  
derechos en salud,  
deberes en salud

## Abstract

The article presents the results of a systematization whose objective seeks to analyze the manifestations of symbolic violence present in the health care experiences developed by the health teams that work in public and municipal establishments located in the Metropolitan Valparaíso area, in the framework of the implementation of Law N° 20.584 of rights and duties of the health user. For illustrate this expression his manifestations analyze in the frame of the Law N°20.584 of Laws and Duties of the population using of health, dictated in the year 2012 and that installs a normative regulator opposite to the events of potential symbolic violence in the sector health, making explicit the Laws and Duties that the persons using have of conformity to the Chilean in force Constitution. The thematic areas of law related to dignity, autonomy and information and the field of disability are reviewed, together with the user duties, illustrating the situations of symbolic violence that they present in the above mentioned contexts.

### *KEYS WORDS*

symbolic violence, right  
in health, duties in  
health

## 1. ANTECEDENTES

Para reflexionar desde una perspectiva social en torno a las situaciones de vulneración de derechos en las personas usuarias del sistema de salud, es posible recurrir al concepto de *violencia simbólica* propuesto por el sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien la define como una relación social que expresa la asimetría en la distribución de determinados capitales; dando cuenta de la imposición de una arbitrariedad cultural, desde un poder arbitrario (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 45). En este sentido, la *violencia simbólica* es desplegada por quienes han internalizado ciertas formas de dominación, permitiendo al orden social determinado reproducirse en el reconocimiento y el desconocimiento de la arbitrariedad que lo funda, solo porque este ha sido el habitual orden de las cosas (Pinto, 2002, p. 194). Es así como este particular tipo de violencia se realiza mediante un acto de conocimiento y paralelamente de desconocimiento, que supera a la propia conciencia y a la voluntad (Bourdieu y Wacquant, 2012, p. 217). Es un poder que se impone como legítimo, disimulando las relaciones de fuerza que lo fundan (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 44).

La *violencia simbólica* será entendida entonces como una relación social en que el agente dominador ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra del agente dominado, quien no la evidencia o no es consciente de dichas prácticas en su contra, por lo cual resulta ser cómplice de la dominación a la que está sometido. En consecuencia, la *violencia simbólica* resulta de la interacción de los agentes sociales involucrados en una dinámica de poder inequitativa, en donde una parte ejerce un poder invisible que no es reconocido como tal, presupone una complicidad activa por parte de quienes están sometidos a dicho poder y requiere legitimidad en quienes lo ejercen (Fernández, 2005, p. 12). De esta manera se reproducen y se refuerzan en el plano simbólico las relaciones sociales entre agentes que legitiman sus distinciones jerárquicas (Gutiérrez, 2004, p. 298). Según Bourdieu, los elementos básicos que constituyen a la *violencia simbólica* son las siguientes: *i*) Agente dominante, que corresponde a quien ejerce el poder simbólico; *ii*) Agente dominado, entendido como aquel sobre el que se ejerce el poder simbólico; y, *iii*) Capital simbólico, que es aquello que el dominado debe al dominante y que Bourdieu describe como: “una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica” (Casal-Moros, 2014, p. 62).

Así, entonces, teniendo presente los componentes de la *violencia simbólica*, puede plantearse en términos generales que en el marco del funcionamiento

regular de las instituciones, procesos de trabajo y acciones sanitarias; el equipo de salud se encuentra en una posición favorable para ubicarse preferentemente en un rol de agente dominador, dado que su capital simbólico está basado en el poder experto derivado del conocimiento profesional y del manejo técnico y administrativo en que se enmarcan sus desempeños. Esta posición de poder de agente dominador se confronta con la posición de agente dominado en que tienden a situarse las personas usuarias del sistema de salud en sus modalidades público y privado, quienes demandan atenciones asociadas a las necesidades y problemas sanitarios que les aquejan en forma transitoria o permanente. A pesar de que la población usuaria posee su propio capital simbólico respecto a la salud y la enfermedad, su acervo tiene menos posibilidades de situarse en una posición de poder, dado que no está fundado en los patrones académicos de acumulación de conocimiento disciplinario respaldados en la evidencia y en la experimentación, ni es expresado a través de un lenguaje técnico especializado. Por el contrario, su acervo proviene de la experiencia directa, del aprendizaje cotidiano y de la observación constante de episodios de salud y enfermedad personales y familiares de los que forma parte, que comunica preferentemente a través de sus emociones y expresa a través de un lenguaje de características coloquiales y descriptivas. En consecuencia, el capital simbólico de la población usuaria puede ser rápidamente desplazado, instalando en su lugar el capital simbólico dominante del conocimiento experto, situación que regula la dinámica tradicional entre el equipo de salud y la población usuaria, consolidando una perspectiva que propicia condiciones para la ocurrencia de episodios de *violencia simbólica* en el contexto sanitario.

La dinámica que se despliega entre los componentes de la *violencia simbólica* está asociada al contexto cultural, desarrollando tres funciones interrelacionadas que corresponden a conocimiento, comunicación y diferenciación social, contribuyendo a la reproducción del orden social (Fernández, 2005, p. 11). Por lo tanto, en las ocasiones en que se configuran condiciones para que el equipo de salud pueda ejercer *violencia simbólica* respecto de la población usuaria, es porque se sitúa desde una posición de poder simbólico respaldada en un vasto dominio del conocimiento científico y como receptor de un importante prestigio social. Sus códigos de comunicación se expresan en un lenguaje clínico, altamente especializado y en muchas ocasiones críptico en sus significados, reforzando la posición de poder que ocupa en la relación y originando una profunda diferenciación social entre el equipo de salud como estamento técnico profesional y la población usuaria como receptora de las acciones de política social, especialmente en el sector público.

La dictación en el año 2012 de la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en

salud, instala un instrumento regulador normativo frente a la potencial ocurrencia de manifestaciones de *violencia simbólica* en el sector salud, haciendo explícitos los derechos y deberes que la población usuaria tiene de conformidad a la Constitución chilena vigente. Los principios rectores del cuerpo legal corresponden a la dignidad y la autonomía de las personas, contemplan como principales focos de atención el reconocimiento del derecho a tomar decisiones libres e informadas y a recibir atención de salud segura y de calidad en sus prestaciones de salud. Sobre la base del cuerpo legal, el Ministerio de Salud organiza un catálogo de derechos y deberes (MINSAL, 2013) definiendo los siguientes ámbitos y derechos asociados: *i*) la dignidad, que involucra como derechos asociados el buen y oportuno trato, la no discriminación étnica, religiosa o de otro tipo, y la protección de los registros de procedimientos y tratamientos; *ii*) la autonomía y la información, considerando como derechos asociados la identificación del equipo de salud, el consentimiento informado para la intervención y la investigación, información del diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus consabidos riesgos, además de la necesidad de conocer los costos de la atención, entre otros aspectos; y, *iii*) en el ámbito de la discapacidad, destacan como derechos asociados la privacidad de los registros y la protección a la dignidad humana en caso de hospitalizaciones involuntarias –solo bajo particulares condiciones– y la contención física y farmacológica. Respecto de los deberes de la población usuaria, se destaca como principales obligaciones *i*) proveer un trato respetuoso al personal de salud; *ii*) informarse de las modalidades de atención y pago; *iii*) actuar conforme las normativas internas y reglamentos vigentes en el establecimiento; *iv*) entregar información veraz; *v*) cuidar las instalaciones y equipamiento de salud; y, *vi*) conocer los procedimientos para cursar reclamos y consultas.

Es así como el cuerpo legal propicia un marco de derechos y deberes, buscando imprimir una orientación ciudadana por sobre una orientación mercantil a la hora de definir la prestación de salud (León, 2012, p. 1492). Este marco relacional se posiciona desde una lógica de ciudadanía activa, vinculando la demanda de los derechos en la atención de salud con los deberes y responsabilidades que debe cumplir la población usuaria.

## 2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente artículo expone los resultados de una sistematización, cuyo objetivo está orientado a analizar las manifestaciones de *violencia simbólica* presentes en las experiencias de atención sanitaria desarrolladas por los equipos de salud que se desempeñan en los establecimientos públicos y municipales localizados en la zona de Valparaíso Metropolitano, en el marco de la implementación de la Ley N°20.584 de derechos y deberes de la población usuaria de salud, con el fin reflexionar en torno a las prácticas de atención sanitaria que deben garantizar los derechos de la población. La información fue recopilada, en una primera fase de trabajo, a través de entrevistas con fines de sistematización, aplicadas a integrantes de catorce equipos de salud que se desempeñan en los diversos niveles de complejidad sanitaria correspondientes a atención primaria, secundaria y terciaria, ubicados en el territorio definido de interés para la sistematización. La información recopilada en la primera fase fue validada a partir de triangulación de técnicas, a través de pasantías de observación no participante con fines de sistematización efectuadas en los establecimientos sanitarios seleccionados, cotejando los discursos declarados por los equipos de salud participantes con las acciones sanitarias directas. La información recopilada en ambas fases se organizó en categorías correspondientes a los ámbitos de los derechos y deberes definidos por la respectiva Ley y categorizados a partir de la propuesta del Ministerio de Salud (2013). Los resultados obtenidos fueron consolidados desde los criterios de relevancia, significancia y convergencia.

## 3. RESULTADOS DE SISTEMATIZACIÓN. MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA SIMBÓLICA EN EL MARCO DE DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

### 3.1. Primer ámbito temático: resguardo de la dignidad

En este primer ámbito temático es posible ilustrar la ocurrencia de las siguientes situaciones de *violencia simbólica*, organizadas conforme los derechos asociados definidos en la Ley.

- a. Buen Trato. Las situaciones de *violencia simbólica* presentes en los contextos analizados corresponden principalmente a trato indolente, indiferente o agresivo de parte del personal de salud frente a las demandas de atención programadas o espontáneas que manifieste la persona usuaria o su entorno directo.



b. Atención Oportuna. En esta categoría se constató la expresión de *violencia simbólica* a través de la sobreextensión de los tiempos de espera de atención de consulta médica general o especialista, tratamientos, exámenes, intervenciones quirúrgicas y acciones educativas. Los tiempos reales de espera superan los tiempos promedios establecidos por norma en el sistema. Asimismo, se expresa en tiempos de respuesta de la atención sanitaria requerida que sobrepasan lo deseable, en atención a la gravedad de la situación de salud que presenta la persona usuaria.

c. No discriminación étnica, religiosa o de otro tipo. En este acápite las situaciones de *violencia simbólica* corresponden a trato diferenciado explícito, que propicia perjuicio o exclusión a personas usuarias de salud de diferente sexo, género, etnia, religión, nacionalidad, ideas políticas, entre otros diferenciales personales, culturales o sociales. Asimismo, se infiere el desarrollo de acciones encubiertas que generen perjuicio o exclusión a personas usuarias de salud, a partir de los mismos factores diferenciadores mencionados.

d. Protección de los registros de procedimientos y tratamientos. La ilustración de situaciones de *violencia simbólica* en esta categoría permite develar la oportunidad de ocurrencia de acciones respecto de la entrega de información a terceros, relativa al proceso de atención de salud de una persona usuaria, a pesar de que el equipo de salud carezca de una autorización formal y expresa por parte de esta, su familia o su representante. Asimismo, implica la ocasión de compartir la totalidad o parte de los registros establecidos en la ficha clínica individual o familiar, para ser destinados a otros equipos de salud, otras instituciones públicas o privadas, o terceros, sin contar con un consentimiento informado por parte de la persona usuaria o sus familiares directos.

En este primer ámbito temático de derechos, las situaciones de *violencia simbólica* identificadas permiten confirmar que las relaciones sociales que se desarrollan entre el equipo de salud y la población usuaria en el contexto sanitario, están amenazadas en forma potencial y permanente por la violencia indirecta expresada en tratos, actos explícitos u omisiones en las que el capital simbólico del equipo de salud influye directamente en la asimetría de la relación, transformándola en una dinámica de poder inequitativa, a partir del pleno dominio profesional, técnico y administrativo que le distingue y que aporta la legitimidad a su desempeño. Frente a esta situación, la población usuaria asume el rol del agente dominado, no evidenciando las prácticas que se desarrollan en su contra, ya que las acepta como parte de la dinámica de la atención en salud, asumiendo un rol de cómplice pasivo de la dominación de la que participa.

### 3.2. Segundo ámbito temático: autonomía e información

En este segundo ámbito temático las situaciones de *violencia simbólica* se relacionan centralmente con el acceso a la información como antecedente clave para la toma de decisiones informadas por parte de la población usuaria. Los resultados obtenidos en este ámbito, conforme los derechos asociados definidos en la Ley, corresponden a los siguientes.

a. Identificación del equipo de salud. Este derecho es resuelto de manera formal en el contexto de los equipos de salud analizados, dado que las identificaciones del personal se encuentran disponibles en forma permanente, como parte del uniforme diario. Sin embargo, puede observarse que la existencia de las identificaciones formales no resuelve las posibilidades de omisión de información por parte del equipo de salud respecto de su nombre y profesión, ejercida al momento de la entrega de la prestación, tanto en dependencias del centro de salud como en contextos domiciliarios, en situaciones de atención sanitaria de rutina o de control. Asimismo, puede inferirse que esta situación también comprende la posibilidad de negación del nombre, cargo, profesión y/o especialización por parte de miembros del equipo de salud, al ser consultado explícitamente por la persona usuaria, su familia, visitas o representantes, especialmente en contextos de conflicto.

b. Consentimiento informado para la intervención e investigación. Las situaciones de *violencia simbólica* correspondientes al respectivo derecho están asociadas al inicio de un tratamiento en salud, a pesar de la ausencia o negación de la debida autorización explícita por parte de la persona usuaria, familiares o representante. Se expresa también en la gestión de consentimiento informado para un proceso investigativo en salud, a pesar de que no se entrega suficiente información respecto de los objetivos del estudio, de la proporción del riesgo-beneficio al participar en la experiencia, o en ausencia de datos, o datos incompletos del equipo responsable de la investigación para eventuales futuras consultas. Asimismo, constituye oportunidad de *violencia simbólica* la existencia de prohibiciones para la persona usuaria respecto del derecho a retracto en su participación en procesos de investigación o tratamiento, incluso considerando que ya se hubiese concretado el consentimiento informado en una primera instancia.

c. Información del diagnóstico, alternativas de tratamiento y los riesgos para la persona usuaria. En este derecho, la población usuaria puede verse vulnerada por *violencia simbólica* a partir de las siguientes situaciones

i) Equipo de salud informa los antecedentes diagnósticos con lenguaje altamente técnico, sin resolver a cabalidad las consultas realizadas por

la persona usuaria, su familia o representante; *ii*) Equipo de salud declara vaga o nula información respecto de las diversas ofertas de tratamientos disponibles en el sistema, junto a los respectivos beneficios y riesgos visualizados para cada una de ellos; y *iii*) Equipo de salud plantea una única alternativa de tratamiento a partir de nivel de recursos o uso regular del mismo, sin acoger consultas de la persona usuaria o familiares respecto de otros tratamientos.

d. Necesidad de conocer los costos de la atención. En el marco de un derecho de alta sensibilidad para la población usuaria, las situaciones de *violencia simbólica* pesquisadas corresponden a las declaraciones imprecisas o erradas de información realizadas por el equipo de salud, respecto de los costos alcanzados por las prestaciones sanitarias desarrolladas. También incluye las situaciones en que un miembro del equipo sanitario no desarrolla una referencia asistida a personal competente, en caso de que la persona usuaria requiera información especializada en torno al financiamiento de una prestación.

En este segundo ámbito temático de derechos, la posición de poder del equipo de salud como agente dominador queda abiertamente en evidencia, dado que las necesidades y problemas sanitarios que aquejan a las personas usuarias en forma transitoria o permanente han sido confiados al conocimiento sanitario experto. Las posibilidades reales de una persona usuaria o su familia respecto de contraargumentar acerca de los cursos de acción de los potenciales tratamientos derivados del diagnóstico y sus costos asociados, son finalmente escasas o nulas, por representar conocimiento avanzado que, por lo general, queda fuera de las fronteras del conocimiento cotidiano de la salud y de la enfermedad a nivel personal y familiar. Complementariamente, la exigencia de la identificación del equipo de salud o la cautela de concretar la solicitud de consentimiento informado como requisito obligatorio, es obviado en ocasiones por el propio equipo de salud en sus procedimientos o es desdibujado frente a la urgencia de la atención de salud, que relativiza la importancia de cualquier otro procedimiento complementario, y que es valorado en forma homóloga por parte del equipo de salud y de la población usuaria, como el objetivo central de la demanda de salud.

### 3.3. Tercer ámbito temático: discapacidad transitoria o permanente

En este tercer ámbito temático las situaciones de *violencia simbólica* pesquiasadas, conforme los derechos asociados definidos en la Ley, corresponden a los siguientes.

a. Derecho a la privacidad de los registros. La *violencia simbólica* puede expresarse a través de acciones del equipo de salud que favorezcan la divulgación de información sensible para la persona usuaria, respecto de los registros diagnósticos o de tratamientos realizados, que sean dirigidos a agentes no autorizados o pertinentes, como empleadores, centros educativos, dispositivos jurídicos, agencias aseguradoras, entre otros destinatarios. Junto con lo anterior, se pesquisa el riesgo de etiquetamiento o circulación de documentos de uso público, cuyos registros o códigos de comunicación se basan en diagnósticos de patologías específicas, generando con ello el riesgo de algún tipo de discriminación real o potencial en el entorno de la persona atendida.

b. Derecho a la protección a la dignidad humana en caso de hospitalizaciones involuntarias. Las situaciones de *violencia simbólica* en este derecho refieren a actos deliberadamente poco informados, que atentan contra la integridad de la persona usuaria al momento de realizar un ingreso forzoso al sistema de atención sanitaria. Junto con lo anterior, se considera también como *violencia simbólica* no entregar información oportuna a la familia o sus representantes directos, respecto del resultado o estado de avance inmediato de la situación de hospitalización involuntaria en la que se encuentra una persona usuaria.

c. Contención física y farmacológica. En este derecho las situaciones de *violencia simbólica* son especialmente sensibles, dado que evidencian la importante brecha existente entre las acciones especializadas en manejo de la discapacidad que posee el equipo de salud, respecto de las oportunidades de la persona usuaria, su familia o sus representantes para comprender, monitorear o cuestionar la aplicación de dicho manejo. Por lo mismo, se consideran situaciones de *violencia simbólica* la omisión de entrega de información a familiares o representantes de la persona usuaria, respecto de las implicancias propias de una contención física y/o farmacológica; la ausencia de información, o entrega en términos confusos o incompletos de los tratamientos farmacológicos utilizados en una contención o en una hospitalización, en vistas a aportar estabilidad en el entorno del equipo de salud por sobre las necesidades reales del diagnóstico.

