

UNA GUÍA PARA EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE: RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS TERAPÉUTICAS DESDE UNA PERSPECTIVA NARRATIVA Y FEMINISTA PARA LA PRÁCTICA COLABORATIVA CON MUJERES QUE LUCHAN CONTRA LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL

LIC. NATALIA LORETO MUÑOZ MUÑOZ¹

RESUMEN

El presente artículo es una propuesta teórica-conceptual desde una perspectiva narrativa y feminista, la cual se plantea como una guía clínica que tiene como objetivo central el desarrollar recomendaciones para las y los profesionales del Trabajo Social que ejercen en la atención primaria de salud en Chile, enfatizando una visión de trabajo colaborativa con las mujeres que luchan contra la dependencia al alcohol.

En Chile, la Atención Primaria de Salud y el Trabajo Social, en general, están orientados para contribuir en procesos de cambio en las personas, familias y comunidades. Ante esto, una parte fundamental de esta guía es precisamente posicionar el ejercicio clínico del Trabajo Social, contribuyendo al trabajo terapéutico con mujeres que luchan contra la dependencia al alcohol, entregando orientaciones para el trabajo con ellas. En una primera parte de este texto, se evidencia el panorama del contexto histórico sanitario y posteriormente se realiza un análisis del contexto actual de las mujeres que sufren dependencia al alcohol desde una experiencia local en el Programa de Tratamiento Ambulatorio Básico.

Después se realiza una lectura crítica de las prácticas clínicas del Trabajo Social en la Atención Primera de Salud y se continua con una ejemplificación de algunas posibles acciones basadas en la práctica narrativa y el enfoque de feminista para el trabajo terapéutico con esta población en particular en este contexto. Finalmente, esta guía termina con recomendaciones sobre el trabajo colaborativo con mujeres y ofrece algunos consejos prácticos y/o herramientas para llevar a la práctica en el sistema de salud primaria desde estas dos perspectivas.

PALABRAS CLAVES: Trabajo Social Clínico, Perspectiva Feminista, Práctica Narrativa, Dependencia Alcohol, Salud Pública.

¹ Asistente Social y Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Santo Tomás. Diplomado en Trabajo Social Clínico: Para una práctica terapéutica contemporánea con personas, familias y colectivos del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. Diplomada en Mediación Familiar y Salud por la Universidad Tecnológica Metropolitana. Miembro Titular de la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico. Actualmente es trabajadora social y jefa de sector en el Centro de Salud Familiar y Comunitario "Los Volcanes" en la ciudad de Llanquihue y Docente de Apoyo para la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Austral de Chile, sede Puerto Montt. Puede ser contactada en el correo electrónico: natalialoreto11@gmail.com.

A GUIDE TO CLINICAL SOCIAL WORK IN PRIMARY HEALTH CARE IN CHILE: RECOMMENDATIONS AND THERAPEUTIC APPROACH FROM A NARRATIVE AND FEMINIST PERSPECTIVES FOR COLLABORATIVE PRACTICE WITH WOMEN FIGHTING AGAINST ALCOHOL DEPENDENCE

LIC. NATALIA LORETO MUÑOZ MUÑOZ¹

ABSTRACT

This article is a theoretical-conceptual proposal, from a narrative and feminist perspective, which is presented as a clinical guide whose central objective is to develop recommendations for social workers who practice in primary health care in Chile, from a vision of collaborative work with women fighting alcohol dependence

In Chile, Primary Health Care (PHC) and Social Work in general are oriented to contribute to processes of change in people, families and communities. Given this, a fundamental part of this guide is precisely to position the clinical practice of Social Work, contributing to therapeutic work with women who fight against alcohol dependence, providing guidance for working with them.

In the first part of this text is a contextualize about overview of the health system is evident and subsequently an analysis of the current context of women who suffer from alcohol dependence is carried out, from a local experience in the Basic Outpatient Treatment Program. Afterwards, a critical reading of the clinical practices of Social Work in PHC is carried out and continues with a sample of context and action, focusing on the narrative practice and fundamental of the feminist approach to therapeutic work with this particular population. Finally, this guide ends with recommendations regarding working with women and offers social workers in their practical advice and/or tools to implement in primary health from these two perspectives.

Key Words: Clinical Social Work, Feminist Perspective, Narrative Practice, Alcohol Dependence, Public Health.