En este tercer ámbito temático, los derechos de las personas usuarias demandan ser acogidos en forma diferenciada, en atención a la situación de

discapacidad transitoria o permanente que les afecta. En este contexto, generalmente son los familiares y las personas vinculadas con el entorno usuario las que suelen cautelar los derechos declarados, pudiendo ser descalificadas desde la *violencia simbólica* ejercida por el equipo de salud, aprovechando los difusos límites que representan la sobre protección y la autovalencia en situaciones de discapacidad. Así entonces, pueden potencialmente desestimarse los requerimientos familiares, bajo la excusa de una excesiva preocupación respecto de la situación sanitaria específica, relativizando lo que representa una demanda en contextos de discapacidad, evaluándola desde la experiencia cotidiana que representa una solicitud en contextos de capacidad.

### 3.4. Cuarto ámbito temático: deberes de los usuarios

Como contrapunto, resulta interesante cotejar los deberes de los usuarios declarados en la Ley N° 20.584, ya que se constata la inversión de los roles de agente dominante y agente dominado entre el equipo de salud y la población usuaria, siendo el capital simbólico de esta última la que se resitúa en un lugar de preeminencia.

- a. Proveer un trato respetuoso al personal de salud. La *violencia simbólica* se inicia en sus expresiones a partir del contexto de un trato cotidiano que vulnere los márgenes convencionales de la cortesía y el respeto mutuo. A partir de allí, sus expresiones se acentúan a través del uso indebido de información de tipo personal o sensible que se tenga de algún miembro del equipo de salud, utilizándole en favor de conseguir prestaciones de salud que no sean pertinentes al caso; como también en propiciar instancias que se vinculen con acciones de acoso sexual a miembros del equipo de salud por parte de personas usuarias, sus familiares o representantes.
- b. Informarse de las modalidades de atención y pago. En este segundo deber la *violencia simbólica* de parte de la población usuaria se manifiesta a través de la desatención reiterada de las indicaciones entregadas por el equipo sanitario respecto de la gestión del pago de prestaciones de salud, en casos pertinentes; como también en obviar instrucciones entregadas por el equipo de salud respecto de los horarios, días o turnos de atención, sobre todo si estas se encuentran explicitadas en las dependencias de la unidad o son de fácil acceso.
- c. Actuar conforme a las normativas internas y reglamentos vigentes en el establecimiento. En el marco de los deberes usuarios, es posible observar condiciones favorables a la *violencia simbólica*, en la medida que se transgreda cualquier norma para la razonable convivencia, establecida

explícitamente por el equipo de salud para resguardar la seguridad de la atención de cada una de las personas usuarias, sobre todo considerando instancias de altísima demanda.

d. Entregar información veraz. La *violencia simbólica* se expresa desde los deberes usuarios, en situaciones en que se entregan falsos antecedentes al equipo de salud, en favor de obtener prestaciones particulares, que de otro modo no hubieran sido ofertadas. Asimismo, incluyen la negación de la real situación previsional vigente en favor de la obtención de gratuidad o copagos al momento de recibir una prestación sanitaria particular.

e. Cuidar las instalaciones y equipamiento de salud. Este deber refiere directamente a la materialidad de la atención sanitaria, siendo en este contexto factibles de manifestarse situaciones de *violencia simbólica* asociadas al usufructo de la dependencia de una unidad sanitaria pública para desarrollar actividades comerciales informales, beneficiándose de la afluencia de público o de las necesidades particulares de la población atendida; y la utilización indebida de algún tipo de equipamiento de una determinada unidad de salud para beneficio personal y pecuniario.

f. Conocer los procedimientos para cursar reclamos y consultas. La información recopilada en este deber sugiere que las situaciones de *violencia simbólica* factibles de identificar corresponden a la no utilización ni reconocimiento de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias OIRS existente en cada establecimiento de salud, como la primera instancia de denuncia por parte de una persona usuaria, que presenta una disconformidad con la atención recibida; y el abuso o mal uso por parte de la persona usuaria, familiar o representante del recurso de reclamo o denuncia en instancias de fiscalización superior, sin razonable fundamento, utilizándose más bien como una estrategia para acelerar o manipular indebidamente la oferta de atención sanitaria.

En este cuarto ámbito temático, correspondiente a los deberes usuarios, las situaciones de *violencia simbólica* se encuentran presentes como potencialidades a lo largo del proceso de acceso a la atención sanitaria y en ese marco, se estiman que pueden precipitarse en situaciones puntuales, más que ser consideradas como una práctica recurrente. El principal impulso a estas manifestaciones, lo constituye las dificultades formales de acceso a la atención de salud oportuna en el sector público y eventuales consideraciones respecto del trato recibido. Así, entonces, la *violencia simbólica* que pudiese potencialmente ejercer la población usuaria en el marco de sus deberes resulta marginal respecto de la *violencia simbólica* potencial que puede ejercer el equipo de salud a través de sus desempeños.



## 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La *violencia simbólica* es un concepto que permite develar la situación de poder asimétrico que afecta a las personas usuarias del sistema de salud, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes. Es el reflejo de una valoración social y cultural que confiere a los equipos de salud un particular dominio sobre la salud y la enfermedad que, definido desde una perspectiva más simbólica, evoca la ancestral aspiración humana del dominio sobre la vida y la muerte. Por ello, la confianza de la persona usuaria y su familia en las acciones, procedimientos o trámites que se realicen en torno a sus necesidades y problemas sanitarios, relativiza o normaliza las situaciones de *violencia simbólica* que se despliegan en los contextos institucionales del sector salud. Esta situación es la piedra angular en que se sostiene la *violencia simbólica* en el contexto sanitario, dotando de asimetría a las condiciones en que es posible definir una relación entre el equipo de salud y la persona usuaria. El reconocimiento pleno de este dominio sobre la salud y la enfermedad tiende a inmovilizar las posiciones de cuestionamiento, duda o replanteamiento que en forma lícita la población usuaria podría formularse frente a un diagnóstico, un tratamiento, un procedimiento o una intervención.

Los contextos institucionales representan en su materialidad una tradición orientada a fijar claramente los límites de acceso público total, parcial o restringido al medio sanitario, siendo los espacios de atención, las áreas de circulación, la señalética y la distribución del mobiliario manifestaciones evidentes de la posición de poder que ocupa el equipo de salud dentro de sus espacios distintivos y la posición de dependencia que le corresponde ocupar a la población usuaria. Desde esta perspectiva, la asimetría de la relación de *violencia simbólica* se manifiesta desde un entorno que contextualiza la existencia de un capital simbólico situado y que tiene la oportunidad de expresarse en su propia territorialidad. Por el contrario, la población usuaria se ubica en una posición material y simbólica periférica, desde donde en la mayoría de las ocasiones, debe desplazarse físicamente a los locales de atención disponibles o asignados, para hacer posible el acceso a las soluciones que requieren sus dolencias, marcando una posición usuaria forastera, expresada en solicitud de servicios y atenciones específicas, dentro de una dinámica permanente e interminable de operatividad propia de los servicios sanitarios a nivel local, regional y nacional.

Las oportunidades para ejercer la *violencia simbólica* surgen entonces desde las mismas situaciones de demanda sanitaria que manifiesta la población usuaria y en el marco de espacios físicos y territoriales que concretan el desempeño experto del equipo de salud. Se reconoce la presencia de una

posición usuaria dominada y pasiva frente a una posición experta que se expresa en forma dominante y activa. El capital simbólico asociado al conocimiento científico y profesional en torno a la salud desestima el conocimiento cotidiano o experiencial y naturaliza la violencia desde el juicio técnico que es declarado por el equipo y aceptado sin grandes opciones o resistencias por la población usuaria. Así, entonces, las condiciones para la manifestación de situaciones de *violencia simbólica* están planteadas en todo su potencial. A pesar de la constante posibilidad de reproducción que exhibe la *violencia simbólica* en el marco de las relaciones que se establecen entre el equipo de salud y la población usuaria, el proceso de sistematización realizado ha permitido visibilizar su existencia, y aportar en la pesquisa y problematización de las relaciones sociales de dominación simbólica que vulneran el ejercicio de los derechos y deberes definidos normativamente.

Finalmente, puede afirmarse que la Ley N° 20.584, de Derechos y Deberes, se proclama como marco regulatorio que protege los intereses usuarios en medio de esta relación asimétrica. Sin embargo y en forma paradójica, los resultados obtenidos sugieren que los ámbitos de influencia de la *violencia simbólica* son capaces de permear el propio instrumento legal que ha sido concebido para regularla.

## BIBLIOGRAFÍA

Bourdieu, P. y Passeron J.C. (1996). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.

Bourdieu, P. y Wacquant-loïc J.D. (2012). *Una invitación a la sociología reflexiva*. México: Siglo XXI.

Casal-Moros, N. y Alemany-Anchel, M. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, Vol. 23, Números 1 y 2, pp. 61-64. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013> [9/01/2018].

Fernández Fernández, J. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 18, pp. 7-31. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/8428> [9/01/2018].

Gutiérrez, A. (2004). Poder, habitus y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación*, Vol. 15, N°1. Recuperado de: [https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Poder%2C+h%C3%A1bitus+y+representaciones%3A+recorrido+por+el+concepto+de+violencia+simb%C3%B3lica+en+Pierre+Bourdieu1+&btnG=\[4/01/2018](https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Poder%2C+h%C3%A1bitus+y+representaciones%3A+recorrido+por+el+concepto+de+violencia+simb%C3%B3lica+en+Pierre+Bourdieu1+&btnG=[4/01/2018)].

León C, F. (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Revista Médica de Chile*, Vol. 140, Nº 11, pp. 1490-1494. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001100017> [15/05/2017].

Pinto, L. (2002). *Pierre Bourdieu y la teoría del mundo social*. México: Siglo XXI.

MINSAL (2013). *Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. [Archivo PDF]. Superintendencia de Salud. Recuperado de: [www.corporacionlaserena.cl/transparencia/doc/mecanismo-participacion/salud/01-Ley-Derechos-y-Deberes.pdf](http://www.corporacionlaserena.cl/transparencia/doc/mecanismo-participacion/salud/01-Ley-Derechos-y-Deberes.pdf)

Gobierno de Chile – Ministerio de Salud (2012). *Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud*. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: [www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348](http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348) [15/05/2017].

## Sección Praxis

# EL DESAFÍO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LOS HOGARES CON DEPENDIENTES Y SU RED APOYO: HITOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA *RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS* EN LA COMUNA DE RANCAGUA

*THE CHALLENGE OF PUBLIC INTERVENTION IN HOMES WITH DEPENDENTS AND ITS SUPPORT NETWORK: MILESTONES IN THE IMPLEMENTATION OF THE LOCAL NETWORK OF SUPPORTS AND CARE PROGRAM IN THE COMMUNE OF RANCAGUA*

*Autora*

KAREN GONZÁLEZ FLORES\*

**KAREN GONZÁLEZ FLORES**

*Chilena, trabajadora social, académica de la Universidad Tecnológica de Chile Inacap, sede Rancagua, coordinadora del Programa del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social, en la Comuna de Rancagua.*

*Correo electrónico: gonzalez.f.karen@gmail.com,  
código ORCID 0000-0003-2005-8958*

*Artículo recibido el 12 de marzo de 2018/  
aprobado el 18 de junio de 2018*

## Resumen

El Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Desarrollo Social durante el año 2015, considerando la realidad nacional y los antecedentes sociodemográficos respecto del envejecimiento de la población, propuso el diseño de un nuevo pilar en el Sistema de Protección Social, denominado *Sub-sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Chile Cuida*, cuyos beneficiarios corresponden a los hogares más vulnerables que integran una o más personas en situación de dependencia. El presente artículo expone y analiza los principales hallazgos obtenidos a partir de la implementación del Programa Piloto *Red Local de Apoyos y Cuidados (2017)* en la comuna de Rancagua, Región de O'Higgins, donde los resultados en el proceso de instalación permiten generar una reflexión, desde el Trabajo Social, en torno a los desafíos que enfrenta la intervención con personas mayores y dependientes en el contexto social actual.

A propósito de lo anterior, se examinan experiencias nacionales e internacionales en las temáticas de apoyos y cuidados, para luego revelar la experiencia local en esta nueva propuesta de política pública. La investigación expone una caracterización de estos hogares, los resultados del Programa y evidencia cómo las familias beneficiarias perciben un cambio positivo en su calidad de vida.

## Abstract

The Chile's Government in 2015, through the Ministry of Social Development, bearing in mind the national reality and the sociodemographic background with respect to the aging of the population, proposed the design of a new column in the Social Protection System called the National Sub-System of Support and Care: Chile Care, whose beneficiaries are the most vulnerable households that have one or more people in situations of dependency. This article analyzes the main findings obtained from the implementation of the Pilot Program Local Network of Support and Care (2017) in the district of Rancagua, O'Higgins Region (Chile) where the results allow to generate a reflection, from Social Work, around the challenges that intervention with older and dependent people faces in the current social context.

National and international experiences in the themes of support and care are examined, in order to reveal the local experiences in this new public policy proposal. This article presents a characterization of these households, the results of the Program and shows how the beneficiary families display a positive change in their quality of life.

## PALABRAS CLAVE

adulto mayor, situación de dependencia, apoyos y cuidados, redes institucionales

## KEYS WORDS

elderly people, dependency status, support and caring, institutional networks.



## INTRODUCCIÓN

Una de las tendencias sociodemográficas y generacionales más relevante que afecta y repercute actualmente en las sociedades es el *envejecimiento de la población*. Diversos estudios han analizado este fenómeno, concluyendo, entre otras cosas, que a nivel mundial la cantidad de personas de 60 años y más superará a las menores de 15 hacia el año 2050 (UNFPA, 2017, p. 15), lo que supone una serie de desafíos que requieren un abordaje integral por parte de las entidades gubernamentales, considerando el impacto que genera este fenómeno en el bienestar de las personas.

La realidad latinoamericana se condice con esta situación. Los países con mayores porcentajes de vejez son Cuba, Uruguay y Costa Rica, donde el índice de envejecimiento alcanza el 19,7%. Lo que no es muy distinto al contexto chileno, puesto que según los datos de la Encuesta CASEN 2015, la población mayor en Chile llega al 17,6%; este índice se desglosa en la denominada “vejez joven” (personas entre 60 y 74 años) alcanzado el 72,1%, otro 24,9% está entre los 75 años y más, y un 3% que pertenece a la *cuarta edad*, esto es: personas de 91 años o más (CEPAL, 2011, p. 3).

Este nivel de envejecimiento ha generado en la población otra variable relacionada con el fenómeno de asociar la vejez con una situación de dependencia o necesidad de cuidados especiales; lo que sin dudas viene acompañado de un aumento en el costo de vida, demostrado a través de la población que está en los niveles socioeconómicos más bajos de la población chilena, lo cual ha sido fácil de concluir si se corroboran los datos entregados por la Encuesta CASEN, donde se muestra que a fines de 2013 la población adulta mayor en situación de pobreza por ingresos alcanzaba del orden de 242 mil personas; esto es, el 8,4% de la población de 60 años o más. Dentro de este grupo, la población en situación de pobreza extrema se estimaba en 57 mil personas, cifra equivalente al 2% de la población *adulto mayor* (Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2013, p. 6).

En este sentido, la Dirección Sociocultural de la Presidencia de la República, en su informe *La dependencia y apoyos a los cuidados: un asunto de derechos humanos*, indica que en Chile una de cada cinco personas en estado de vejez es dependiente —es decir, necesita de ayuda para sus actividades cotidianas—, dos de cada tres personas mayores con dependencia son mujeres, el 92,2% de los cuidadores son familiares y el 89,6% de ellos son mujeres (Dirección Sociocultural Presidencia de la República, 2017, p. 81).

El Gobierno de Chile busca constantemente acciones para afrontar esta realidad social, y es en esta medida que a través del Ministerio de Desarrollo Social, en el año 2015, propuso el diseño de un nuevo pilar del Sistema de

Protección Social, denominado *Sub-sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Chile Cuida*. En este contexto, la Ilustre Municipalidad de Rancagua decidió, durante 2017, implementar el Programa *Red Local de Apoyos y Cuidados*, el cual se transformó en la puerta de entrada a este sistema que promueve el bienestar individual y de los hogares con al menos un integrante en situación de dependencia, buscando asegurar la coordinación y articulación de acciones existentes en la oferta pública para esta población objetivo.

Luego de un año de implementación de esta nueva política, se presentan en este documento algunos avances que se han obtenido. Se ha logrado, entre otras cosas, beneficiar a 162 hogares de la comuna, contribuyendo en la mejora de su calidad de vida, mediante medidas como la conformación y puesta en marcha de una red local de apoyos y cuidados y la provisión de servicios sociosanitarios que permitan cubrir la brecha en las necesidades identificadas que no son cubiertas por la oferta local existente. En un primer momento se analizarán algunos datos a nivel mundial y regional que marcarán el desarrollo de la propuesta, luego se podrán reconocer los antecedentes programáticos y metodológicos del Programa anteriormente señalado, para finalmente concluir que las familias, quienes en la actualidad son los responsables del cuidado de aquellas personas dependientes, requieren definitivamente de una red de apoyo que les brinde protección, contención y ayuda en sus labores, debido a la dificultad que conlleva abordar esta situación de forma integrada y coordinada.

Si bien el programa que acá se describe es una iniciativa que aún se encuentra en ejecución, este documento evidencia las grandes necesidades que existen en las poblaciones, que a diario se remarcan debido a las brechas socioeconómicas de los países latinoamericanos, y de las cuales, todos los gobiernos nacionales, regionales y locales, deberían hacerse cargo, dada la responsabilidad que los mismos tienen con cada uno de sus habitantes. Por ende, se deja abierta la discusión y se presentan algunas propuestas de mejora continua para que las comunidades que acá se describen tengan una mejor calidad de vida durante la última etapa de su desarrollo personal.

## ANTECEDENTES TEÓRICOS REFERENCIALES

En lo que concierne a las referencias señaladas, es primordial insistir en la preocupación que han manifestado distintos organismos internacionales en los asuntos del envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (2015), subraya que la ejecución de estrategias en salud pública ha sido ineficiente, para lo cual se debe promover un nuevo marco de acción global que considere la gran diversidad de la población de edad avanzada, generando acciones responsables ante las desigualdades existentes.

Algunos de los avances en nuestro país son resultado de experiencias latinoamericanas, como ha ocurrido en Costa Rica, donde se implementó la *Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Mayores* (CONAPAM, 2012, p. 2), la cual representa una acción del Estado local en la formulación e implementación de políticas y estrategias de protección social, que facilita una vida digna y con calidad desde la perspectiva de las características, necesidades e intereses de las personas adultas mayores y sus familias, incrementando la seguridad, dignidad, autodeterminación e integridad en la vejez. Lo anterior se traduce en un esfuerzo del gobierno costarricense por establecer una estructura social que incorpore a todos los actores de su sociedad para velar por el cumplimiento de sus responsabilidades en términos de garantizar cuidados adecuados a los niños, niñas y personas adultas mayores dependientes.

Cuba, con llamada *revolución silenciosa*, intentando exponer los problemas asociados al envejecimiento de su población, visibiliza la realidad de las familias con personas dependientes, quienes son las únicas responsables de cubrir las necesidades de apoyo de los adultos mayores. Se reconoce entonces la necesidad de contar con servicios que apoyen a las familias desde un enfoque intersectorial. Por eso en 2015 Cuba creó las *Escuelas de Cuidadores*, ubicadas en todos los centros de salud pública del país. Su objetivo es educar a las familias en materia de cuidado. El mismo año, en Uruguay se aprobó Ley de Cuidados (19.353/2015), que estipula que todas las niñas, niños, personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia tengan derecho a ser cuidadas. De esta forma se creó el *Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)* con el objetivo de generar un modelo corresponsable de cuidados entre familias, Estado, comunidad y mercado (Junta Nacional de Cuidados, 2015, p. 5). A estas iniciativas latinoamericanas se suma el proyecto de ley sobre la creación del *Sistema Federal de Cuidados* en Argentina.

A propósito de lo anterior, uno de los desafíos del Sistema de Protección Social 2014-2018 del Gobierno de Chile, es el diseño e implementación

gradual del *Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)*, dirigido a hogares que integran adultos de 60 años y más con dependencia (moderada y severa), personas en situación y/o condición de discapacidad y sus cuidadores. Esto atiende directamente una necesidad nacional, que estima que el 12% de los hogares del país tiene al menos un integrante en situación de dependencia; es decir, 637 mil hogares aproximadamente (CASEN, 2013, p. 34). En este contexto, en el año 2016 el Ministerio de Desarrollo Social identificó y seleccionó a las comunas que serían parte de la primera fase de implementación del modelo de gestión del *Programa Red Local de Apoyos y Cuidados*, el cual se constituye como la puerta de entrada al SNAC, cuya misión es acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes y a su red de apoyo, pero comprende además un lineamiento muy relevante al momento de proponerse mejorar las condiciones en la calidad de vida de estas familias: la coordinación intersectorial entre acciones públicas y privadas que consideran en su intervención distintos niveles de dependencia y ciclo vital.

La Región de O'Higgins se encuentra dentro de las 5 con mayor porcentaje de población con algún grado de dependencia funcional: alcanzando un 23,5%, de los cuales el 9,2% corresponde al grado de discapacidad severa (SENADIS, 2016, p. 22). Este antecedente permite que la comuna de Rancagua pueda implementar el Programa, cuyo objetivo general es contribuir a que los hogares beneficiarios accedan a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados de manera integral, oportuna y articulada, de acuerdo con sus características y necesidades. Los objetivos específicos son:

- a) conformar e implementar la red local de apoyos y cuidados, mediante la preparación y ejecución de un plan de trabajo,
- b) implementar acciones de formación y capacitación que permitan dotar gradualmente de especialidad y práctica a las(os) profesionales integrantes de la red local y cuidadoras(es) en materias relacionadas con la provisión de apoyos y cuidados,
- c) identificar las necesidades de apoyos y cuidados no cubiertas por la oferta existente y proveer de servicios que permitan cubrir la brecha identificada en materia de servicios especializados.

Ahora bien, luego de un año de ejecución, existe escasa información sobre los perfiles o una clara caracterización de los hogares a los cuales beneficia el Sistema, así como también de las reales necesidades que enfrentan, sobre todo cuando el último Censo revela el aumento de hogares unipersonales, alcanzando un 17,8% en la comuna de Rancagua (INE, 2017). A partir de allí, esta investigación buscó resolver las siguientes interrogantes: *¿quiénes necesitan la ayuda?*, *¿por qué la necesitan?* y *¿cuáles son las ayudas que necesitan?*

## ANTECEDENTES/ REFERENTES TEÓRICOS

Al momento de iniciar esta investigación fue preciso aclarar que la dependencia se entiende como “*la condición en la que están las personas, que por razones vinculadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de asistencia y/o ayudas para realizar las actividades de la vida diaria*” (SNAC, 2017). En Chile la medición de la dependencia en el área de la salud se realiza mediante el índice de Barthel (IB), instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD) consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia (Barrero Solís, García Arrijoja y Ojeda Manzano, 2005, p. 81). Sin embargo, es importante precisar que los valores que se asignan a cada una de las actividades se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física que una persona requiere si no la puede realizar por sí misma; por lo tanto, las condiciones ambientales pueden afectar la puntuación del IB.

Este índice se utiliza para la selección de beneficiarios, al igual que el *Registro Social de Hogares, RSH* (ex Ficha de Protección Social), instrumento que registra la calificación socioeconómica de un grupo familiar y que se establece de acuerdo con la suma de los ingresos efectivos de las personas que componen un hogar, en un promedio de doce meses, y son ajustados por el número de integrantes, su edad y grado de dependencia (moderada o severa). Estos datos son otorgados por el mismo grupo familiar al momento de actualizar su RSH, cuando la situación del hogar ha cambiado su realidad.

Siguiendo la conceptualización de la CEPAL, el subsistema se funda en el concepto de cuidado entendido como “*la provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo del ciclo de vida, tanto remunerada como no remunerada; e implica además que el cuidado involucra tanto a los sujetos que lo reciben como aquellos que lo entregan*” (Barraza, 2017, p. 61). De esta forma es pertinente señalar que el denominado cuidador principal es “*un miembro de la familia u otro importante que atiende al paciente en su domicilio y que es identificado por el paciente como su cuidador principal*” (Vallerand y Collins-Bohler, 2007, p. 30).

Una de las necesidades que se visualizó en la realidad chilena para atender a esta población objetivo, es que a nivel de oferta pública existen diversos programas e iniciativas pero se encuentran desarticulados y, por ende, resultan poco eficientes. Las diversas instituciones no se complementan para asegurar estándares de calidad en materia de cuidado. En comparación con las experiencias internacionales, Chile cuenta con un gran abanico de programas pero necesitan ser coordinados para asegurar la calidad que se demanda. Por este motivo, el SNAC propone un modelo de gestión basado

en una red articulada, teniendo como colaboradores principales socio-estratégicos a los municipios y equipos locales de área de social y de salud, a través de una gestión intersectorial de prestaciones y servicios sociales, contribuyendo así a abordar los efectos de la dependencia, promover la autonomía de las personas y fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de las personas (Ministerio de Desarrollo Social, 2016, p. 5). Con lo anterior, el Programa define la *línea de acción 1: Gestión de la Red Local*; este aspecto considera la coordinación y gestión del trabajo de la red, y contiene las siguientes acciones: priorización y selección de los beneficiarios, evaluación de necesidades de cuidado en los hogares, preparación de planes de cuidado individualizados de intervención en los hogares, seguimiento a la trayectoria de hogares, capacitación y formación para el equipo de trabajo, además de difusión y sensibilización a nivel local.

La implementación del *Programa Red Local de Apoyos y Cuidados* inicia, en su etapa diagnóstica, con la identificación de las familias beneficiarias mediante la aplicación de la *Entrevista de Acceso al Sub-sistema Nacional de Apoyos y Cuidados* (información que proporciona el Ministerio de Desarrollo Social a partir de los datos del Registro Social de Hogares). Una vez disponible en el Municipio de Rancagua, fue analizada con la Red Local para la construcción de la nómina definitiva, quedando una cobertura total de 162 beneficiarios en la comuna. Este instrumento de evaluación permitió verificar la condición de dependencia y evaluar las necesidades de apoyos y cuidados de las familias para luego dar paso a la elaboración del *Plan de Cuidados*, cuyo instrumento de intervención social refleja el acuerdo de acciones que responden a los requerimientos de cada grupo familiar. Posterior a la etapa de invitación, evaluación y retroalimentación a los hogares, se deben planificar al menos 10 sesiones de seguimiento (entrevista telefónica y visita en el domicilio) durante los tres años de intervención, para lo cual se considera una reevaluación cada 12 meses que permitirá determinar la mantención o el egreso del grupo familiar en el Sub-sistema.

La definición de la *línea de acción 2* se denomina: *Preparación de instalación servicio de atención domiciliaria*, la cual permite articular la coordinación de dos dispositivos que otorgan este servicio mediante la incorporación de una cuidadora formal (capacitada y remunerada) que entrega un servicio de respiro a los familiares, permitiendo recibir apoyos en las tareas de cuidado, además de recuperar tiempo para realizar actividades personales: el *Programa Chile Cuida* de la Fundación de las Familias y Cuidados Domiciliarios de SENAMA. De esta forma se disminuye el nivel de sobrecarga existente en los núcleos y, sobre todo, se evita la institucionalización de adultos mayores en residenciales y hogares. Para determinar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona,



es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas; sin embargo, la base referencial en el SNAC es la *Zarit Burden Interview*, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (Flores, G., Rivas, R. y Seguel, P., 2012, p. 61).

Respecto de la línea de acción 3: Servicios especializados de Apoyos y Cuidados, permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios (recursos humanos, insumos, transporte, adaptaciones en la vivienda, ayudas técnicas) que faciliten la atención integral y centrada en las personas de acuerdo con sus necesidades, y que no puedan ser provistos desde la red de servicios que se encuentran presentes en el territorio.

## ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

La presente investigación es de carácter cualitativa. Debido a la mirada naturalista, fenomenológica e interpretativa que posee, se fundamenta en un proceso inductivo, lo que favorece para conocer con mayor profundidad la realidad. La situación de los hogares con uno o más integrantes en situación de dependencia es compleja y dinámica, por lo que enfocar este fenómeno desde una mirada cualitativa ayudará a conocer las experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar conocimiento en todas las dimensiones, internas y externas, pasadas y presentes.

Martens (2005), además de Coleman y Unrau (2005), consideran que la investigación cualitativa es particularmente útil cuando el fenómeno de interés es muy difícil de medir. Tal es el caso de esta investigación, que pretende conocer las vivencias y experiencias de los actores involucrados en las tareas de cuidado. La investigación cualitativa proporciona profundidad en los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. Lo anterior se basa en el paradigma de la *Construcción Social de la Realidad*, que introduce en las ciencias sociales la noción de “construcción social” (o *constructo* social) que, con el desarrollo del llamado *construccionismo social*, se fue poco a poco aplicando a multitud de ámbitos de la vida social. La importancia de este modelo aquí radica en que la realidad de la vida cotidiana se comparte con otros, siendo la situación “cara a cara” la más importante de las experiencias de interacción social y desde donde derivan todas las demás situaciones de interacción.

Este estudio no experimental se ejecuta con un diseño transeccional; es decir, en un tiempo único, desde febrero a julio de 2017. La idea principal en la investigación consiste en describir el fenómeno y el contexto en el que se desenvuelven los hogares con dependientes en sus quehaceres diarios, detallar estos y conocer cómo se manifiestan. Para ello dimos a este estudio un alcance descriptivo de acuerdo con lo señalado por Danhke (1989), que busca especificar las características y los perfiles de estas personas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 234).

La unidad de análisis corresponde a 162 hogares con uno o más integrantes en situación de dependencia, que vivan en la comuna de Rancagua y pertenezcan al 60% del Registro Social de Hogares. La recolección de datos se realizó en ambientes naturales y cotidianos de los participantes, a través de la *Entrevista de Acceso al Sub-sistema Nacional de Apoyos y Cuidados*, la cual recaba información básica del grupo familiar, la capacidad funcional del que se ha identificado como dependiente índice, ingresos, caracterización de los cuidados que entrega el cuidador principal, necesidades de ayudas técnicas, redes de apoyo, necesidad de ayudas sociales, necesidades del cuidador, nivel de sobrecarga y condiciones de habitabilidad. Este instrumento debe ser completado por un profesional del área social o de la salud.

## RESULTADOS

No hay nada más valioso que aprender de las experiencias de vida de otros, nada más satisfactorio que lograr comprender la historia de una familia y contribuir en su realidad. Esto es justamente lo que aportó este programa piloto; consiguió que pudiéramos conocer hasta lo más íntimo de la dinámica familiar y que los profesionales de las ciencias sociales nos motivemos a colaborar, desde la práctica, con más opciones para mejorar la calidad de vida de estas personas. Cada núcleo familiar tiene una historia de vida particular y única; sin embargo, existen ciertas características que las identifican con el resto, dentro de ellas se pueden encontrar las siguientes similitudes:

- Son familias monoparentales, compuestas en su mayoría por dos personas con vínculo consanguíneo: un padre o madre dependiente y un/a hijo/a que otorga cuidados.
- No cuentan con recursos económicos suficientes y *sobreviven* con la pensión del adulto mayor. El cuidador no tiene fuente laboral estable.
- Su característica principal es el escaso apoyo del resto de parientes y la pérdida del vínculo con instituciones públicas (por razones como falta de información y desconfianza hacia al sistema público).

- Existe de forma permanente una sensación de tensión y estrés por la situación de cuidado, dañando incluso la comunicación y las relaciones entre la persona dependiente y su cuidador/a.

Ahora bien, cada uno de los usuarios tiene rasgos relevantes de analizar cuando se pretende adquirir desafíos para mejorar la calidad de vida de estas personas; por lo tanto, se logra determinar una caracterización del perfil de estos beneficiarios:

ADULTO/A MAYOR	CUIDADOR/A
<p>En el Programa, las edades de quienes están en situación de dependencia se encuentran entre los 19 y 102 años, y 144 de ellos corresponden a personas sobre los 60 años (102 mujeres y 42 hombres). Según la Escala de Barthel, 91 de ellos poseen dependencia severa.</p>	<p>Los cuidadores familiares, específicamente de los mayores de 60 años, tienen entre 20 a 88 años; 112 corresponden a mujeres. La mayoría ha dejado su fuente laboral para dedicarse completamente a los cuidados de los más longevos.</p>
<p>Queda en situación de dependencia a causa de diversas enfermedades físicas y mentales que lo aquejan, por lo que va perdiendo cada vez más su autonomía e independencia.</p>	<p>Hijo o hija en situación de estrés permanente con una carga emocional que no expresa durante un largo periodo (resultado de la Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit). Destinan alrededor de 16 horas diarias a las tareas de cuidado.</p>
<p>Viven inmersos en una cultura que promueve la dependencia (por ejemplo, el trato hacia los adultos mayores como niños hace que sean menos autónomos).</p>	<p>Se enfrentan constantemente a un dilema personal ético entre la responsabilidad que tienen de cuidar a su progenitor v/s priorizar su vida familiar y personal enfrentando problemas como separaciones, divorcios, descuido de los hijos, cesantía.</p>
<p>Sufren las consecuencias de ser vistos como <i>una persona carga</i>, y dejan de vincularse con hijos, nietos, y amigos de toda la vida.</p>	<p>Sentimiento de agobio al generar conflictos (sin intención) con otros miembros de su familia por el hecho de solicitar apoyo (en los cuidados, más que en el aspecto económico) constantemente y sin obtener respuestas.</p>

Fuente: elaboración propia sobre la base de instrumentos de evaluación aplicados a los grupos familiares del programa.

Con lo anterior, se pueden visualizar desde la realidad las distintas necesidades de apoyo que requieren estos grupos familiares y para las cuales la corresponsabilidad de distintos actores gubernamentales y de la sociedad civil deben actuar.

Llama principalmente la atención cómo estos núcleos son capaces de buscar estrategias innovadoras de convivir con la dependencia, desde la forma de organización y división de tareas, sumado a la aplicación de estrategias de cuidado y autocuidado. Seguir la misma rutina diaria por años, no conversar y no compartir sus sentimientos con nadie, encapsularse en una vivienda que no cuenta con las condiciones básicas, sentir que el cuerpo se deteriora, no tener acceso a un servicio de salud de calidad, entre tantos otros sentimientos de frustración, son elementos que ni los “manuales” le dan sentido a estos cuidadores que no cuentan la formación idónea en la materia.

En el caso de un adulto mayor que vive en abandono y que no tiene las herramientas, ¿cómo puede potenciar, en su soledad, sus habilidades cognitivas para evitar su deterioro mental? De allí es que en la práctica se visualiza cómo implementan formas arcaicas de manejar un presupuesto familiar, algunos elaboran ayudas técnicas con materiales reciclados, idean estrategias para convencer a vecinos y personas de la comunidad para que ayuden y puedan lograr salir del domicilio, buscan soluciones a dificultades cotidianas, como por ejemplo en la movilización del adulto mayor, entre otras formas no convencionales de enfrentar la dependencia. El problema se genera cuando las familias no tienen apoyo; por lo tanto, este trabajo de sobrevivencia autodidacta se transforma en depresión y deterioro para su autoestima.

Asumiendo esta realidad tal cual, revisemos cómo se desarrollaron los objetivos del *Programa Red Local de Apoyos y Cuidados* a través de sus líneas de acción:

### **Línea de acción 1: gestión de la Red Local**

Se mencionó que este aspecto considera la coordinación y gestión del trabajo de la Red en la comuna. Durante la primera fase se realizó, en primera instancia, la tarea de constituir y formalizar una red de apoyos y cuidados, respaldada por un decreto alcaldicio. Aquí participaron actores de diferentes Instituciones y Programas, dentro de los cuales se pueden destacar programas municipales como el Departamento de Protección Social, Oficina del Adulto Mayor, Oficina de Capacidades Diferentes, Subsidios monetarios y otras extra-municipales como SENAMA y Centros de Salud Familiar (CESFAM) con sus respectivos programas, SENADIS, SERVIU, Intendencia, Gobernación, Hogar de Cristo, Chile Cuida, División de Salud, Hospital Regional, Corporación de Asistencia Judicial, entre otros.

Con estos participantes se generaron instancias mensuales que tenían como finalidad, además de la difusión y exposición de los avances del Programa, el trabajo colaborativo para dar respuesta a las necesidades de las familias y la capacitación continua de los profesionales que integran la red local. Las capacitaciones efectuadas permitieron actualizar información y conocer en profundidad el funcionamiento de los programas: Chile Cuida, Centro de Rehabilitación Comunitaria, Subsidios Monetarios, Cuidados Domiciliarios, Centro Diurno, Programa de Salud Mental y el Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa.

### **Línea de acción 2: preparación de instalación del servicio de atención domiciliaria**

Esta línea permite proveer la contratación de recurso humano para el reclutamiento y selección de cuidadoras. Sin embargo, en Rancagua no se ejecuta actualmente debido a la presencia de dos Programas que ya emplean este servicio: Chile Cuida, de la Fundación de las Familias, y Cuidados Domiciliarios, de SENAMA, ejecutado actualmente por el Hogar de Cristo. El gran avance en la instalación de ambos dispositivos es la disminución del nivel de sobrecarga existente en los núcleos, esto a partir del apoyo que reciben dos veces a la semana, durante 4 horas, en las tareas de cuidado. Es importante señalar que los beneficiarios han reconocido, como clave en esta variable, el acompañamiento que les proporciona un tercero durante los días de servicio, reconociendo así que la mayor parte del tiempo se encuentran solos.

Por otro lado, es pertinente hacer referencia a la necesidad de ampliar este tipo de prestaciones a personas dependientes (moderadas y severas) de todas las edades, ya que se visualiza una incoherencia entre lo que propone el SNAC versus la realidad actual. Es decir, la oferta local que ofrece el servicio de atención domiciliaria está destinada a adultos de 60 años y más; sin embargo, se cuenta con un alto porcentaje de menores de 50 años que son dependientes y requieren del mismo apoyo.