¹ Social Worker and Bachelor Degree in Social Work from Santo Tomás University. Postgrade Diploma in Clinical Social Work: For contemporary therapeutic practice with individuals, families and groups from Chilean Institute of Clinical Social Work. Diploma in Family and Health Mediation from Metropolitan Technological University of Chile. Full Member of the Chilean Society of Clinical Social Work. She is currently a social worker and director at the "Los Volcanes" Family and Community Health Center in the city of Llanquihue and a Support Teacher in the School of Social Work at the Austral University of Chile. She can be contacted at email: natalialoreto11@gmail.com.

1. INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS desde aquí en adelante) es parte fundamental de los Sistemas de Salud en diversos países a nivel mundial, siendo una realidad nacional muy común en Chile. Esta se define según la declaración de ALMA-ATA (1987, p. 1) como:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

El Trabajo Social históricamente en Chile ha estado asociado a la atención directa (asistencia clínica) de personas, familias y grupos. Desde la primera Escuela de Trabajo Social fundada por el Dr. Alejandro del Río en 1925, la formación siempre ha estado ligada al área sanitaria, para-jurídica y con un sello marcadamente femenino (Quiroz, 2000). Los estudios historiográficos del Trabajo Social permiten vincular a la profesión con la atención sanitaria, que en colaboración con la Junta Nacional de Beneficencia (actualmente Ministerio de Salud), orientaron la malla curricular de las escuelas de Trabajo Social, formando profesionales con una mirada científica distinta a la caritativa y moral, mostrando la influencia de la sociología positiva y la medicina práctica (Vidal, 2019). Un ejemplo de esto, aparece en la revista de Servicio Social del año 1928:

“el concepto de caridad, que tanto daño y atraso social ha llevado a la sociedad chilena, el que ha permitido que las mayores estigmatizaciones de su juventud, de sus mujeres, de sus niños, de sus trabajadores, de las familias de escasos recursos económicos, de sus obreros, se hayan expandido y muchas veces ramificado; no entrará jamás en el vocabulario del Servicio Social, ya que éste lucha por su contrario, por una asistencia organizada y justa que le devuelva a cada ser humano su propio valor” (Cárdenas en Matus, T.; Forttes, A.; Aylwin, N 2004, p. 39).

De esta manera, el Trabajo Social tempranamente comenzó desarrollando su quehacer profesional directo con personas en centros asistenciales, hospitalarios, asilares y dispensarios, contribuyendo de esta forma a la salud pública del país, en medio de desafíos sociales, culturales y políticos propios de la época y la crisis mundial de 1930. Esta práctica directa se define globalmente como práctica clínica y/o terapéutica, en donde el trabajador/a social presta asistencia y/o consejería frente a la necesidad de ayuda, la cual es caracterizada por algún malestar o dificultad y cuya demanda es decodificada y el problema redefinido tanto a nivel intra e interpersonal o psicosocialmente (Ituarte, 2002). La práctica clínica es algo inherente pese a la insistencia de ciertos sectores profesionales que en nuestros países de habla hispana tienden desconocer o invalidar. No obstante, esto es muy diferente en países angloparlantes, donde nuestra profesión es reconocida como un ejercicio especializado y cualificado, siendo el ámbito de la salud en donde el Trabajo Social y específicamente el Trabajo Social Clínico suele tener mayor protagonismo (Groshong, 2021).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de los trabajadores de la salud y su Mapa de la Clasificación Estándar Ocupacional Internacional de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008) los profesionales del Trabajo Social y la Consejería en su Código 2635 son definidos como Asesores de Salud y Personal de apoyo. Dentro de sus roles más comunes son: Consejero de adicciones, Consejeros de Duelo, Trabajador Social Clínico, Oficial de Distrito en Bienestar Social, Consejero contra el abuso sexual, Organizador de bienestar para mujeres, etc. Según esta misma definición los y las trabajadoras sociales proporcionan consejería, terapia y mediación en servicios a individuos, familias, grupos y comunidades en respuesta a los problemas sociales y dificultades personales. Ellos asisten a los usuarios o clientes o personas a desarrollar habilidades y potencian el acceso a los recursos y servicios de apoyo necesarios para responder a cuestiones derivadas de los problemas de salud, en las transiciones vitales, las adicciones y otros problemas personales, familiares y problemas sociales. Ellos realizan enlaces con otras agencias de servicios sociales, instituciones educativas y proveedoras de atención médica para abogar o defender a las personas y las necesidades de la comunidad.