### **Línea de acción 3: servicios especializados en Apoyos y Cuidados**

Esta última línea de acción permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios (recursos humanos, insumos, transporte, adaptaciones funcionales en la vivienda, ayudas técnicas) que faciliten la atención integral y centrada en las personas de acuerdo con sus necesidades, y que no puedan ser provistos desde la red de servicios que se encuentran presentes en el territorio. En este sentido, las más frecuentes se pueden dividir en:

- Necesidades en el ámbito de la salud: capacitación en cuidados para los cuidadores familiares (de un kinesiólogo o terapeuta ocupacional), evaluaciones médicas de oftalmólogos, dentistas y otorrinos, atención

psicológica para el cuidador, ayudas técnicas que apoyen las actividades de la vida diaria de las personas dependientes y, por último, la necesidad de apoyo emocional tanto para la persona dependiente como para el cuidador.

- Necesidades en el ámbito económico: insumos de cuidado (pañales, apósitos), canasta de alimentos, apoyo para medicamentos y exámenes médicos particulares, emprendimiento y postulación a subsidios gubernamentales.
- Necesidades de habitabilidad: instalación de rampas, agarraderas y pasamanos, revestimiento término, retiro de bañeras y mejoramiento de cielos y pisos.

En lo práctico, el *Programa Red Local de Apoyos y Cuidados*, con el aporte del Departamento de Protección Social de la Ilustre Municipalidad de Rancagua, durante los seis primeros meses de ejecución logró apoyar en:

N° de apoyos	Descripción
162	Organizadores del cuidado (material didáctico y de organización para el cuidado).
71	Ayudas técnicas: camas clínicas, sillas de rueda, andadores, sillas de baño, bastones y/o muletas y colchones anti-escaras.
60	Atenciones domiciliarias de una kinesióloga (dos visitas mensuales) y una podóloga (una visita mensual).
10	Atenciones gratuitas por un profesional oftalmólogo.
75	Apoyos en insumos de cuidado.
12	Exámenes médicos particulares.
25	Ayudas en alimentación.
110	Apoyos en trámites con instituciones públicas y privadas (derivaciones, gestión, proporcionar documentación en domicilio).

Señalando el trabajo comprometido de los/las profesionales que acompañaron a estas familias durante estos meses, es necesario socializar una síntesis de todos aquellos elementos que permiten iniciar una reflexión social frente a la población objetivo. A continuación se describen los principales.



## DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Sobre la gestión de Red Local se visualiza una evidente desinformación acerca del funcionamiento de los distintos programas del Gobierno para con las familias y también en los profesionales que conforman la red. En el primer caso pudiera considerarse *normal*, ya que el cuidador familiar, debido a las tareas que desarrolla diariamente, no cuenta con tiempo suficiente para realizar trámites e informarse. Sin embargo, en el caso de los profesionales no, pues son expertos en sus áreas, pero desconocen el funcionamiento de los programas donde trabajan para la misma población objetivo, lo que genera un déficit importante para la gestión. Lo anterior provoca la derivación poco efectiva de las familias. Los usuarios se refieren constantemente al *peloteo* (derivaciones burocráticas) que les significa hacer cualquier trámite, porque lamentablemente deben recurrir a distintas instituciones antes de lograr encontrar una solución idónea a su necesidad/problema. En la experiencia se puede observar la descoordinación institucional que genera la falta de información, causando un evidente grado de molestia y desconfianza hacia funcionarios públicos, poniendo en riesgo su credibilidad y profesionalismo.

Existe una necesidad importante de generar reuniones periódicas entre instituciones locales que avanza en el mejoramiento de la calidad de vida de grupos sociales vulnerables. No es posible que se trabaje de forma aislada, puesto que solo se tiene como resultado intervenciones superficiales sin cambios reales para las familias, la sobre-intervención, la dualidad en la entrega de ayudas y la permanencia del llamado *asistencialismo* en vez de entregar herramientas efectivas.

Posterior a la ejecución de la primera fase del Programa, se procedió a la aplicación de un instrumento elaborado por el equipo para evaluar la percepción de los profesionales de la gestión de la red local. Algunos elementos que destacar:

a) existe un interés profesional en mantener su participación activa en instancias como las mesas de trabajo que generó el Programa, para efectuar derivaciones efectivas, mantenerse informado en la materia, conocer la oferta social de la comuna, complementar intervenciones sociales, apoyar iniciativas y aportar en la solución de problemas.

b) reconocen el aporte y las fortalezas del Programa en el mejoramiento de la coordinación interinstitucional.

Las Instituciones y Programas de la Red Local tienen escasa autonomía en las decisiones, dando claras señales de una burocratización horizontal y vertical. La consecuencia más grave en este aspecto se demuestra con la pérdida de respuesta rápida a problemas sociales actuales y emergentes.

El Programa debe coordinar la gestión de la red, pero además debe evaluar permanentemente el trabajo colaborativo interinstitucional.

Respecto de los llamados *servicios especializados*, el apoyo que se generó durante este periodo contribuyó en mejorar las condiciones de vida de las personas que requieren apoyo en sus actividades diarias y sus cuidadores. Como es de conocimiento general que cada Programa trabaja en función de ciertos cupos, la Red Local logró una descongestión de la demanda institucional, específicamente en las atenciones de salud, que no son suficientes, desde los CESFAM de la comuna. Aquí es pertinente señalar que en el Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes con Dependencia Severa, el cual se visualizaba como única red de apoyo para estos hogares, en sus orientaciones técnicas se declaran tres visitas anuales: visita domiciliaria integral, de tratamiento y/o procedimiento y la visita de seguimiento (Ministerio de Salud, 2014, p. 7). Se asume entonces, por parte de los hogares, la escasez de apoyo y seguimiento, haciendo referencia a estas insuficientes instancias. En este sentido, el acompañamiento de los profesionales del Programa consiguió que los mismos usuarios refirieran que hubo una disminución en la sensación de abandono y soledad que manifestaban, aludiendo a comentarios como “al fin alguien se preocupa por nosotros”.

Existe la necesidad explícita de las familias por un apoyo económico. Actualmente, lo que más se acerca a suplir esta dificultad es el Programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad, que permite a cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa acceder a un beneficio (estipendio) no postulable que consiste en un pago máximo mensual de \$26 mil 700 por la prestación de sus servicios. Pero actualmente solo una parte de la totalidad de las personas inscritas en el Programa lo recibe y, conociendo a fondo su realidad familiar, el aporte es insuficiente para satisfacer necesidades básicas de alimentación y cuidados.

Una de las grandes virtudes del *Programa Red Local de Apoyos y Cuidados* es el cierto grado de autonomía presupuestaria (respetando criterios) que permiten un acercamiento real a lo que las personas necesitan. De esta forma se evita que recursos del Estado se mal gasten, siendo los que diseñan las políticas públicas quienes establecen en qué satisfactores sociales se deben priorizar, porque desconocen muchas veces lo que ocurre en la práctica.

En nuestro país, cada vez son más las personas que viven solas y las tasas de matrimonio y la cantidad de niños por hogar están en declive; por lo tanto, estas nuevas tendencias que modifican las estructuras familiares han promovido de cierta forma la desconexión social y el aislamiento. Considerando todos los aprendizajes, es posible dejar de lado la conducta egoísta que muchas veces adoptamos, para pensar y actuar en pro de la sociedad.

Se han revisado los grandes avances en la temática, aquellas ventajas y las debilidades que se deben mejorar. A modo de complemento se plantean a continuación 3 grandes desafíos en cuanto al envejecimiento de la población:

1. Implementación de un *Programa de Empleo para el Adulto Mayor* que permita una activación económica formal y que fomente la integración social. El sentimiento de *pérdida de utilidad* que conciben, se visualiza en el aislamiento que se produce una vez que dejan sus fuentes laborales para dar paso a la jubilación. De hecho existen estudios, como recientemente demostró la Universidad de Brigham Young (EE. UU.), que millones de personas sobre los 40 años sufren de soledad crónica y el riesgo de muerte que provoca este aislamiento (Holt-Lunstad, Timothy B., Baker, Tyler y Stephenson, 2015). La creación de una iniciativa como esta permitiría que muchos adultos mayores autovalentes puedan aumentar sus ingresos, continuar desarrollando sus capacidades y manteniendo sus relaciones sociales activas. Pero ¿qué tipos de empleo serían óptimos? Existen muchos ejemplos: orientación y educación a niños, niñas y adolescentes en riesgo social, *coaching* especialistas en distintas áreas productivas para transmitir la experiencia que tuvieron en su vida laboral activa, en el cuidado de niños para que sus padres puedan mantener una fuente laboral estable y con tranquilidad, en cuidados de personas en dependencia (quienes han tenido a varias personas a su cuidado durante la vida, puedan replicar esta experiencia, pero con un incentivo económico), en la producción de alimentos, como profesores jubilados que enseñen idioma a inmigrantes, entre otros.

2. Potenciar la conformación de comunidades de vecinos, conocido internacionalmente como *co-housing*, donde cada uno tiene independencia económica en sus viviendas, pero que comparten espacios para lograr relaciones vecinales estrechas. Existen diversos casos exitosos en Singapur, Holanda, Alemania, Noruega, Estados Unidos; en Latinoamérica la propuesta actual de Argentina, que ha mostrado grandes avances en integración social y en aumentar el sentido de vivir en comunidad. Es un desafío desarrollar conjuntos habitacionales con espacios comunes creados intencionalmente para que la gente se conozca y cuide mutuamente. En Chile, lo más semejante a esta forma de convivencia histórica son los Condominios de Viviendas Tuteladas (SENAMA); sin embargo, en el común de los barrios, aparte de las áreas verdes, los únicos espacios en común son las sedes sociales. Pero seamos realistas, estos espacios son poco utilizados; sin embargo, se pueden formular diversas estrategias para proveer mayor utilidad a estos recintos que están al servicio de la

comunidad: los vecinos podrían preparar comidas y cenar juntos una vez a la semana; niños que juegan solos durante las tardes cuando sus padres trabajan, exponiéndose a factores de riesgo, podrían compartir con los adultos mayores del sector; un grupo de dueñas de casas podría tener un huerto donde cultiven frutas y verduras para la comunidad; los jóvenes del barrio, aquellos con buen rendimiento escolar, enseñándoles materias a otros más débiles. Solo es cosa de imaginar el sinnúmero de actividades que se generarían si ocupáramos el capital social comunitario de forma eficiente. Esta forma de convivencia aumentaría la corresponsabilidad de los cuidados como tarea compartida (entre todos, hombres y mujeres, equitativamente), además de fomentar la participación social. Solo que ocurrirá cuando todos esos *podrían* se vuelvan una realidad, y cuando se considere el aislamiento social como uno de los riesgos más importantes de enfrentar hoy en la salud pública.

Para avanzar en este desafío, en Rancagua el equipo del Programa consideró una medida innovadora, diseñó un proyecto de Voluntariado de Adultos Mayores con el propósito de otorgar compañía a sus pares, integrando un enfoque territorial. Actualmente en su etapa de difusión, existe un gran interés por parte de adultos mayores autovalentes que desean participar en la ejecución de las distintas actividades que se proponen: apoyo afectivo y emocional, diálogo y aprendizaje generacional, manualidades, lectura, paseos en áreas verdes, desarrollo de ejercicios de estimulación cognitiva. El voluntario (con formación previa) debe visitar la vivienda de la persona dependiente y su cuidador, cuyo domicilio se encuentra en el mismo sector donde vive, lo que pretende desarrollar nuevas redes de apoyo al interior de la comunidad, mejorar las conexiones sociales entre las personas y aumentar el sentido de pertenencia con su entorno.

3. Es conocido en nuestro país que los trámites legislativos son lentos y engorrosos, que muchas políticas públicas no se ajustan a la realidad, sumando la tardanza en su aplicación. Con un ejemplo concreto: un Gobierno puede tardar hasta dos años para diseñar un programa social, otro año en su puesta en marcha y un último año para revisar los principales avances. ¿Qué ocurre después? Un nuevo gobierno, que independiente del sector político al que pertenezca, desea innovar, muchas veces sin considerar el aprendizaje desde la práctica, por lo tanto, lo hace desde el ejercicio del poder y que por lo demás requiere popularidad, finalmente inicia todo un nuevo proceso que impide atacar las causas de los problemas sociales en el momento. Es decir, los Gobiernos llegan tarde y solo a enfrentar consecuencias tras consecuencias mientras van apareciendo nuevas causas sociales.

Este no es un desafío fácil, por el contrario, también requiere un cambio sociocultural. Pero mientras eso tarda en suceder, se debe apoyar la coordinación inter-institucional por medio la creación de una normativa que permita atender a esta población con programas y servicios descentralizados y con autonomía presupuestaria. El *Programa Red Local de Apoyos y Cuidados* cuenta con cierta autonomía en lo presupuestario y ha demostrado ser un aporte clave en el desarrollo. Si a lo anterior agregamos innovaciones tecnológicas, como la creación de una Red Informática de datos de usuarios con el fin de que toda la Red Institucional de un territorio se mantenga informado sobre una familia X: su historial, todos los problemas sociales asociados a ese núcleo, qué beneficios ha recibido y cuáles está recibiendo actualmente, mejoraría la calidad de vida de la comunidad. Este recurso además puede ser utilizado como un predictor de riesgo familiar, que contribuya en el desarrollo de políticas públicas ajustadas a la realidad.

Por último, uno de los desafíos pendientes y muy importante para mejorar la calidad de vida de las personas: eliminar la visión del Trabajador Social como el profesional que simplemente ejecuta acciones impuestas categóricamente. No seguimos siendo promotores del asistencialismo, somos un real agente de cambio. En todos los equipos profesionales que trabajan directamente con la comunidad existe un profesional idóneo, que está realmente comprometido con su trabajo y que cuenta con las suficientes competencias para transformarse en Asesor Social, que a su cargo tendría toda la estrategia y gestión para obtener un trabajo social real: territorial y colaborativo.

Supongan una proyección de estas propuestas, obtendríamos cambios reales, tenemos la capacidad de ser un país desarrollado. La vida avanza rápidamente, es tiempo de cambiar estilos de vida, de mirar el cuidado con agrado y no como carga, y no permitir que vivamos en soledad, porque la integración social tiene más poder que la medicación. Todo lo demás está demostrado, las buenas relaciones sociales (no en número, sino en calidad) nos harán vivir muchos más años y mucho más felices.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barraza, M. (2017). La dependencia y apoyos a los cuidados, asunto de derechos humanos. En *Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados: Un desafío país*. Pp. 60-67. Santiago de Chile.

Barrero Solís, C., García Arrijoja, S., y Ojeda Manzano, A. (2005). Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, N° 81.

CASEN (2013). Santiago.

CASEN (2013). *Adultos Mayores. Síntesis de Resultados*.

CEPAL (2011). *El envejecimiento y las personas de edad*. CELADE.

CONAPAM (2012). *Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica*. San José de Costa Rica.

Presidencia de la República de Chile (2017). La dependencia y los cuidados de largo plazo: la visión desde el sector salud. En *La Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos*. P. 81. Santiago de Chile: Dirección Sociocultural Presidencia de la República .

Flores, G., Rivas, R. y Seguel P. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería XVIII*, pp. 60-62.

Hernández, Fernández y Baptista (2006). *Metodología de la Investigación*.

Holt-Lunstad, J., Timothy B., Baker, M., Tyler, H. y Stephenson, D. (2015). *Perspectives on Psychological Science*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1745691614568352>

INE (01 de Mayo de 2017). *Resultados Censo 2017*. Obtenido de <https://resultados.censo2017.cl/Region?R=RO6>

Junta Nacional de Cuidados (2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016-2020*. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Desarrollo Social (2016). *Orientaciones técnicas, versión preliminar. Fase inicial de implementación*. Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social de Chile (2013). *Panorama Casen. Dependencia funcional de las personas mayores*. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2014). *Orientaciones técnicas Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa*. Santiago de Chile.

Ministerio Desarrollo Social (s.f.). Ley N°19.353. 2015. Montevideo, Uruguay.

SENADIS (2016). *Estudio Nacional de la Discapacidad*. Santiago de Chile.

SNAC (2017). *Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados*. Obtenido de <http://uranio.tide.cl/mdsac/conocenos/>

UNFPA (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento* . República de Panamá: Carolina Ravera Castro.

Vallerand, F. y Collins-Bohler, D. (2007). Manejo del dolor en pacientes con cáncer que reciben atención domiciliaria. Pp. 7-31.



Sección Episteme

# CONFLICTOS SOCIOAMBIENTALES EN COMUNIDAD QUECHUA *CEBOLLAR* *ASCOTAN*, DE LA REGIÓN DE ANTOFAGASTA

*SOCIO-ENVIRONMENTAL CONFLICTS IN THE COMMUNITY*

*QUECHUA CEBOLLAR ASCOTAN OF THE ANTOFAGASTA REGION*

*Autor*

RUBÉN GABRIEL LOBOS ARCE \*

**RUBÉN GABRIEL LOBOS ARCE\***

*Chileno, trabajador social Universidad Tecnológica  
Metropolitana. Correo electrónico: rubenlobosarce@hotmail.com.  
Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2295-4270>*

*Artículo recibido el 27 de abril de 2018 /  
aceptado el 06 de agosto de 2018*

## Resumen

La Comunidad Quechua *Cebollar Ascotan* está ubicada en la Región de Antofagasta, coexistiendo con diversos conflictos socioambientales con las empresas extractivistas ubicadas en el sector. Desde hace unos veinte años, distintos proyectos extractivistas han operado, realizando diferentes trabajos en la zona. A partir de lo anterior, la comunidad ha ido notando una serie de efectos adversos en el territorio, representados esencialmente en sus Derechos como Comunidad Indígena, dando origen al conflicto. Es aquí donde surge el propósito de la presente investigación, el cual está orientado a explorar el proceso de evaluación de impacto social, que podría ofrecer una solución y/o mitigar los conflictos socioambientales generados por la explotación desenfrenada de los recursos naturales, hecho que ha detonado impactos significativos sobre la calidad de vida de las comunidades emplazadas dentro de las áreas de explotación de los proyectos extractivistas.

### PALABRAS CLAVE

conflictos socioambientales, comunidad quechua Cebollar Ascotan, evaluación de impacto social en comunidades indígenas en Chile, ecología política, extractivismo, ambientalismo y ecologismo latinoamericano

## Abstract

The Quechua Cebollar Ascotan Community is located in the Antofagasta Region, coexisting with various socio-environmental conflicts with extractivist companies located in the sector. Mentioning that approximately twenty years ago different extractivist projects have operated, carrying out different works in the area. From the above, the community has been noticing a series of adverse effects in the territory, represented essentially in their Rights as Indigenous Community, giving rise to this conflict. This is where the purpose of the present investigation arises, which is oriented to explore the social impact assessment process, which can offer a solution and / or mitigate socio-environmental conflicts, generated by the unbridled exploitation of natural resources, that has detonated significant impacts on the quality of life of the communities located within the exploitation areas of extractive projects.

### KEYS WORDS

socio-environmental conflicts, quechua Cebollar Ascotan community, social impact assessment in indigenous communities in Chile, political ecology, extractivism, environmentalism and latin american ecology

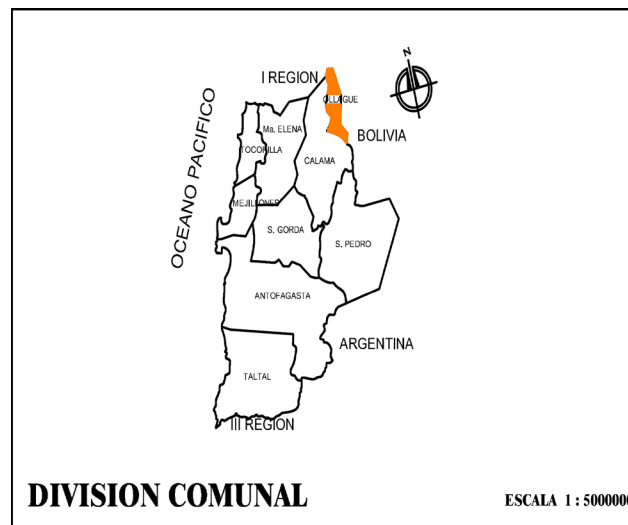
## INTRODUCCIÓN

Ollagüe se encuentra ubicada entre los 68°45" y 68° de longitud oeste y los 20°45" y 22° latitud sur, en el extremo noreste de la provincia de El Loa, en la Región de Antofagasta, Chile.

Posee una superficie total de 2912,5 km<sup>2</sup>, (representando un 2,3% y un 6,94% de la superficie regional y provincial respectivamente). Se encuentra

compuesta por ocho (8) localidades: Ollagüe, Quebrada del Inca, Puquios, Amincha, Ascotán, Cebollar, Coska y Chela, y tiene una población de 142 habitantes (Ollagüe, 2008).

**Figura 1. Mapa de la comuna de Ollagüe**



Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

La comuna de Ollagüe está inserta en el altiplano chileno, después del cordón montañoso de Los Andes. Destacan las alturas de los volcanes: Ollagüe con 5.800 mts., Aucalquilcha con 6.176 mts., Miño con 5.691 mts. y el Poruña con 4.000 mts. Y la presencia de salares como: Ascotán con 246 km<sup>2</sup>; Carcote o San Martín, con 108 km<sup>2</sup>; y Ollagüe, el de menor extensión, con 31 km<sup>2</sup>.

Es la comuna más apartada de la Región de Antofagasta, ubicada a 410 kms. de la capital regional, 207 kms. de Calama y situada a 3.700 metros de altura.

El relieve de la comuna de Ollagüe presenta rasgos geográficos y ecológicos similares a aquellos ubicados en la vecina región denominada *Altiplano Meridional* o *Altiplano Intermontano* (Beberían, 1998, pp. 66-70), ya que la geomorfología de la zona se caracteriza por la presencia de una serie de

accidentes orográficos e hidrográficos, entre los que destacan cuencas menores o bolsones fisiográficos en los que se han formado lagunas y salares testigos de antiguos eventos geológicos que han producido en el lenguaje coloquial la denominación *Comuna de Volcanes y Salares Eternos*.

Respecto del clima que presenta la comuna, podemos señalar que se ubica dentro de un sistema climático desértico marginal de altura (BWH), con una fuerte oscilación térmica diaria, cielos limpios y con vientos que alcanzan los 60 k/h, existen precipitaciones ocasionales durante el año. En Ollagüe se presentan solo dos estaciones invernales, la altiplánica y la estacional.

Todas estas condiciones atmosféricas provocan una extrema aridez y temperaturas con una marcada oscilación, que va desde los  $-20^{\circ}$  a los  $15^{\circ}$  C, producto de lo cual existe una escasa vegetación y la fauna solo reservada a los animales de altura (camélidos, parinas, vizcachas, etc.).

Respecto de la hidrografía que presenta la comuna es un sistema de endorreísmo, el cual es característico de los relieves altiplánicos, cuyo nivel de base está dado por los salares. Este sistema en el área está representado por la laguna Aguas Calientes.

Por último, respecto de la demografía de la comuna podemos establecer que, de acuerdo con estudios realizados en la Comuna por la Municipalidad y el Censo Nacional (Ollagüe, 2008), la población de Ollagüe ha ido disminuyendo gradualmente, principalmente por falta de expectativas económicas: en 1982 se contabilizaron 654 habitantes; luego en 2002, 318 habitantes; y por último en el 2008, 142 habitantes. Podemos agregar que la mayor población es oriunda de la zona (de ascendencia quechua) y la restante la constituyen los pobladores que provienen desde otras comunas y que son los funcionarios municipales, de educación, salud y de la empresa de Ferrocarriles.

Existe un segmento de población flotante, compuesta por funcionarios de Carabineros, Interpol, SAG y Aduana, de este último la población con mayor permanencia en el tiempo es Carabineros, ya que su rotación es de cada dos (2) o tres (3) años, mientras que la del resto de los funcionarios es semanal o quincenal. Otro tipo de población flotante lo constituyen los trabajadores del sector minero, principalmente de nacionalidad boliviana, quienes se concentran en el poblado de Ascotán.

## DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES HISTÓRICOS COMUNIDAD

Describir los antecedentes históricos de la comunidad *Cebollar Ascotan* es una tarea compleja, sobre todo si consideramos la desinformación que existe acerca de los procesos prehispánicos que se desarrollaron en aquellos territorios, siendo posible su reconstrucción solo a partir de los trabajos pioneros realizados por Leandro Bravo Valdebenito en 1994 (Bravo, 1994) en la localidad y por la utilización de la información aportada por las investigaciones efectuadas en zonas aledañas, además de datos puntuales y aislados entregados por algunos arqueólogos que han trabajado en esta zona (Cárdenas, 2000). Al respecto podemos decir que la comuna de Ollagüe fue creada como tal el 15 de octubre de 1980, bajo DFL N° 1-2868/1980, en un nuevo concepto de ordenamiento territorial, en concordancia con la regionalización del país.

“Los habitantes del sector Cebollar Ascotan, son en su mayoría de origen Quechua, su patrimonio está constituido por aspectos materiales e inmateriales, entre los que se encuentran la lengua, la religiosidad andina y sus modos de expresión, el conocimiento de la naturaleza, y el calendario de fiestas y celebraciones a la Pachamama y a los Santos Patronos.

El patrimonio cultural material se representa por medio de diversas expresiones, como los tejidos y la arquitectura tradicional de los poblados, algunos coloniales, de las iglesias y de los campos de cultivos, entre muchos otros. Mantienen especial respeto por sus vestigios arqueológico que lo componen esencialmente el camino del Inca (Qhapaq ñam), los tambos, gentilares, las chullpas (construcciones de piedras realizadas por los antiguos y usadas como sepulturas), lugares con arte rupestre petroglifos y pictografías, los cerros tutelares” (Consultores, 2012).

Y finalmente, el patrimonio natural, formado por los paisajes. La ocupación del territorio en el área de interés es profunda, se mantiene en la memoria el historial de sus ancestros y la permanencia en el territorio.

## COMUNIDAD CEBOLLAR ASCOTAN

Actualmente una de las comunidades indígenas que sufre de conflictos socioambientales en Chile es la quechua *Cebollar Ascotan*, emplazada en la comuna de Ollagüe, ubicada en el extremo noreste de la provincia de El Loa, en la Región de Antofagasta. La localidad de *Cebollar Ascotan* se encuentra situada entre el límite de la no concretada Reserva Nacional Alto Loa y el Salar de Ascotan, cuenta con una población pequeña de habitantes, siendo esta un reducido poblado situado a las orillas de la ruta internacional 21-CH, que une a Calama con el paso fronterizo Ollagüe.

Luego de las consideraciones anteriores, las principales amenazas existentes en el sector de estudio corresponden a un elevado grado de contaminación en el suelo y el aire, afectando principalmente la tierra y la ventilación del sector, lo cual se traduce en una tangible pérdida de biodiversidad (han disminuido la flora y la fauna del lugar). Esto debido a la fragilidad que presentan estos ambientes. De igual forma cabe mencionar la escasez de recursos hídricos en el territorio. Suceso que ha sido provocado principalmente por actividades y proyectos de inversión en el territorio.

De los anteriormente planteado se deduce la migración de los habitantes hacia la ciudad de Calama.

Cabe destacar que el territorio afectado se encuentra emplazado vecinamente a la no concretada Reserva Nacional Alto Loa (2005). No se pudo obtener información acerca de por qué no se concretó este proyecto, pese a haber sido anunciado por el gobierno de turno y los medios de comunicación masivos de la época (Agricultura, 2003).

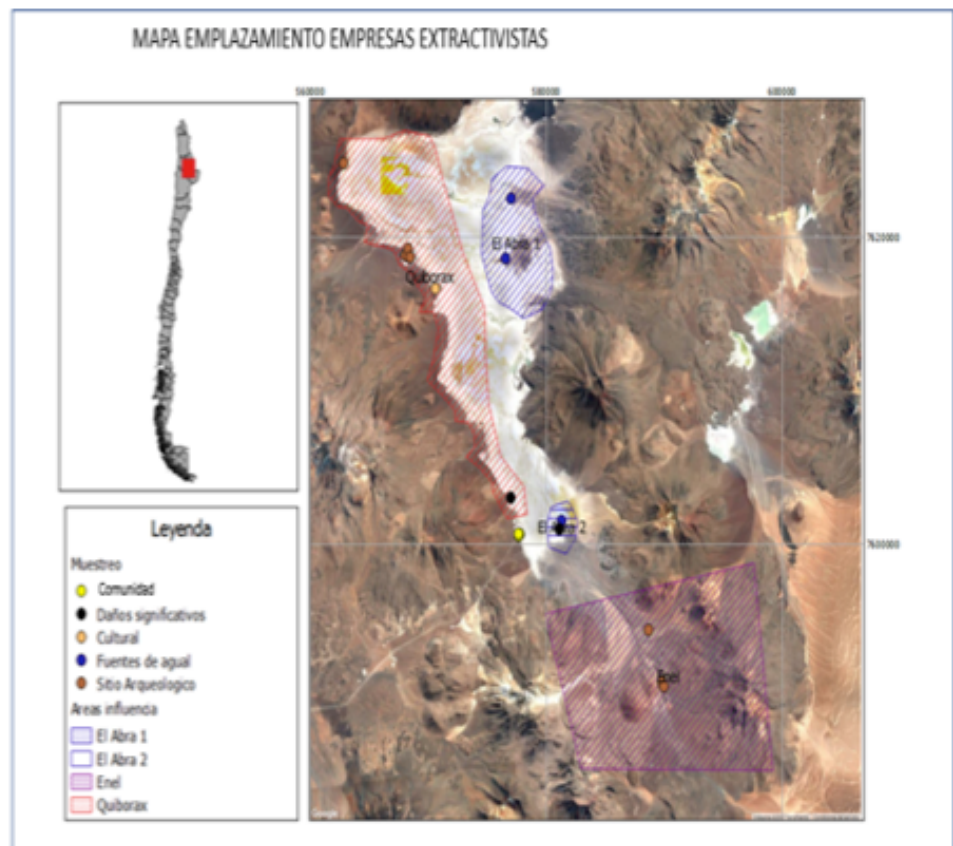
En *Cebollar Ascotan*, desde hace aproximadamente 20 años, existen conflictos socioambientales entre la comunidad indígena y los proyectos de inversión en el territorio, en especial con los proyectos del rubro minero y ahora último con uno de generación de energía en el territorio. Entre las diferentes empresas que han trabajado en el sector se identifica a:

- CODELCO: empresa minera estatal chilena, dedicada a la explotación minera cuprífera. Posee derechos de aguas en el Salar de Ascotán, otorgados por la DGA.
- SOQUIMICH: empresa minera privada que se dedica a la explotación, procesamiento y comercialización de salitre, yodo, potasio y litio. Operó hasta inicios de la década de 1990 en el territorio, luego vendió sus instalaciones a Quiborax Lta.



- QUIBORAX: empresa minera privada chilena que extrae ulexita de las lagunas salinas de Ascotan.
- EL ABRA: empresa minera, filial de Freeport-McMoRan (FCX) y CODELCO. Posee derechos de agua, concedidos por su par CODELCO, en el Salar de Ascotán
- ENEL-ENERGY POWER: asociación de empresas privadas chilenas, distribuidoras de energía eléctrica y productoras de energía. Ejecutaron el primer proyecto geotérmico nacional en las cercanías del poblado de Ascotán.
- Y todas las Empresas colaboradoras de estas Megaempresas.

**Figura 2. Mapa conflictos localidad de ASCOTAN**



Fuente: elaboración propia.

Estas empresas han ocasionado graves daños significativos sobre el medio ambiente, principalmente debido a la extracción de recursos naturales y los poco tecnológicos procesos mineros que se desarrollan en el territorio.

Dichas empresas han generado una serie de incidentes e irregularidades, de acuerdo con la recopilación de información obtenida en terreno. Entre las cuales podemos mencionar daños tangibles a la flora y fauna, provocando la ausencia, migración o destrucción de estos componentes.

En este mismo orden se observan falsas propuestas de trabajos, promesas incumplidas y beneficios que nunca se entregaron a las comunidades del territorio. Se hace oportuno señalar que existe una evidente relación asimétrica, en cuanto a la cercanía, amabilidad, poder y diálogo que existe entre los administradores de estos proyectos de inversión y los habitantes ancestrales del territorio. Situación que se agrava aún más al no respetar la diferencia de cosmovisiones de ambas partes, las cuales nunca han podido fluir de manera espontánea, por un inexistente trato de participación, diálogo y equidad de ambas partes.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Sitio de estudio

El estudio se realizó en el territorio de la comunidad quechua *Cebollar Ascotan*, en las coordenadas GSM 19k 577517 E – 7600680 N, 3756 msnm.

En junio de 2017 se realizó una visita a la comunidad, donde se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas de levantamiento de información.

#### 1. Herramientas cualitativas

- Grupos de Discusión
- Entrevista semi-estructurada

#### 2. Herramienta cuantitativa

- Encuesta

La población objetivo de esta investigación fueron los habitantes del sector llamado *Cebollar Ascotan*, que fluctuaron entre los 18 y los 80 años, con un mínimo de residencia en la comunidad de dos años, sin distinción de jerarquía dentro de la comunidad, pero sí con un mínimo grado de escolaridad. Participaron 30 personas en el instrumento cuantitativo y 17 en el instrumento cualitativo.

El tamaño de la muestra fue acorde a la cantidad de personas que se encontraban presentes en el proceso de levantamiento de los datos, teniendo en cuenta que la población objetivo del estudio se encuentra ubicada en una zona con condiciones climáticas y geográficas extremas, tales como la del altiplano chileno. Las personas fueron seleccionadas aleatoriamente para aplicarles los instrumentos. Cabe destacar que a estas personas no se les aplicaron los tres instrumentos juntos, dado el desgaste físico y psicológico que generan. los instrumentos lo cual se traduce en desmotivación en la participación y entrega de respuestas válidas.)

Los materiales usados correspondieron a; una grabadora de voz, libreta de datos, un GPS, entrevistas y encuestas impresas, una cámara fotográfica, cartas de consentimiento informado.

## Resultados

Como ya se ha aclarado podemos iniciar un breve relato del origen de la comunidad quechua *Cebollar Ascotan*, la cual presenta su inicio con figura jurídica hace muy poco, dado que por largos años se sintieron discriminados y desprotegidos por los organismos estatales y privados en dichas materias, solo pudiendo organizarse con la figura de Asociación indígena durante largos años.

El estilo de la comunidad es de carácter tradicional, ya que los habitantes de la zona poseen una valoración, cuidado y respeto a los bienes comunes de la zona y a su propia comunidad. Se debe mencionar que las influencias crecientes de las empresas en el sector han afectado profundamente debido a la gran contaminación que han provocado al sector, además de las relaciones interpersonales entre ellos debido a las falsas promesas de empleo o beneficios denegados. Conocimiento adquirido por todos los miembros de la comunidad respecto del daño de las empresas.

## RESULTADOS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

### Relaciones interpersonales

La comunidad quechua *Cebollar Ascotan* se encuentra conformada por un árbol genealógico de individuos que fundaron este núcleo familiar a partir de diferentes condiciones de vida que representaba el territorio (trabajo, seguridad, microclima favorable en la ladera de un cerro). La totalidad de los entrevistados dijo sentirse perteneciente a la etnia quechua.

## **Habitabilidad**

Actualmente la comuna de Ollagüe presenta falta de instituciones básicas y posibilidades laborales, esto en parte puede explicar el hecho de que el 62,5% de los entrevistados reconoce vivir en otra comuna (Calama).

## **Acceso al agua**

El acceso al agua según los entrevistados proviene de un estero, vertiente que está conectada a las casas por cañerías por fuera de los domicilios. El total de los entrevistados señala no poseer ningún derecho ni propiedad sobre el agua, además de indicar que la cantidad de este bien básico es cada vez más escasa.

Entrevistadas/os agregaron como el principal conflicto la existencia de un problema hídrico en el territorio, el cual se ha prolongado durante los últimos años. Esto a su vez trae consigo la alteración y extracción del agua en sus vertientes, lo que conlleva la escasez de estas mismas. De este mismo modo reconocen a las empresas mineras como responsables, señalando a El Abra, Codelco, Quiborax.

## **Enfermedades recurrentes**

Las enfermedades más recurrentes en la comunidad son resfríos y problemas estomacales entre sus habitantes. Cabe destacar los problemas a los huesos (osteoporosis) y a la vista (ceguera) como enfermedades recurrentes en los habitantes más longevos de la comunidad. Situación que, si la extrapolamos a una perspectiva antropológica, estas enfermedades recurrentes tienen una estrecha relación con el daño ambiental que realizan las empresas extractivistas en el territorio.

## **Condiciones socioculturales**

### **Asistencia y organización de eventos culturales comunitarios**

El total de los entrevistados señaló profesar la religión Católica Andina, la cual es una mixtura entre la religión católica tradicional española y creencias autóctonas de los antiguos pueblos originarios del sector altiplánico (entre Chile, Bolivia y Perú), con actividades típicas de la cosmovisión indígena altiplánica.

Agregamos que el 75% de los entrevistados señaló poseer un alto interés y respuestas a las actividades socio culturales de su comunidad, las cuales en su mayor parte son de carácter religioso, tal como es el caso del *enflo-ramiento de llamas*, entre enero y febrero, el Día de los Difuntos, cada 1 de noviembre, y los ochos días del Lavatorio, que depende de la fecha del fallecimiento. Cabe destacar que su mayor manifestación cultural es la Pro-

cesión de la Virgen de Urkupiña, en la quincena de agosto, actividad en la que se observan expresiones artísticas tales como bailes, música, rituales y tradiciones religiosas.

Durante tres días en el poblado de Ascotan se celebra y rinde fe y devoción a la imagen de la Virgen de Urkupiña, traída desde Bolivia.

“Los fieles se reúnen año tras año en la iglesia del poblado de Ascotan, la cual fue remodelada para recibir al gran número de asistentes y bailes religiosos que llegan acompañados de abultados trajes y contagiosa música” (MUVCA, 2017).

### **Percepción del trato del Estado chileno**

Respecto del trato que les otorga el Estado chileno, los entrevistados señalaron en su totalidad sentirse olvidados y desprotegidos, indicando que el Estado chileno pone mayor énfasis en proteger a los privados que a ellos, que poseen el grado de indígena. Por último, gran parte de los entrevistados reflexiona que las instituciones estatales en su mayoría, en vez de ofrecer servicios o ayudas frente a sus problemas, son obstáculos para su desarrollo a diario.