Es importante mencionar que, a pesar de aquello, el Trabajo Social en Chile históricamente ha tenido una práctica ligada a la atención directa y con ello, a lo terapéutico o clínico. En la actualidad el rol del trabajador/a social clínico es una especialidad que se relaciona con la salud mental, sin excluir otros planos de práctica directa con personas, familias y colectivos, y con campos laborales vinculados al trabajo terapéutico (Reyes, 2019). Por lo general, la práctica es ejercida en contextos públicos y que tiene como población destinataria a personas derivadas de otros centros institucionales y que por lo general necesitan de un servicio profesional específico ante determinados malestares psicosociales. Las prácticas terapéuticas pueden tener diferentes formas, desde lo individual a lo colectivo, y están relacionados a grandes malestares socio-subjetivos como la violencia intrafamiliar, el consumo problemático de drogas, la privación de libertad por sanción legal, la exclusión social o las problemáticas de salud mental.

En este sentido, la no delimitación e influencia del paradigma biomédico dominante de lo clínico como especialidad, tal como sucede en Estados Unidos, posibilita pensar un Trabajo Social Clínico como un ejercicio crítico, emancipador y libre de la estandarización psiquiátrica dominante, con un fuerte sentido comunitario que permita entretejer los lazos sociales corroídos por nuestras sociedades individualistas liberales avanzadas (Rose, 1997 en Reyes, 2019b).

La atención primaria de salud pública constituye el primer punto de contacto entre las personas y el sistema de salud. En este contexto, cumplir con una práctica clínica crítica en Trabajo Social es crucial para cuestionar las estructuras de poder, las determinantes sociales de la salud y las redes institucionales que son parte del macro sistema de ayuda estatal. Al incorporar una práctica clínica crítica en Trabajo Social se da lugar a atenciones socialmente equitativas que aborda las raíces subyacentes de los problemas de salud y son culturalmente sensibles a la identidad territorial.

En relación a lo anterior, cuando se trata de una práctica crítica y emancipadora en el Trabajo Social Clínico, el feminismo contribuye a derribar las barreras de desigualdad en mujeres. Este es y continúa siendo un movimiento político y social liderado por mujeres de alcance mundial con influencia en la actualidad y que se inició en los años 1960 (Ramírez, 2019). Este es un movimiento que defiende los derechos civiles y de la liberación de las mujeres, que, en diferentes momentos de la historia, ha levantado luchas colectivas por reivindicar, por ejemplo: el sufragismo femenino; la emancipación; el derecho reproductivo de la mujer; la abolición del patriarcado; entre otros. El feminismo como ideología política en términos generales, observa una sociedad basada en la desigualdad social y sexual experimentada por la mujer, reconociendo que las pautas estructurales de poder son de predominancia masculina y logran replicar al interior de las relaciones familiares (Grandón, 2021)

No obstante, en la actualidad la desigualdad y la discriminación hacia la mujer aún sigue siendo un factor importante y representa una determinante social que afecta a la salud mental. En este sentido, las y los trabajadores sociales clínicos con perspectiva feminista indagan en factores como “la inequidad ambiental, el estrés interpersonal, los cambios y los determinantes biológicos, y los problemas relacionados con el autoconcepto y la visión del mundo, los cuales podrían dar como resultado una condición depresiva” (Land, 1998, p.5). Y que, en algunos casos, como resultado, lleva a la dependencia al alcohol, siendo esta sustancia el primer factor de riesgo que causa más muerte y discapacidad en Chile, asociándose a hechos traumáticos de violencia y accidentes de tránsito. Las mujeres que sufren dependencia al alcohol en el continente americano, a diferencia de los hombres, son el grupo más desfavorecido por los efectos que tiene sobre su salud y el cómo les afecta en su esfera social (SENDA, 2016). No obstante, dentro del constructo teórico del Trabajo Social Clínico Feminista, la práctica narrativa es clave para el proceso terapéutico. En este sentido, Land (1998, p. 10) describe que:

“Las clínicas feministas, ayudan a las personas a deconstruir los límites de aquellas narrativas saturadas por el problema -otorgando una voz a la narrativa que han sido silenciadas- y reconstruyendo narrativas que enriquecen el desarrollo del sí mismo en la relación de las personas”.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es investigar y desarrollar recomendaciones para las y los trabajadores sociales que realizan una práctica clínica mediante una guía práctica que complemente su práctica. La idea es tener algunos lentes que permitan abordar las problemáticas de dependencia al alcohol junto a mujeres en la atención primaria de salud, utilizando un lenguaje inclusivo para democratizar y dar visibilidad a las diferencias de género.