Varios participantes indican la inexistencia de soporte por parte del Estado, agregando que, si no es por los conocimientos técnicos del actual presidente de la comunidad, no se habría podido avanzar en absolutamente nada.

### **Inclusión en acuerdos del Estado**

Respecto de la inclusión en acuerdos, proyectos o programas nacionales, los entrevistados señalaron no sentirse incluidos por el Estado, siendo siempre meros espectadores de proyectos, acuerdos o programas. Además señalan la actitud reiterativa en que solo se les informa de medidas que se han decidido sin su presencia ni participación.

### **Acciones para hacer valer derechos indígenas**

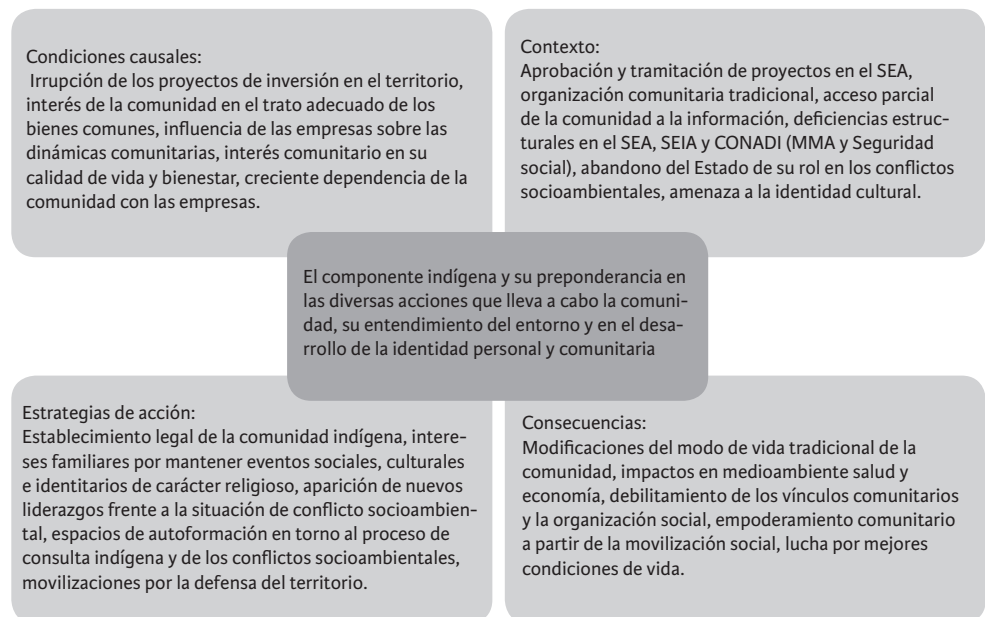
Los entrevistados indicaron que, para hacer valer sus derechos, han utilizado como medida la organización y la presión sobre las autoridades pertinentes. Reconocen que sus acciones no han tenido frutos dado el poco tiempo que llevan como organización concebida legalmente, pero sí dan luces de grandes proyectos para iniciar procesos de recuperación de su cultura a través de programas y concursos públicos.

## RESULTADOS DE LOS DATOS CUANTITATIVOS

En esta sección se presentan análisis como resultado de la codificación axial. El primero de estos dice referencia al establecimiento de relaciones entre las categorías y subcategorías emergidas de la codificación abierta.

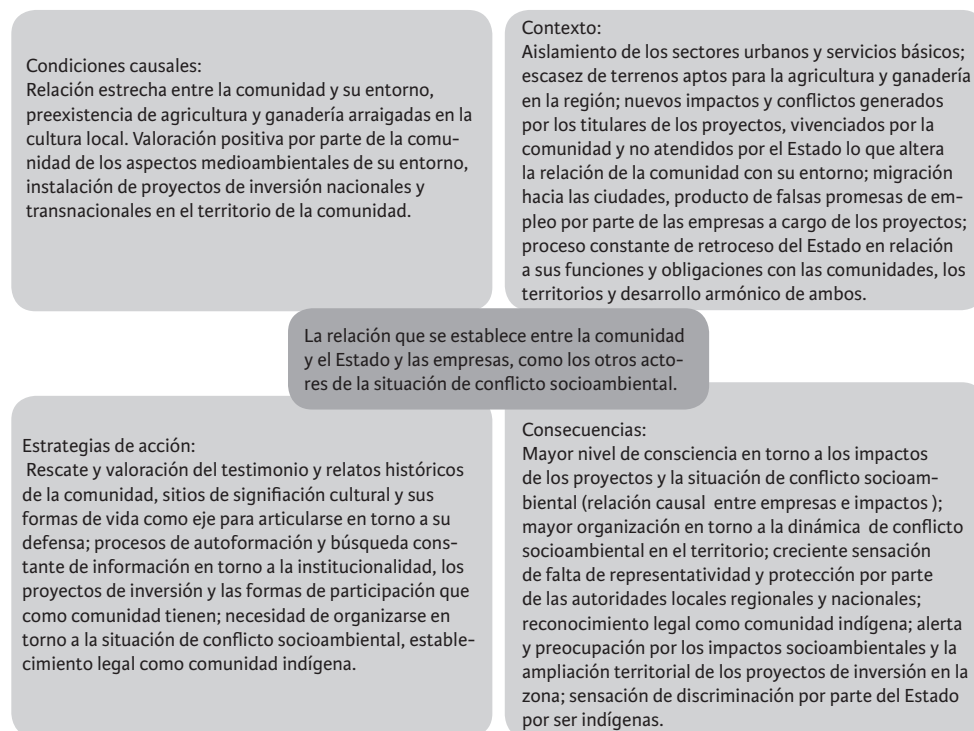
Esto permite establecer ciertos fenómenos como los de mayor preponderancia. De esta forma los fenómenos clave que emergen son: (1) El componente indígena y su preponderancia en las diversas acciones que lleva a cabo la comunidad, su entendimiento del entorno y en el desarrollo de la identidad personal y comunitaria. (2) La relación que se establece entre la comunidad y el Estado y las empresas, como los otros actores de la situación de conflicto socioambiental.

**Figura 3. Análisis componente Indígena.**



Fuente: elaboración propia

### Figura 4. Análisis Relacionamiento entre la comunidad, el Estado y las empresas privadas.



Fuente: elaboración propia.

## DISCUSIÓN

A partir de la *ecología política* Joan Martínez Alier ha señalado que “El objetivo de la ecología política como campo de estudio es analizar los conflictos socioambientales (o lo que es lo mismo, los conflictos Ecológico – distributivos)” (Martínez, 2015).

Cabe destacar la figura de Karl Polanyi, quien fue un historiador económico y social y un antropólogo económico que introdujo la famosa distinción entre sociedades caracterizadas por la reciprocidad, por la redistribución, por los mercados periféricos o secundarios, dando inicio en 1944, con la publicación de *La Gran Transformación*, a los primeros estudios técnicos respecto de la *ecología política*.

Con todos estos datos podemos sintetizar que, en la *ecología política* el objetivo práctico no es resolver tales conflictos sino solucionar problemas como la pérdida de biodiversidad, el cambio climático o las contaminaciones locales. Según Joan Martínez Alier “A veces, la agudización o exacerbación de conflictos puede llevar a solucionar problemas” (Martínez, 2015).



Entonces es pertinente indicar que existen cuantiosos daños ambientales y sociales en los lugares de la extracción y transporte de materias primas, excesiva contaminación de agua, demasiados agrotóxicos que afectan a la salud y, pese a esto, estos países no alcanzan ni a pagar las importaciones. Por ello a este fenómeno de transición se le ha llamado *post-extractivista*, debido a que autores, activistas y algunos ex-ministros postularon que, en pleno *boom* de los precios de las materias primas, fueron alejados de los gobiernos neoliberales o nacionales-populares, ya que, personas como Eduardo Gudynas, Maristella Svampa, Alberto Acosta, Carlos Monge, Edgardo Lander y Raúl Prada Alcoreza, llevan años realizando advertencias acerca de los males sociales, ambientales y económicos de las políticas extractivistas, incluso si han ido unidas a una mayor captura de rentas y a su reparto entre la población. Como conclusión de esto último podemos subrayar que señalaron que los términos de intercambio eran estructuralmente negativos (en promedio, una tonelada importada ha seguido siendo siempre más cara que una tonelada exportada, incluso en pleno *boom* de precios de materias primas) concluyendo que además podía llegar un ciclo de baja de las materias primas. De allí su apoyo a los cientos de protestas sociales del *ecologismo popular*. Las cuales fueron llamadas *post-extractivitas*.

¿Pero qué entendemos por *Extractivismo*?

Siguiendo al autor Eduardo Gudynas, “Los extractivismos actualmente invaden América Latina. Tales son la explotación minera, petrolera o la agricultura intensiva los cuales se expanden hasta alcanzar los rincones más alejados existentes, rodeados de un aliento de beneficios económicos y éxitos tecnológicos. Los cuales repiten el patrón de las denuncias por sus impactos sociales y ambientales, es tal el punto que se ha empezado a dudar de sus reales aportes económicos, y aumenta la alarma por las transformaciones territoriales. A pesar de la infinidad de promesas de bienestar, casi siempre los emprendimientos extractivistas generan resistencias ciudadanas y hacen explotar conflictos de todo tipo” (Gudynas, 2015).

Pero esta expresión, el término *extractivismo* se ha popularizado en los últimos años. Dado que su uso se ha transformado en algo más común para referirse a la apropiación de recursos naturales para exportarlos. Siendo sus mayores usos en las manifestaciones contra las explotaciones mineras y petroleras.

Dadas las condiciones que anteceden, Gudynas señala que el término hace referencia a la apropiación de los recursos y su comercialización como materias primas; por ejemplo, hierro o petróleo en estado crudo. Tales actividades tienen una larga historia, algunas de ellas se iniciaron en tiempos de la Colonia, con los envíos de metales preciosos hacia las metrópolis europeas.

Desde aquel entonces la exportación de recursos naturales ha acompañado a la historia latinoamericana.

“A esto debemos agregar y evidenciar que el notable aumento de lo que actualmente se dice y se escribe sobre extractivismos se debe, en gran parte a que el papel de esos rubros se ha desbocado y prácticas similares se han reproducido en otros sectores, las cuales han sido alimentadas por una euforia económica basada en los altos precios de las materias primas y una persistente demanda internacional. Con esto los extractivismos se diversificaron y se convirtieron en componentes centrales de las estrategias de desarrollo que defienden gobiernos latinoamericanos a lo cual debemos añadirle que son de distintas opciones políticas, concluyendo con la multiplicación de los conflictos ciudadanos” (Gudynas, 2015).

Frente a los antecedentes, como a los usos actuales, está claro que el extractivismo corresponde a un tipo de extracción de recursos de la Naturaleza. Sin embargo, se hace necesario diferenciarlo de otros modos de apropiación de recursos naturales.

Dado que la cantidad de conflictos presentes en nuestro continente es muy extensa frente al extractivismo, da pie para dejar en claro que existe una enorme diversidad de situaciones.

A su vez, los conflictos aparecen bajo muy distintos contextos políticos, sean gobiernos conservadores o los que se autocalifican como progresistas, y reaccionan ante variados tipos de extractivismos. Frente a esto estas manifestaciones de acción social colectiva han sido abordadas desde diferentes marcos conceptuales. Por ejemplo, en un conocido texto el investigador chileno Francisco Sabatini (1997), siguiendo a Eduardo Gudynas, separa conflictos *in situ* de aquellos de enfoque sobre políticas, y a su vez distingue entre aquellos que son ambientales (debidos a externalidades) de los socioambientales (sobre el acceso y control de los recursos), aunque los dos tienen en común ser disputas distributivas. Ese abordaje tenía varias limitaciones conceptuales para abordar otros contenidos temáticos, no era preciso, y debería ser interpretado como un intento de definición que respondía a algunos casos de aquellos años.

Por otra parte, Joan Martínez Alier postula que “la mayor parte de esos conflictos se dan fuera del mercado, pero la pauta de precios de la economía depende mucho de los resultados que tengan tales conflictos” (Martínez, 2006).

Ante la situación planteada se generan como respuesta en nuestro continente el *Ambientalismo* y el *Ecologismo Latinoamericano*.

“Económicamente, en algunos países, el crecimiento económico basado en exportaciones de recursos naturales y las políticas redistributivas de las últimas décadas han hecho disminuir la pobreza absoluta, pero hay una gran desigualdad no solo en la distribución del ingreso sino en el de la riqueza” (Joan Martínez Alier, 2015, p. 36).

A partir de lo anterior, podemos señalar que estos hechos solo reflejan una insatisfacción de necesidades humanas y degradación de una parte importante de la naturaleza. Donde poblaciones originarias han sido desplazadas, destruidas o aculturadas. Consecuencia del violento método de conquista y usurpación de territorios por parte de entidades públicas y privadas.

Del mismo modo, percatar la inequidad política, económica y mundial que existe a través del saqueo de recursos naturales a lo largo de todas las regiones. Situación que ha perdurado desde la Colonia hasta la actualidad, por la riqueza biológica que existe a lo largo del continente y sus diversos ecosistemas. Considerando a la vez la gran cantidad de exportación realizada, a través de un acceso de bajo costo respecto del uso de la energía y materia prima obtenida en América Latina. Como se ha mencionado anteriormente América Latina es contemplado como un centro de la biodiversidad agrícola. Reconocido desde las antiguas cosmovisiones indígenas, por los cultos a la Pachamama y su riqueza en minerales y nutrientes.

En relación con esto último, en la década de 1980 nació la conflictividad socioambiental en Latinoamérica que dio origen al *ecologismo popular*, el cual tiene como propósito otorgar y denunciar la extracción de recursos naturales y destrucción de los bienes comunes. Este ecologismo es conocido por *ser de los pobres e indígenas*, el cual tiene como principal finalidad derribar la gran injusticia cometida, como también la usurpación de sus tierras y riquezas, las cuales también han sido víctima de una gran violencia estatal. Del mismo modo, se da origen a “La defensa de los grupos indígenas y campesinos contra las industrias extractivas, las grandes represas, la deforestación comercial o las plantaciones uniformes de árboles, pudiera parecer que es parte de la política de la identidad” (Martínez, 2006, p. 9). A partir de lo anterior podemos mencionar que la identidad étnica y social es también uno de los lenguajes que representan los conflictos ecológico-distributivos, los cuales se ven representados cada vez más por la economía que hace el ambiente natural, del cual todos dependemos para vivir.

Todos estos hechos traen consigo el *ecologismo político latinoamericano*, el cual se abrió paso entre procesos de neoliberalismo y nacionalismo popular, fundamentándose explícitamente en deudas ecológicas y climáticas que el norte posee con el sur. Consecutivamente se expresa una justicia hídrica, derechos de naturaleza y el buen vivir, caracterizado por el bienestar de las personas y las diferentes comunidades. El cual puede ser entendido desde la educación popular, por ser una corriente político-educativa construida histórica y contextualmente en Latinoamérica. Es decir, tiene una identidad propia marcada por una realidad histórica y socio- política.

## CONCLUSIONES

Para iniciar este apartado es posible señalar, a partir de la experiencia de esta investigación, que la inclusión efectiva de los impactos socioculturales/ ambientales en el proceso de evaluación de proyectos de inversión, suscitara cambios profundos respecto de materias tales como: un avance en las condiciones en las que se efectúa el proceso de evaluación de impactos significativos para las comunidades, en el orden de una incidencia directa de las comunidades sobre la toma de decisiones respecto del diseño de los proyectos de inversión en su territorio, siendo –a nuestro parecer– una de las cuestiones más perfectibles el asunto de la escala del proyecto, estableciendo la participación y las consideración de las comunidades, así como la transparencia de la evaluación de los proyecto de inversión, al existir una participación ciudadana vinculante y efectiva. Es evidente entonces la elevación del componente *participación*, que conlleva el disminuir la brecha asimétrica existente entre las comunidades y las empresas.

Cabe hacer mención destacada al Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT 1989), “cuya reciente ratificación por parte de Chile siguió un largo proceso ante el Congreso Nacional. Dicho proceso estuvo sujeto a la determinante intervención del Tribunal Constitucional, por medio de la sentencia Rol N° 309 (2002), en ejercicio de las atribuciones que le son propias. Dicho fallo significó, fuera del ámbito propio del derecho indígena, el establecimiento de criterios de interpretación dogmática constitucional, en cuanto a los procesos de tramitación y ratificación parlamentaria de los tratados internacionales sometidos a conocimiento del Legislativo” (Kaluf, 2008).

Por esa vía se establecieron los criterios generales respecto de dicho proceso de formación de ley –en su sentido amplio–, en cuanto al alcance del proceso de adopción dichas normas. Después de largos e interesantes debates respecto del sentido y alcance de las disposiciones contenidas en

dicho tratado internacional, las cámaras legislativas le dieron su aprobación a comienzos del año 2008, siendo promulgado por la presidenta Michelle Bachelet el 2 de octubre del mismo año, y promulgado en el Diario Oficial de la República el 14 de octubre por medio del Decreto N° 236 del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Hoy el Convenio N° 169 de la OIT es el instrumento que utilizan las etnias para ser reconocidas como *pueblos indígenas*. En efecto, la aplicación del mismo ha obligado al diálogo entre el Estado y las comunidades, como una comunidad organizada de individuos que debe ser aceptada como tal, y no como individuos de ascendencia étnica común. “Esto quiere decir dejar de reconocer a los individuos miembros de tales comunidades como personas, si no que aceptar que la conformación étnica, idiomática, política y cultural en forma de pueblos, entidades abstractas capaces de negociar y actuar en el campo del derecho nacional” (Kaluf, 2008).

Según Ricardo Hevia Kaluf es necesario, para una armoniosa aplicación del Convenio, el establecimiento de medios de participación que reconozcan a los pueblos indígenas como tales, con la finalidad de participar de manera clara en la solución de los principales problemas que los aquejan.

Por las consideraciones anteriores corresponde añadir que la inclusión efectiva de los impactos socioculturales/ambientales en el proceso de evaluación ambiental tendría implicancias en una mejor calidad del instrumento de consulta (indígena y ciudadana) junto con el factor *participación*, elementos que consideramos vitales para defender la dignidad de los Pueblos Originarios en específico y de todas y todos los habitantes de los territorios.

Sobre la base de las consideraciones anteriores cabe presumir también una reducción en el número de propuestas en el proceso de evaluación de proyectos de inversión. Situación que reparamos no es un daño al país, ya que vendría a superponer la dignidad de las personas por sobre los intereses económicos, situación que además conlleva mejores condiciones de trabajo, menores daños a la biodiversidad del país y el reconocimiento histórico que por años no ha hecho el Estado chileno con los pueblos ancestrales y sus territorios. “Las crisis socioambientales tienen, desde una perspectiva de derechos humanos, costos desproporcionadamente altos para las comunidades con menos recursos. Desde una perspectiva de justicia ambiental, existe un problema de discriminación a la hora de repartir las cargas ambientales de los proyectos y las industria” (INDH, 2016, p. 13).

En este orden de ideas se puede citar que los conflictos socioambientales que están coexistiendo en el territorio altiplánico del Alto Loa tienen relación directa con el Agua; puntualmente en lo que se refiere a la escasez del recurso hídrico debido a la extracción de este último para su uso en la

gran minería (proyecto minero El Abra). Situación que genera un conjunto de eslabones materializados en daños ambientales significativos. Cabe apuntar la contaminación palpable del aire y suelo, por parte de la empresa minera no metálica Quiborax, que desempeña sus actividades a menos de 3 kilómetros de la comunidad indígena *Cebollar Ascotan*, con el traslado de salmuera del Salar de Ascotán en presencia de cualquier persona, sin las más mínimas condiciones de resguardo para los habitantes de esta colectividad.

En este propósito respaldamos la aplicación de una *evaluación de impacto social* en todo proyecto de inversión extractivista en el país. Recomendamos considerar la noción de dignidad de las personas en calidad de ciudadano común o persona indígena.

Sobre la base de la consideración anterior, aducimos que la aplicación del componente social en el instrumento de evaluación de impactos ambientales en la comunidad *Cebollar Ascotan* como experiencia piloto, trae consigo resultados virtuosos y justos a la hora de pensar acciones tendientes a mejorar su calidad de vida, al otorgarles una mayor garantía y resguardo de sus derechos, acceso a justicia y generación y mantenimiento de más espacios de participación vinculante.

En referencia a lo anterior se hace pertinente agregar que se disminuye la brecha de desigualdad (asimetría) a la hora de la toma de decisiones. En relación con esto último, actualmente nuestro país se encuentra atrasado respecto de estas materias; en efecto, el incremento de los conflictos socioambientales a nivel nacional posee como factor predominante: el nulo avance en estas materias. Además, es oportuno reconocer que, con este componente y una voluntad política acorde, se cumplirían en su totalidad los apartados y artículos de los convenios que ha suscrito el Estado chileno.

## BIBLIOGRAFÍA

Ollagüe, I. M. (2008). *Pladeco*. Ollagüe, Chile: Municipalidad de Ollagüe.

Beberían, A. (1998). Calama, Chile.

Martínez, J. (2015). *Ecología política del extractivismo y justicia socio-ambiental*. Barcelona, España: Instituto de ciencias y tecnología ambientales, Universidad Autónoma de Barcelona.

Gudynas, E. (2015). *Extractivismos. Ecología, economía y política de un modo de entender el desarrollo y la Naturaleza*. Cochabamba, Bolivia: CEDIB.



Martínez Alier, J. (2006). Los conflictos ecológico-distributivos y los indicadores de sustentabilidad. *Polis*, Revista de la Universidad Bolivariana. Bolivia.

Joan Martínez Alier, H. S. (2015). *El Ambientalismo y Ecologismo Latinoamericano*. Buenos Aires, Argentina: Universitaria en Santiago de Chile.

INDH (2016). *Informe anual, Situación de los derechos humanos en Chile*. Santiago de Chile: INDH.

Bravo, L. (1994). *Sociedad y Economía en el Altiplano de Ollagüe*. Ollagüe: Manuscrito. Mimeografiado.

Cárdenas, U. (2000). Hacia una Puesta en Valor de un Museo en una Comunidad Altoandina de Pastores de la II Región de Antofagasta, Chile. *Práctica Profesional*. Santiago: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Consultores, P. (2012). *Catastro Cebollar - Ascotan. Aspectos arqueológicos y etnográficos*. Calama, Region de Antofagasta, Chile: Dirección Museo de Historia Natural y Cultural del Desierto .

Agricultura, M. d. (21 de enero de 2003). ODEPA. Obtenido de <https://www.odepa.gob.cl/publicaciones/noticias/noticias-institucionales/nueva-reserva-nacional-alto-loa-afianza-su-creacion>

MUVCA (octubre de 2017). *Museo Virtual Cebollar Ascotán*. Obtenido de <http://muvca.org/organizacion-2/>

Kaluf, R. H. (2008). *Chile y el Convenio 169 de la OIT*. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

## Sección Episteme

# INNOVACIONES CONCEPTUALES PARA EL TRABAJO SOCIAL INTERCULTURAL. EXPERIENCIA DEL PROGRAMA *PUEBLOS ORIGINARIOS* EN RECOLETA

*CONCEPTUAL INNOVATIONS FOR INTERCULTURAL SOCIAL WORK.  
FIRST PEOPLE 'S PROJECT IN RECOLETA-CHILE*

*Autor*

RICARDO ARANCIBIA CUZMAR\*

**RICARDO ARANCIBIA CUZMAR\***

*Chileno, Trabajador Social (PUC), Magíster en Psicología Comunitaria (Universidad de Chile), Encargado del Programa Pueblos Originarios de la Municipalidad de Recoleta, Académico de la Escuela Trabajo Social UTEM. Diplomado en Políticas Indígenas y Autonomías (UAH); Diplomado en Políticas de Salud y Pueblos Indígenas (USACH). Correo Electrónico: ricarkuz@gmail.com, Código ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1208-0741/print>*

*Artículo recibido el 17 de abril de 2018 /  
aceptado el 19 de julio de 2018*

## Resumen

El siguiente artículo tiene por finalidad compartir herramientas conceptuales para el trabajo social en contextos interculturales con pueblos originarios. Esta reflexión se sitúa en el trabajo realizado desde el programa Pueblos Originarios en la comuna de Recoleta, cuyo escenario metropolitano influye directamente en las complejas relaciones cruzadas por prácticas coloniales que afectan a los pueblos originarios en Santiago de Chile (Arancibia, Cayuqueo, 2017). La *participación intercultural sustantiva* se convierte en un concepto y herramienta para el ejercicio de derechos humanos vinculados con los pueblos indígenas, donde se conjugan capacidad comunitaria y oportunidad institucional de participación (Palma, 1999). De manera complementaria relevamos la noción de *protocolos interculturales*, lo que permite establecer confianzas comunicativas, estrechando lógicas y prácticas culturales invisibilizadas desde las instituciones y el pensamiento occidental. Consideramos una *emergencia tardía* a la interculturalidad que se despliega actualmente con motivo de las poblaciones *migrantes*, pues su mayoría es de origen indígena (aunque no se reconozca) y a los pueblos originarios *nacionales* se les consideran desvinculados de su proceso de migración forzosa, producto del despojo de tierras y cultura desde hace varias décadas. Finalmente concluimos planteando desafíos para la transversalización de la interculturalidad (Walsh, 2014), involucrando con ello la revisión de quehaceres disciplinarios de los trabajos sociales\*\*.

### PALABRAS CLAVE

participación intercultural sustantiva, protocolos interculturales, emergencias tardías, transversalización.

\*\*Ponencia para: II CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL DEL CRUCH, Antofagasta, 25 y 26 de octubre de 2017. Línea de Interculturalidad y Pueblos Originarios.

## Abstract

The following article aims to share conceptual tools for social work in intercultural contexts with native peoples. This reflection is located within the work carried out from the original peoples' program in the *Recoleta* District (City of Santiago-Chile), whose metropolitan scenario directly influences the complex relations crossed by colonial practices that affect native people. Essential intercultural participation becomes a concept and a tool for the exercise of human rights linked to indigenous peoples, where community capacity and institutional opportunity for participation are combined (Palma, 1999). In a complementary way we reveal the notion of intercultural protocols, which allows to establish communicative trust, narrowing logics and cultural practices invisible from the institutions and Western thought. We consider that the interculturality which is currently deployed as a "late emergency" due to the "migrant" populations, since their majority is of indigenous origin (although it is not recognized) and the "national" original peoples are considered to be disconnected from their forced migration process, product of the dispossession of lands and culture, several decades ago. Finally, we conclude by posing challenges for the mainstreaming of interculturality (Walsh, 2014), thus involving the review of disciplinary tasks of social work.

### KEYS WORDS

substantive intercultural participation, intercultural protocols, late emergencies, transversal

## CONTEXTO SOCIOCULTURAL EN RECOLETA

En el proceso de mundialización económica denominado *globalización*, podemos mencionar que existe una “unificación general de los estímulos económicos y diversidad local de respuestas político-sociales. En este punto clave se componen unificación y fragmentación” (Lewkowicz, 2004, p. 44). En el caso de la ciudad de Santiago, y de la comuna de Recoleta en particular, al ser parte de la capital metropolitana<sup>1</sup> de Chile, se destaca la alta concentración política, económica y cosmopolita, lo que da cuenta del Estado unitario y centralizado. Por ello muchos flujos migratorios deciden llegar a la capital, con el fin de acceder a los beneficios y servicios acumulados, reconfigurando la segregación urbana.

En el caso de los Pueblos Originarios en Chile, producto de los procesos de colonización y chilenización principalmente, estos fueron despojados de sus territorios, costumbres y asimilados culturalmente desde la subalternización de sus identidades (Beverley, 2004). En el caso mapuche, luego del genocidio agravado que significó la campaña de *Pacificación de la Araucanía* (1861-1883), se desplegó un proceso que desestructuró socioculturalmente al pueblo mapuche, asunto que se agudizó durante la dictadura de Augusto Pinochet (1973-1989) (Antillanca, Cuminao y Loncon, 1999). En el caso andino, luego de la Guerra del Pacífico y la incorporación de territorio nortino a Chile, también se desarrolló un proceso llamado *Chilenización*, el cual asimiló violentamente a las poblaciones altiplánicas. Ya sea por distintos medios, ha existido un proceso de asimilación cultural expresado, por un lado, en la intervención desintegradora de los pueblos originarios y, por otro, en la incorporación asimilada al imaginario nacional chileno.

Actualmente se estima que en Recoleta existen al menos 12.500 descendientes de pueblos originarios, la mayoría de origen mapuche. A nivel metropolitano habría más de 468.167 habitantes de origen indígena, lo que representa aproximadamente el 7% de la población indígena nacional. También es importante observar que el 74% de quienes pertenecen a pueblos originarios viven en centros urbanos y el 29,9% lo hace en la Región Metropolitana (CASEN, 2013). Es en estos centros urbanos donde se reconfiguran las relaciones interculturales, surgiendo diversas expresiones mestizas de las tradiciones indígenas y los distintos estratos socioeconómicos, enlazándose principalmente con los sectores segregados estamentalmente.

---

1. La *Metropolitanización* es una característica distintiva en las capitales latinoamericanas, donde se concentran altas masas de población, contrastando con los distintos centros urbanos en los territorios nacionales. Por ello casi el 50% de la población nacional se encuentra en la capital, presentando a la vez dinámicas de segregación sociocultural. Véase Harvey, 2003.

Algunos autores mapuche han incorporado la noción de *Diáspora*, entendida como flujo migratorio de carácter colectivo (fenómeno social), no necesariamente concertado, pero con una coherencia interna, y en todo caso provocado por factores exógenos al grupo, que ha generado una dislocación de la continuidad demográfica mapuche en el hábitat histórico (Marimán, 1997). Esta situación, vinculada con la dispersión de migrantes en la ciudad procedentes de *Wallmapu* (territorio mapuche tradicional), se manifiesta con distintas imágenes. Esta diáspora en la ciudad supone una rearticulación de quienes asumen su identidad originaria; sin embargo, el colonialismo asimilacionista interrumpió la conexión cultural de las poblaciones migrantes a cambio de la integración económica en la ciudad. Por ello, también encontramos gran cantidad de personas (descendientes) que no se reconocen indígenas, o bien personas que reconstruyen su identidad fusionándose con otros horizontes, como *sincretismos*<sup>2</sup> que se mezclan en la ciudad: lo mapuche, lo aymara, lo quechua, lo popular, se entrelazan, se asoman, se ocultan, se entretejen.

Desde un lugar de representación política, las comunidades, asociaciones, organizaciones y autoridades indígenas son reconocidas por los propios pueblos y sus colectividades. A diferencia de las expresiones artístico-culturales que representan la obra de sus autores, las organizaciones indígenas contienen amplias prácticas que abarcan distintos ámbitos de las tradiciones originarias (Arancibia, 2017). En forma complementaria e insuficiente, la ley indígena y las instituciones del Estado chileno deben reconocer a los representantes indígenas y garantizar el ejercicio de los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptando medidas para su resguardo (Art. 2, Convenio 169 OIT). Lo anterior encuentra varias contradicciones e invisibilidades con la población migrante de los últimos tiempos, pues muchos de ellos provienen de pueblos originarios, sin embargo se les trata como a extranjeros, relevando su nacionalidad más que su identidad originaria. No es extraño ver a peruanos, ecuatorianos o haitianos realizando labores que antes realizaban mapuche en la construcción, la panadería o el aseo doméstico; son espacios que hoy ocupan indígenas de otros territorios de los Andes. Recordemos que estos pueblos son preexistentes a la colonización y al establecimiento de las fronteras nacionales, por ello también se debieran considerar como tales, según el Art.1, letra b del Convenio 169 de la OIT.

---

2. *Sincretismo* entendido como el proceso en que se conjugan tradiciones ancestrales del territorio precolombino y las occidentales derivadas del colonialismo impuesto.



## PISO INSTITUCIONAL, PROGRAMA PUEBLOS ORIGINARIOS EN RECOLETA

Sobre este escenario el Programa de Pueblos Originarios de Recoleta fue inaugurado en marzo de 2013 con la gestión del alcalde Daniel Jadue Jadue, comenzando así una labor creciente de participación intercultural con los Pueblos Originarios en la comuna. Inicialmente se exploraron algunos referentes diagnósticos y de manera cualitativa el desarrollo de un PLADECO<sup>3</sup>, en el que asistieron 65 personas de Pueblos Originarios, lo que permitió establecer líneas de trabajo para abrir espacios de participación incipiente, pese a la baja organización y articulación entre las pocas organizaciones representantes de estos pueblos.

En primera instancia se tomó contacto con cada una de las organizaciones, realizando diversos *protocolos interculturales*, concepto que revisaremos posteriormente, el cual ordena la comunicación entre los participantes y sus representaciones<sup>4</sup>. Se les invitó a participar junto al gobierno local por medio de una mesa de trabajo, la cual fue denominada *Mesa Intercultural de Pueblos Originarios de Recoleta*, donde confluyen los representantes de las distintas organizaciones indígenas de la comuna, con el fin de hacer efectiva la participación de acuerdo con las demandas colectivas que se discuten. De esta manera se intenta hacer vinculante el convenio 169 de la OIT, el cual es de carácter consultivo.

Al comienzo de las reuniones asistieron representantes de distintas organizaciones vinculadas con el tema cultural en la comuna, y posteriormente se definió la participación exclusiva de representantes de organizaciones indígenas, lo cual orientó estratégicamente el apoyo y creación de nuevas organizaciones de pueblos originarios. Por ello en el año 2016 en la *Mesa Intercultural de Pueblos Originarios de Recoleta* participaron representantes de las organizaciones: *Inti Marka*, *Lof We Newen Amuleaiñ*, *Anca 20* (andina), *Awatiri Tiknamarka*, *Lof Lawen Pehuenco*, *Cooperativa Newen Lamngen*, *Lof Monqueltun Tain Folil*, *Lof Pillan Wingkul*.

---

3. PLADECO se refiere al Plan de Desarrollo Comunal desarrollado el 16 de mayo del 2013, exclusivamente convocado a pueblos originarios de la comuna.

4. Inicialmente se tomó contacto con *Inti Marka*, asociación aymara; *Pillañ Wingkul*, organización mapuche de Cerro Blanco; *Conacin*, organización comodataria del Centro Ceremonial Indígena Cerro blanco; *Xana Lawen*, grupo de emprendimiento femenino; y *Epu rewe*, asociación mapuche. Las dos primeras organizaciones accedieron a participar, la tercera y cuarta se restaron del proceso, y la quinta no estaba vigente.

Nuestros objetivos de programa son “Promover el reconocimiento y participación de los pueblos originarios en la comuna de Recoleta”, lo que a su vez implica “Incentivar espacios de diálogo y difusión intercultural (...) Fomentar la participación y actividades de organizaciones indígenas (...) Y difundir la oferta pública disponible para pueblos originarios”.

Las líneas de trabajo se fueron conformando de acuerdo con el grado de avance. La principal línea de trabajo es la de Comunidad y Cultura, que permite dar forma a la participación intercultural, fomentar la organización y difundir las culturas. Tenemos una línea de Educación Intercultural, la cual presenta distintos crecimientos en cuanto desarrollo de talleres de mapudungún, charlas y didácticas interculturales, así como también desarrollo investigativo y formativo en conjunto con estudiantes en práctica de trabajo social, principalmente. Tenemos la línea de Deporte Ancestral, la cual nos permite desarrollar talleres de palin, danza mapuche y danza andina, articulando la institucionalidad local con la regional. Tenemos la línea de Salud Intercultural, en la que se gestiona financiamiento para la atención de machis y otras expresiones de difusión. También se encuentra la línea de Fomento Productivo Intercultural, la cual apoya a ferias productivas, talleres laborales con pertinencia cultural y la cooperativización indígena. Se encuentra la línea de Vivienda con Pertinencia Cultural, que apoya a un Comité de Vivienda Mapuche y fomenta la discusión sobre el derecho a la vivienda con pertinencia indígena. Y por último una línea de Medio Ambiente, relacionada con las áreas verdes y huertos comunitarios vinculados con la sabiduría ancestral.

## PARTICIPACIÓN SUSTANTIVA E INTERCULTURAL

De manera central nuestro modelo de trabajo se basa en la *participación sustantiva e intercultural*, entendiendo la participación como el encuentro entre oportunidades y capacidades para ejercer los Derechos Ciudadanos, pues se intenta ir más allá del clientelismo asistencialista que caracteriza a la relación de distintas políticas con sus usuarios y, por ello, coincidimos con Diego Palma al referir: “Cuando no se intenta abrir oportunidades a la participación, estamos enfrentados a políticas “asistencialistas”; se diagnostican solo necesidades (no capacidades ni potencialidades) y la política asume el encargo de responder a esas carencias”, (Palma, 1999, p. 33). En cuanto a lo intercultural, hacemos referencia al reconocimiento de Pueblos Originarios, los cuales presentan distinciones y desarrollos diferenciados según el territorio que habitan. De esta manera nuestro modelo de trabajo busca abrir oportunidades de participación, contribuyendo a la generación de capacidades e incorporando la pertinencia cultural e identitaria. A modo

de ejemplo, a cada usuario se le informa de la oferta pública disponible para Pueblos Originarios y a la vez se asesora individual o colectivamente para poder acceder a los servicios públicos o bien desarrollar sus propias propuestas.

Ya sea individual o colectivo, el incentivo a la participación es de carácter temprano y vinculante, apostando a la generación de capacidades comunitarias para el ejercicio de los Derechos Ciudadanos en clave intercultural.

## PROTOCOLOS INTERCULTURALES

La pertinencia cultural es una noción vital para trabajar con la diversidad socioidentitaria, por ello nuestro programa propone una categoría de trabajo denominada *Protocolos Interculturales*, entendiendo estos como el conjunto de reglamentaciones que permiten comunicarse, según la identidad cultural, en forma adecuada. Según la Real Academia de la Lengua Española sería “*la regla ceremonial diplomática establecida por decreto o por costumbre*”<sup>5</sup>. Ya sea para el caso mapuche, aymara o de cualquier pueblo originario existen distintas reglas que permiten su continuidad identitaria. Sin embargo, en contextos urbanos de diálogo cultural estas reglas se transforman.