2. PANORAMA ACTUAL SOBRE LAS MUJERES QUE SUFREN DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN EL ESPACIO DE APS: UNA EXPERIENCIA ASOCIADA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO (PAB).

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (desde ahora SENDA), señala que la dependencia del alcohol es definida “como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él” (SENDA, 2016, p. 9). Socialmente una mujer que sufre dependencia al alcohol rompe inevitablemente con el estereotipo social asignado a su rol femenino. Según (CONACE, 2007, p. 16):

“un problema de adicción en una mujer representa un reto a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas aceptables o normales en relación a la feminidad (ser controlada, sumisa y guardianas de la moral y los valores sociales). Por lo tanto, hay una especial amenaza a su rol femenino tradicional y se considera que han perdido respetabilidad en todas las áreas de su vida”.

Siguiendo esta misma línea, se establece que las mujeres pueden llegar a experimentar un estigma que es más estresante y destructivo que el que sufren los hombres, donde uno de los principales argumentos de este estigma es el descuido o literal abandono de su rol materno, además de la imagen de inestabilidad individual que se refleja de manera no favorable en el ámbito laboral, familiar y emocional (SENDA, 2015). SENDA como organismo gubernamental tiene por objetivo:

“la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, en la elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol. (SENDA, 2021)

De esta forma SENDA y el Ministerio de Salud (desde ahora MINSAL) mantienen un convenio para la ejecución de un Plan de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio Básico (PAB) para personas adultas en APS. Este plan según SENDA-MINSAL (2012) constituyen un conjunto de intervenciones y prestaciones para el logro de objetivos terapéuticos, para personas que presentan un consumo perjudicial, o dependencia a sustancias psicoactivas con un moderado compromiso biopsicosocial, donde la persona cuenta con una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y con la existencia de un soporte familiar. Sus objetivos son apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio, propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo, fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio, apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas, apoyar el desarrollo de habilidades sociales, orientar y apoyar el proceso de integración social, facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a criterios definidos, y realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso.

La duración del plan de tratamiento y rehabilitación, responde a la necesidad de cada persona, sin embargo, expertos sugieren una duración aproximada de 6 meses, de 2 días por semana. Este plan propone 4 etapas para el logro progresivo de objetivos terapéuticos, definidos en un plan de intervención individual (Tabla 1, Anexo, SENDA, 2012)

3. LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE

En APS los roles que cumple el (la) profesional desde el Trabajo Social están relacionado con práctica directa o clínica, la cual se enmarca dentro del Modelo de Atención Integral en Salud desde ahora MAIS, que se define como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2012, p. 12)

Este modelo de carácter familiar y comunitario comprende que la atención en salud debe ser un proceso integral y continuo, en donde sus fundamentos son principios irrenunciables relacionados con: el centrarse en las personas, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado. Estos principios constituyen la base para mejorar las condiciones de salud de las personas según este modelo (MINSAL, 2012). En relación a los principios señalados anteriormente, se describen algunos roles propuestos por varios autores sobre lo que un trabajador social clínico podría desarrollar en concordancia con el Modelo de Atención Integral en Salud. Dentro de ellos se encuentran el: Vinculador de redes sociales y comunitarias, defensor, educador, facilitador, asesor de casos, consejero, mediador, investigador/evaluador y terapeuta.

A continuación, estos roles serán descritos en la Tabla 1, comparando los aportes de la literatura revisada y ejemplificados con los realizados en la práctica directa.

Tabla 1. Tipo de roles de los y las trabajadoras sociales que ejercen prácticas clínicas según Dorfman (1996), Kleinke (2002), Subsecretaría de Redes Asistenciales (2012), SENDA (2012) y Bailey (2021)

Nombre del rol	Roles de los /as trabajadores sociales que ejercen una práctica clínica	Roles del trabajador /a social en el MAIS según la experiencia de la trabajadora social clínica en ejercicio
Vinculador/a de redes sociales y comunitarias	Se define como la acción de articular diferentes tipos de relaciones en el ámbito personal, social o institucional afín de las necesidades que tienen las personas para acceder a los recursos comunitarios.	Es descrita como la acción de articular diferentes tipos de relaciones en el ámbito personal, social o institucional afín de las necesidades que tienen las personas para acceder a los recursos comunitarios. Esto se muestra en la exploración que realiza el/a trabajador/a social con ejercicio clínico mediante el mapa de red o ecomapa que refleja las redes de apoyo social y comunitario de las personas que consultan en el sistema de salud, validando el contexto social como apoyo a la situación que afecta a la persona. También la derivación, coordinación intraredes y la búsqueda de redes externas existentes en el territorio.