El concepto de *Protocolo Intercultural* lo entendemos como los referentes culturales que permiten una mejor comunicación entre personas procedentes de distintas identidades culturales en un contexto sociopolítico determinado, comprendiendo y reconociendo la existencia del “otro” como parte fundamental de un proceso de relaciones, donde se generan nuevas expresiones en las que se debe resguardar la coexistencia sin arbitrariedades etnocéntricas. De esta manera es un término en construcción, que va más allá del mero reconocimiento o tolerancia, no solo alude a la equidad de “condiciones económicas, sino también a aquellas que tienen que ver con la cosmología de la vida en general, incluyendo los conocimientos y saberes, la memoria ancestral, y la relación con la madre naturaleza y la espiritualidad, entre otras” (Walsh, 2008, p. 140).

Existe conciencia de la autenticidad de los protocolos por pueblo originario. Es decir que existen protocolos mapuche, aymara, rapanui, etcétera, y que cada cual se ejerce en espacios propios de su identidad. Sin embargo, hay elementos protocolares que pueden ser considerados en espacios urbanos en confluencia de distintas identidades originarias. El respeto a la palabra es un elemento presente en todos los Pueblos Originarios, por ello es relevante

---

5. Véase página <http://dle.rae.es/?id=USpE7gq>

significar la importancia del habla y la escucha sin interrupciones, de hacer lo que se compromete, del establecimiento y orden de quienes portan una palabra representativa de alguna comunidad o autoridad tradicional, así como también las formas de saludar. Entendemos que cada pueblo presenta sus propias lógicas, pero en contextos urbanos estas deben constituir un tejido que permita el desarrollo de todas sus identidades, destacando elementos comunes de reciprocidad, dualidad complementaria y buen vivir junto a la naturaleza<sup>6</sup>.

Un elemento protocolar vital que ha sido ejercido desde el comienzo del Programa Pueblos Originarios de Recoleta, es la realización de ceremonias para iniciar nuestras actividades más relevantes. Los encuentros interculturales, las Fiestas del Sol, que se conmemoran cada año en torno al solsticio de invierno (18 al 28 de junio), y la conmemoración del Día Internacional de las Mujeres Indígenas, en torno al 5 de septiembre, son actividades organizadas junto a la Mesa Intercultural de Pueblos Originarios de la comuna. De manera conjunta se definen el orden y forma de las ceremonias. Por lo regular siempre se comienza con una *pawa*, que es una mesa andina para solicitar permiso y ofrendar a la *Pacha Mama* su acompañamiento, la cual es dirigida por alguna pareja de ceremoniantes aymara de las organizaciones participantes; posteriormente se da paso al *Llellipun*, que es una rogativa mapuche también encabezada por ceremoniantes de las organizaciones participantes. En estas ceremonias se reconoce la importancia de la ritualidad y espiritualidad de cada Pueblo, la cual es compartida con la población “no indígena”, “mestiza” o de “otros pueblos”<sup>7</sup> que asisten a estas actividades. También se da espacio a las autoridades institucionales, pues se reconoce la voluntad política de quienes han permitido el desarrollo de estas actividades.

Por último nuestro modelo de trabajo considera relevante que el conjunto de acciones que reivindican y reconocen a los Pueblos Originarios esté disponible para todas las personas que componen nuestras sociedades. En ese sentido creemos en la transversalidad intercultural tanto para las instituciones como para la ciudadanía. Se vuelve necesario compartir las prácticas culturales de manera respetuosa, evitando la folclorización de

---

6. La reciprocidad, la dualidad complementaria y el buen vivir asociado al equilibrio con la naturaleza son referencias estudiadas en los Pueblos Originarios de América Latina. A su vez las matrices de conocimiento que diferencian el pensamiento occidental y las amerindias pueden ser conceptualizadas como antropocéntricas desde la *Historia Universal formal*, por un lado, y las biocosmocéntricas desde los Pueblos Originarios: explicación otorgada por profesor (Longko) José Quidel Lincoleo en Cátedra de Diplomado en Salud y Pueblos Indígenas, Asociación Warriache, USACH, 17 de octubre del 2015.s

7. En la Fiesta del Sol del año 2016 se sumó la participación de descendientes Selk'nam, quienes solicitaron permiso para realizar su propia ceremonia, gesto de reivindicación por ser considerados pueblo extinto y gesto de hermandad entre Pueblos Originarios en espacios interculturales.

los pueblos, su emergencia busca ir más allá de las políticas de discriminación positiva<sup>8</sup>.

## REFLEXIÓN DISCIPLINARIA

Este artículo muestra la importancia de producir conocimiento desde las prácticas de intervención social. Para ello cabe mencionar que este esfuerzo involucra el examen reflexivo de las formas de producción científica hegemónicas, pues coincidimos en la emergencia de “poner en cuestión la hegemonía de los saberes y/o formas de conocimiento que se juegan en las políticas públicas y que obedecen a una tradición colonizadora que califica como inferiores todo tipo de conocimiento distinto al conocimiento científico oficial” (Gómez, 2015).

Lo anterior no significa que no se asuman presupuestos formales, sino que se valoren otros saberes vinculados con los Pueblos Originarios desde un piso institucional. De alguna manera también es incorporar “saberes divergentes que se organizan en torno a registros prácticos y a criterios materiales, en franca oposición a la erudición y al formalismo de los saberes en cada caso hegemónicos” (Rivera; Margetic, s.f.). Una manera de graficar esta situación es la valoración de las formas de conocimiento ancestral, en el caso de las/los *machi*, quienes son autoridades espirituales del mundo mapuche, ellas/ellos logran acceder al conocimiento mediante distintas formas, una es el *kuimi* o trance, que les permite recibir mensajes desde otras dimensiones: esta fue la manera en que la machi María Paillalao transmitió el nombre del dueño espiritual del cerro San Cristóbal, llamado *Pillañ wenu weichan*, expresando también que en ese lugar se formaban las *machi* antiguamente, siendo exterminadas con la invasión española. Este conocimiento resulta válido y se convierte actualmente en el mayor argumento para recuperar formalmente el territorio enunciado.

Este ejercicio demuestra la posibilidad de producir conocimiento desde formas no hegemónicas en trabajo social, una forma de registrar la “acción-reflexión, aprendizajes y conocimientos logrados” (Suárez, 2016. p. 8) desde un lugar situado en un contexto institucional. Nuestro trabajo presenta ajustes académicos y reconoce desafíos colectivos en la generación del co-

---

8. Discriminación Positiva se refiere al conjunto de políticas públicas del Estado que focalizan y/u orientan esfuerzos para un sector considerado “desaventajado o vulnerable” al cual hay que proteger, y tratar diferenciadamente. Tal distinción genera una distorsión que jerarquiza aún más las imágenes de la sociedad sobre estos grupos. También funciona subrepticamente para el control por medio de la institucionalización de las demandas de estos “segmentos de población”, así los jóvenes y el INJUV, las mujeres y el SERNAM, los indígenas y la CONADI.

nocimiento, no obstante consideramos relevante el esfuerzo por levantar una serie de documentos de carácter investigativo desde la coordinación del Programa Pueblos Originarios de Recoleta como una forma de repensar la pluri-versalidad epistemológica (Walsh, 2007). Al establecer los conceptos mencionados, la *participación intercultural sustantiva* y los *protocolos interculturales*, se profundiza en la adecuación intersubjetiva de lógicas de distintas procedencias, las lógicas instrumentales de la institucionalidad muy cercano a lo que Weber (2009) llamó “Jaula de hierro”, por un lado, y las lógicas territoriales que emergen de los pueblos originarios situados en la ciudad.

En cuanto participación, la concepción de Diego Palma (1999) sobre participación sustantiva, pone el foco en la intersección entre capacidad ciudadana y oportunidad institucional, a la cual incorporamos la concepción intercultural en su sentido “crítico”(Walsh, 2014) pues se reconocen las huellas coloniales que aún persisten. En ese sentido podemos mencionar, a modo de ejemplo, la creación de la Mesa Intercultural de Pueblos Originarios: en este espacio se delibera sobre los asuntos indígenas de la comuna y son las mismas organizaciones de pueblos originarios las que instalan temas, tendencias e interactúan con la institucionalidad, pese a no existir una legislación específica que permita estos diálogos; esta noción de participación intercultural sustantiva valida este espacio desde sus formas de comunicación, intencionando el carácter vinculante de las decisiones.

Por su parte la noción de *protocolos interculturales* nos permite llevar a cabo lo anterior, la participación no puede llevarse a cabo sin establecer confianzas y condiciones para su despliegue, por ello se considera central la noción de protocolo, entendida desde el uso indígena, ese conjunto de reglas que ordena la comunicación de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo, no precisamente desde una razón instrumental antropocéntrica, sino desde un entendimiento biocoscocéntrico. Conocer estos procedimientos culturales asegura la posibilidad de diálogo, independiente de las posiciones que presenten los sujetos. De alguna forma, a través de estos protocolos, se equiparan condiciones de participación, pues se establece un entendimiento común. Lo anterior se distingue de las concepciones de competencias culturales, porque no es solo el desarrollo de habilidades desde una institucionalidad, sino que es validar *otra* forma de entendimiento, la que trasciende por completo la relación de ambas partes, tanto de las comunidades como de la institución.

Consideramos que ambos conceptos referidos son innovaciones en el trabajo intercultural, sobre todo en trabajo social, pues en un sentido disciplinario podemos ver una gran ausencia en el desarrollo de estos temas, sobre todo en miradas que reproducen un orden discursivo hegemónico, procedentes



de Occidente e incluso denominado *crítico*; sin embargo, suprimen el diálogo local y territorial. Una forma de referirse a esto es lo que Muñoz (2016) señala por *imperialismo profesional*, cuyo análisis recorre las perspectivas y modelos de trabajo social, planteando desafíos para “avanzar hacia un trabajo social culturalmente sensible y dialogante, que no se atrinchere en las fronteras del “latinoamericanismo” o “indigenismo”, sino que sea capaz de articular participativamente conocimientos globales y locales en su accionar” (Muñoz, 2016, p. 2). ¿Y por qué el latinoamericanismo y el indigenismo son trincheras? ¿Y por qué no atrincherarse, cuando se corre el riesgo de extinción? Frente a ello destacamos los planteamientos de Hilda Llanquinao, quien expresa “A mayor diversificación cultural, mayor riqueza para la complementariedad, lo que permite alcanzar mayor estatura humana, más sabiduría y creatividad, más herramientas para potenciar capacidades que permitan enfrentar con más éxito los avatares de la vida cotidiana” (Llanquinao, 2001, p. 16)

Creemos que la interculturalidad, en tanto fenómeno y concepto, presenta una *emergencia tardía*, pues actualmente se movilizan muchos estudios e intervenciones con motivo del aumento migrante en Chile; sin embargo, las poblaciones indígenas nacionales vivieron el mismo proceso y con mayores dificultades de aculturación. Actualmente vemos a muchos migrantes extranjeros internacionales, quienes proceden de pueblos originarios a lo largo del Andes y deben asumir la misma actitud de asimilación para poder insertarse en las ciudades chilenas. De esta manera encontramos un fenómeno que encubre al indígena *no-nacional* tras la figura del migrante, e identifica al indígena *nacional* desvinculado de su proceso de migración. Esta emergencia tardía se vuelve un desafío para las ciencias sociales, instituciones y trabajadores sociales, por ello creemos que los conceptos desarrollados aquí pueden contribuir a esta discusión.

## CONCLUSIONES: DESCOLONIZAR PARA TRANSVERSALIZAR LA INTERCULTURALIDAD

Dado el contexto en el que se sitúa esta reflexión sobre la construcción teórica/práctica de estos conceptos, podemos mencionar grandes desafíos para el trabajo con pueblos originarios, el trabajo social y la interculturalidad. La decolonialidad es un término complementario que debe ser incorporado no solo en la literatura, sino también en la adecuación de espacios de convergencia. Tanto la *participación intercultural sustantiva* como los *protocolos interculturales* intentan levantar esta interculturalidad crítica, asumiendo tareas que no están definidas desde lo legal ni lo institucional,



tampoco desde la academia, pese a existir un incipiente crecimiento de escrituras “decoloniales”. Cuando se dice que existe una *Deuda histórica* con los pueblos originarios, también toca a las ciencias sociales y el trabajo social<sup>9</sup> en particular, por ello no encontramos reflexiones que aborden estos temas en las escrituras disciplinarias. Considerando que en Chile se fundó la primera escuela de Trabajo Social en Latinoamérica (Cerda, 2016).

Compartimos estas discusiones, que se están tejiendo contemporáneamente, reconocemos los aportes de varias colegas con el ánimo de “construir pensamiento propio, contextualizado, historizado en el enraizamiento de los pueblos” (Gómez-Hernández, 2014, p. 14) lo que no se opone a una visión universalista, ni tampoco pretende ser totalitaria, sino que permita transmitir y nutrir espacios de diálogo más allá de los estándares discursivos hegemónicos. Concordamos con un trabajo social culturalmente sensible; sin embargo, creemos que es importante abrir el debate, reconociendo las marcas hegemónicas presentes en la disciplina y valorando lecturas que proceden o se construyen tomando elementos contextuales, locales y no por ello en oposición a lo universal, no por ello totalizantes. Los conceptos expuestos en este artículo presentan ese ánimo, desde estos podemos dar valor al conocimiento por medio del *trance* de una *machi*, la lectura de *inal mama* (la hoja de coca) de un yatiri o entender la lógica del *trafkintun* como reciprocidad mapuche o *Ayni* desde el mundo andino.

Por último consideramos relevante *transversalizar* la interculturalidad, pues su despliegue no distingue lugares en la sociedad, la diversidad cultural está y ha estado en todos lados. Entender el reconocimiento a las procedencias identitarias de los pueblos es asumir que la fórmula nacionalista de los Estados no es la única forma de identificar a la población; por el contrario, nuestras procedencias son complejamente diferentes y por ello debemos asumir una postura de reconocimientos y respeto desde los derechos humanos. Transversalizar la interculturalidad también es transversalizar los derechos humanos, las perspectivas de género y nuestra relación con el medio ambiente. Tratar todos estos temas por separado solo profundiza el abismo de sentido que genera la racionalidad instrumental.

---

9. Una de las críticas enunciadas por T. Matus sobre el marxismo estructural brasileño la extrae de Consuelo Quiroga (1990), quien refiere cierta “invasión invisible” respecto del neopositivismo que asumen los marxistas ortodoxos. En este caso, agregamos que estas posturas, sus críticas y propuestas como la “*intervención fundada*”, presentan una profunda **colonización visible**, pues sus bases están ancladas en perspectivas eurocéntricas y anglosajonas, desde un antropocentrismo que excluye otras miradas consideradas subalternas, volviéndose cómplices de las deudas históricas de los Estados y las instituciones colonizadoras modernizantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agostini, C. A., Brown, P. H., y Roman, A. (2010). Estimando Indigencia y Pobreza Indígena Regional con Datos Censales y Encuestas de Hogares. *Cuadernos de Economía (Latin American Journal of Economics)* N° 47, pp. 125-150.
- Antileo, E. (2012). Nuevas formas de colonialismo: diáspora mapuche y el discurso de la multiculturalidad. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios Latinoamericanos, Universidad de Chile.
- Antileo Baeza, E. (2007). Mapuche y Santiaguino. El movimiento Mapuche en torno al dilema de la urbanidad. *Working Paper Series 29*. Editorial Ñuke Mapuforlaget.
- Antillanca, A., Cuminao, C. y Loncon, C. (1999). *Escritos mapuches 1910-1999*. Santiago: Asociación Mapuche Xawún Ruca.
- Arancibia, R. (2012). Biopolíticas Comunitarias en contexto cultural Lafkenche. Tesis de Magíster en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile.
- Arancibia, R. (2017). *Participación Intercultural. experiencia de los pueblos originarios en la comuna de Recoleta*. Santiago de Chile: Editorial UTEM.
- Arancibia, R. y Cayuqueo, R. (2017). Intervención Intercultural. Experiencia del Programa Pueblos Originarios en Recoleta. *Revista INTERVENCIÓN*, N° 7. Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado.
- Beverley, J. (2004). *Subalternidad y representación: debates en teoría cultural*, traductores M. Beiza y S. Villalobos-Ruminott. Madrid: Iberoamericana; Frankfurt am Main: Vervuert.
- Cerda, J. (2016). *90 años de Trabajo Social en Chile y Latinoamérica*. Santiago de Chile: Editorial UTEM.
- Escobar, A. (2005). *El "postdesarrollo" como concepto y práctica social*. En Daniel Mato (coordinador), *Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización*, pp. 17-31. Caracas, Venezuela: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela.
- Flores Apaza (2009). *El hombre que volvió a nacer*. La Paz, Bolivia: Plural Editores,.
- Gómez, F. (2014). Trabajo Social, descolonización de las políticas públicas y saberes no hegemónicos. *Revista Katál*, Vol. 17, N° 1, pp. 87-94. Florianópolis, Brasil.

Gómez-Hernández E. (2014). Diversidades, saberes y Trabajo Social. En *Perspectiva intercultural y decolonial*.

Gómez-Hernández E. (2015). Trabajo Social Decolonial. En XXI Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, La formación profesional en Trabajo Social: Avances y tensiones en el contexto de América latina y el Caribe. “A 50 años del Movimiento de reconceptualización”. México, Mazatlán.

Harvey, D. (2007). *El “Nuevo” Imperialismo: acumulación por desposesión. Socialist register*. Buenos Aires, Argentina.

Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado, la subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Marimán, P. (1997). La Diáspora Mapuche: una reflexión política. *Liwen*, N° 4, pp. 216-223.

Muñoz, G. (2015). Imperialismo profesional y trabajo social en América Latina. *Revista Polis*.

Quiroga, C. (1990). Una invasión invisible: reducciones positivistas en el marxismo y sus manifestaciones en la enseñanza de la metodología del servicio social. *Revista Acción Crítica*, N°27, ALAETS-CELATS.

Suárez, P. (2016). La sistematización y la producción de conocimientos en el trabajo social: desatando al sujeto. Santiago de Chile: Editorial UTEM.

## Bibliografía electrónica

Llanquinao, H. (2001). “La interculturalidad en el trabajo social”. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-071.pdf>

Walsh, C. (2014). Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des)de el in-surgir, re-existir y re-vivir. Disponible en: <https://redinterculturalidad.wordpress.com/2014/02/06/interculturalidad-critica-y-pedagogia-decolonial-catherine-walsh/comment-page-1/>

Matus, T. (s.f.). Apuntes sobre intervención social. Disponible en: <https://trabajosocialucen.files.wordpress.com/2012/04/apuntesobreintervencionsocial.pdf>

Weber, M. (2009) La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Disponible en: <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2012/12/weber-la-etica-protestante-y-el-espiritu-del-capitalismo.pdf>