Defensor /a	Este rol se desarrolla a nivel micro cuando se trata del trabajo con personas y familias para atraer hacia ellos los servicios, recursos y derechos que por sí solos no podrían conseguir, y a nivel macro cuando se trabaja en grandes grupos de personas.	A nivel micro el rol de defensor de casos se muestra con mayor frecuencia en el abordaje judicial y acompañamiento psicosocial de casos que presentan vulneración de derechos, por violencia intrafamiliar o abuso sexual infantil. Proceso relacional, con una postura ética que toma el (a) TS para promover la justicia social, que mediante la responsabilidad y cooperación institucional, la educación, la sensibilización, la apelación y el apoyo en completar formularios, ayuda a las personas ser más autónomos y a ejercer influencia y control sobre sus vidas.
Educatora / a	Consiste en colaborar con las personas y compartirles conocimientos, ayudándoles a llegar a una percepción más flexible de sus vidas y sus posibilidades.	El/la trabajador /a social que ejerce en este contexto tiende a tener un rol de educador a la persona sobre los determinantes sociales (condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales) que podrían estar influyendo en su estado de salud mental y/o físico.
Facilitador /a	Labor que está dirigida hacia crear las condiciones y el ambiente necesario para la resolución de problemas y también la motivación al cambio, transmitiendo esperanza y aliento a las personas.	El/la trabajador/a social en el contexto de atención con mujeres que sufren dependencia al alcohol espera contar con un espacio físico que sea pertinente culturalmente hacia las consultantes de pueblos originarios o migrantes, en favor de mejorar su situación de salud y la disminución de brechas de inequidad. Se espera que la persona y el/la TSC desarrollen una relación profesional más igualitaria, que respete las narrativas desde su cosmovisión del problema. Incorporando también, una perspectiva descolonizante, donde el trabajo está, en tomar conocimiento del impacto que ha tenido la colonización en los pueblos y comprender cómo las personas han vivido históricamente esta experiencia, intentado reparar de alguna forma el daño que se ha realizado por medio de los poderes colonizadores.

Asesor/a
de casos

En este rol el /a TSC evalúa y asesora a la persona o familia a buscar alternativas que les permitan satisfacer sus necesidades, organizando y coordinando las presentaciones de servicios sociales y además monitoreando lo que recibe la persona, asegurándose de su calidad y continuidad del servicio prestado.

En el rol de asesor de casos el/la trabajador /a social tiende a la atención a consultantes con alguna discapacidad física y/o intelectual asegurando principalmente las prestaciones en las actividades garantizadas contenidas en el plan de salud familiar asociadas al ciclo vital.

Consejero /a

Rol que, mediante conocimientos del comportamiento humano, la comprensión del impacto del entorno social en las personas y la capacidad de evaluar las necesidades y funcionamiento de ellas. Reflexiona sobre qué intervención puede ayudar en las tensiones que les afecten, aplicando técnicas de intervención, con la capacidad de guiar a las personas a través de un proceso de cambio, mediante la escucha activa y empatía. Se dedica a dar asesoría, orientación e información sobre aspectos específicos de la vida humana .

Este rol se emplea en el programa de tratamiento ambulatorio de alcohol y drogas en consultantes que muestran un consumo perjudicial o dependiente de sustancias y comienzan un tratamiento de rehabilitación, donde el análisis se realiza desde el modelo ecológico, cuyas categorías son: fenómeno del consumo, género, ciclo vital individual y familiar, integración social, etnia, norma social y su transgresión.

Mediador /a

Rol que busca ayudar a solucionar disputas entre las partes que están en conflicto, intentando restablecer el diálogo entre las partes.

Este rol del trabajador social con ejercicio clínico se vivencia, en familias que no logran llegar a un acuerdo, en relación a los cuidados de personas con dependencia, donde el cuidador/a principal -las que en su mayoría son mujeres- experimenta afectaciones físicas y/o mentales producto de la sobrecarga. El análisis se centra en cómo los estereotipos de género afectan la asignación de este trabajo y cuáles son las dinámicas de poder que se dan dentro la familia en relación a la distribución del mismo. Mediando entre familiares sobre la responsabilidad del cuidado de los padres ancianos, principalmente en visitas domiciliarias.

Investigador, evaluador /a	El rol de investigador /a se encarga de revisar literatura de estudios clínicos y emitir una reflexión sobre la utilidad de las distintas intervenciones. El rol clínico/investigador/a da seguimiento al progreso de las personas evaluando su propio trabajo.	Particularmente, el contexto institucional no favorece este tipo de prácticas investigativas, pero si las motivaciones personales de la TSC en ejercicio, podría lograr desenvolver este rol, perfeccionándose sobre esta práctica cualificada.
Terapeuta	Es un rol que permite una relación de ayuda eficaz con las personas/ familias, mediante actitudes y habilidades (autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional) que son claves para conducir un asertivo vínculo de ayuda. Utiliza destrezas básicas como la habilidad de escucha, la facilitación de la actividad narrativa de la persona (parafraseo, reflejar empáticamente, recapitular, hacer preguntas abiertas-cerradas, clarificar y el silencio) y la facilitación de la generación de narrativas alternativas específicas (interpretar, confrontar, informar, dar instrucciones).	La atención que reciben las personas y familias cuando buscan ayuda, es abordada principalmente desde un enfoque de género y un enfoque intercultural, mediante la detección de factores protectores y factores de riesgo que amplían la visión del problema, utilizando la entrevista, visitas domiciliarias, las consejerías individuales y familiares como herramientas de soporte emocional, la cuales se fundamental en le MAIS. Es importante señalar que la TSC en formación se posiciona también, desde una práctica distinta, incorporando elementos de la práctica narrativa de manera individual y colectiva, utilizando contradocumentos, conversaciones de re-membranza, metáforas como la bicicleta de la vida y el árbol de la vida, en la relación de ayuda.

En términos de lucha contra la dependencia del alcohol en mujeres, la atención primaria de salud pública se posiciona como un área crucial para abordar las complejas necesidades de las mujeres frente a esta problemática. En este contexto de salud familiar y comunitario, la práctica narrativa surge como un enfoque terapéutico significativo e innovador, el cual es una oportunidad para una práctica más comprensiva y empoderadora siendo más cercana al Trabajo Social y sus principios éticos (Paquin, 2009). Este permite reconstruir sus narrativas personales, explorando y comprendiendo la relación entre sus historias de vida, su consumo de alcohol y su bienestar biopsicosocial. Cuando utilizamos la práctica narrativa para comprender lo que viven las mujeres, creamos un lugar donde pueden hablar sobre sus sentimientos, encontrar recursos y aprender nuevas habilidades para afrontar sus desafíos, reduciendo la influencia del problema en su vida personal.

Una práctica narrativa y feminista en la atención directa, proporciona un espacio seguro y de empoderamiento para que las mujeres exploren cómo las normas de género, las expectativas sociales y las situaciones de opresión moldean su consumo de alcohol y su bienestar en general. Por lo tanto, no solo se trata de reducir la dependencia del alcohol, sino también de un enfoque que busca fomentar la resistencia con los problemas, la autodeterminación y la transformación social en las mujeres. A su vez, esto llevará a un mejor abordaje de las mujeres y su recuperación. Donde los y las trabajadoras sociales clínicas también aportamos al equilibrio de género en la esfera de la salud pública.

4. LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS COMO ENFOQUE TERAPÉUTICO JUNTO A MUJERES CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL

La práctica narrativa según Sued (2016) es una aproximación a la psicoterapia y al trabajo comunitario, que se centra en las personas considerándolas expertas en sus propias vidas y separadas de los problemas que las aquejan. La práctica narrativa asume que las personas cuentan con un bagaje de habilidades, capacidades, creencias, valores, conocimientos y recursos que les pueden ayudar a reducir la influencia de los problemas en su vida personal.

De esta manera, la práctica narrativa según los trabajadores sociales que la crearon, Michael White y David Epston (1993) es situada en un modo de pensamiento interpretativo, que da gran importancia a las experiencias de las personas, facilitando la percepción de un mundo cambiante, a través de la colocación de las vivencias experimentadas en una dimensión temporal. Donde la descripción de la realidad es mediante el filtro de la conciencia del protagonista, que logra establecer significados implícitos para generar perspectivas múltiples, incentivando la polisemia y el uso de un lenguaje cercano a la persona en la descripción de sus vivencias, en el intento por crear nuevos relatos. Promoviendo una postura reflexiva que aprecia la participación de cada uno en los actos interpretativos, lo que también impulsa el sentido de autoría y re-autoría de la propia vida, y de los vínculos de cada persona al contar y volver a contar su propia historia. De esta manera, y distinguiendo, que las historias se co-producen, intentando establecer condiciones donde la persona se le asigna un papel de autor privilegiado en la construcción de su experiencia relatada e incorporando conscientemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

Dentro del contexto terapéutico y mediante el uso del pensamiento narrativo, se utiliza el marco suministrado de la deconstrucción, la cual White (2004) define como una práctica que tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas “verdades” divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desembarcadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de su relación a que están sujetas las vidas de las personas. Muchos de los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivarlas.

Según lo anterior, la deconstrucción permite desempacar el relato del yo y los conceptos asociados a la cultura dominante: las prácticas del yo y de su relación, son prácticas predominantemente culturales y discursivas en nuestra cultura. De esta manera, la práctica terapéutica desde la deconstrucción considerará deconstruir el relato, las prácticas modernas del poder y las prácticas discursivas (White, 2004). En esta oportunidad se profundizará y desarrollará sólo la deconstrucción del relato, ya que contribuye de mejor manera el fin de los objetivos de este trabajo. La deconstrucción del relato, desempaca las historias de conformidad con las cuales viven las personas, objetivando los problemas que las empujan a pedir ayuda, y ante a esto, esta objetivación lleva a externalizar sus vivencias problemáticas y no a internalizarlas en su identidad.

Esta externalización asiste a las personas a relevar con el tiempo la constitución de su “yo” y de sus relaciones. Proceso que se inicia alentando a la persona a que se dé cuenta de los efectos que tiene en su vida los problemas por lo que sufren (problemas familiares, laborales, estados emocionales, etc.). Donde particularmente el énfasis está en establecer de qué manera se ve afectada la “concepción” que las personas tienen de sí mismas y de sus relaciones. Luego, se les insta a indicar la influencia que estas percepciones o concepciones tienen en sus vidas. A esto, le continúa alguna investigación de cómo las personas fueron atraídas o reclutadas a tales concepciones.

Es así, que en la medida que las personas logran externalizar sus historias privadas, deconstruyen su identidad y la verdad acerca de sus relaciones. Estas historias ya no dominan las vidas de las personas, produciéndose una separación de éstas historias problemáticas. Ante esta separación, las personas tienen la libertad de explorar nuevas ideas preferidas que podrían incluir en su vida. En la medida que se separan de sus historias dominantes, se les hace posible acercarse a concepciones que contradicen esos conocimientos, y se abren a lo que se puede considerar territorios alternativos (relatos alternativos) de la vida de la persona. Estos relatos deben ser evaluados por la persona como relatos preferidos, para que puedan quedar establecidos y se comience a trabajar sobre ellos, con la ayuda del proceso llamado “co-creación”, donde el terapeuta puede hacer preguntas relativas al panorama de acción (que indagan en acontecimientos y acciones) y al panorama de identidad (que permite que las personas reflexionen y determinan la significación de los hechos en panorama de acción) ayudando a la persona a identificar y desarrollar una nueva relación con el problema (White, 2004).

La historia dominante de sufrimiento que experimenta una mujer con dependencia al alcohol, desde la práctica narrativa deconstruye el relato, utilizando la externalización para trazar el mapa de influencia que tiene el problema en su vida y en sus relaciones. Así mismo, se fomenta la generación de otros relatos alternativos que le permitan una nueva relación con el problema, agenciándola para una investigación de nuevas opciones para su vida (agencia personal).

De esta manera, las posibles historias alternativas que pudiesen salir a luz en la terapia serían: pobreza feminizada, exigencia del rol materno y doméstico, trabajo precarizado, identidad de género, desescolarización, migración y con sus posibles estados emocionales asociados a ellos (angustia, tristeza, euforia, culpa, rabia, ansiedad, miedo, vergüenza, estrés, cansancio, confusión) y así también, relatos alternativos de su pasado, presente y hasta futuro sobre historias preferidas de resistencia, resiliencia, lucha, libertad, justicia y reconocimiento.

La importancia que tiene para una mujer identificar valores y compromisos que son preferidos para su vida, y no solo lo que la cultura le impone, o lo que el problema les quiere hacerles creer, sino, lo que su agencia personal prefiera. Radicar lo importante de “lo **ausente pero implícito**” que Michel White propone, que surgen de las historias alternativas dentro de la conversación terapéutica, donde se logra reconocer que detrás de la historia-problema, hay otra historia que se le contrapone (la historia preferida). Este término “ausente pero implícito” transmite el entendimiento de que, en la expresión de toda experiencia de vida, establecemos un discernimiento entre la experiencia expresada y otras experiencias a las que ya les hemos dado un significado y que proporcionan un telón de fondo de contraste, y que dan “forma” a la expresión “siendo en primer plano” (Carey, et al. 2009).

En relación a lo anterior, las **conversaciones de remembranza** van a comprender que la identidad se basa en una asociación de vida y no en un yo elemental, por lo tanto, esta asociación de vida la componen figuras e identidades del pasado, el presente y el futuro. Estas conversaciones de remembranza dentro de la práctica narrativa, brindan la oportunidad de reflexionar sobre las vinculaciones asociadas a la vida de la persona (White, 2016).

En la terapia junto a mujeres con dependencia en el alcohol, los **contradocumentos** son una parte fundamental en el desarrollo y fluidez de la comunicación entre terapeuta/mujer. Dando la posibilidad que la persona que está asistiendo a la terapia, pueda obtener la retroalimentación o reconocimiento de parte del o la trabajadora social clínica respecto de su proceso terapéutico. En este sentido White y Epston (1993, p. 188) mencionan:

“En estos documentos, la persona desempeña un papel central a la hora de contribuir a la especificación de sí mismo y de esta manera se hace consciente de su participación en la constitución de su propia vida. Esto puede desarrollar un profundo sentido de la responsabilidad personal, así como conducir a la conciencia de que se posee la capacidad de intervenir en la conformación de la propia vida y las propias relaciones”.

Por lo tanto, es importante que en la elaboración participe activamente la persona referida porque asume la responsabilidad de re-inventarse a sí misma, manteniendo un sentido de autenticidad e integralidad, desarrollando el poder personal (White y Epston, 1993). Esta deconstrucción se relaciona con el panorama de acción y de identidad dentro de la práctica narrativa (White,2004), porque el desarrollo de una historia dominante de una persona se enmarca dentro de una temporalidad a la que suele otorgarle significados y estos son proyectados a través de la experiencia. Por lo tanto, la deconstrucción permitirá la apertura hacia nuevos relatos alternativos que amplíen la descripción de una historia totalizante o saturada por el problema. A medida que la persona se separa de la historia dominante se abre paso a aspectos de su experiencia que contradicen estos conocimientos, los cuales son llamados “logros aislados”, lo que son la puerta de entrada hacia lo que se podría considerar los territorios alternativos de la vida de la persona. En este sentido, White (2004, p. 35) indica que el panorama de acción “*hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollen en el tiempo de conformidad con tramos particulares*” y el panorama de identidad “*hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción*”. Estos pueden interactuar cuando el o la terapeuta genera preguntas de ambos panoramas, facilitando la historia alternativa, siempre y cuando la persona se entregue a la curiosidad y a la tarea de contar la historia y darle significación.

Tabla 2. Caso Clínico

Nora, la historia de una mujer que sufre por la dependencia al alcohol

El caso que se presenta es un caso genérico y ficticio, no obstante, está construido con un criterio de realidad de acuerdo al perfil de personas con quienes se trabaja. Esto se expresa para que las metodologías anteriormente mencionadas puedan ser comprendidas de una manera más práctica. A través de la experiencia acumulada y de un perfil de atención, que es característico para trabajadores sociales que se desempeñan en contextos de salud primaria.

Nora llega al Cesfam a solicitar de manera espontánea una cita con la trabajadora social del programa PAB. Relata que tres veces por semana consume alcohol, sola en su casa, hasta embriagarse. Nora tiene 45 años, está casada con Luis, hace aproximadamente 20 años, a los 3 años de casados nace su primer hijo Raúl y al año siguiente su segunda hija Luz. Actualmente su relación a nivel familiar entre ambos es un poco distante, se caracteriza por violencia de género, la cual no es visualizada por ninguno de los dos, también se puede observar que hay violencia económica y en algunos casos física. En relación al vínculo con sus hijos este es distante, no obstante, en diversas sesiones refiere que le gustaría poder dar lo mejor de sí para cuidar su salud y se abre a participar de sesiones familiares en su domicilio. Nora generalmente está la mayor parte del día sola, tiene un consumo de alcohol que la afecta su relación con ella misma y con sus personas más cercanas, sin embargo, ella señala en diferentes oportunidades que quiere salir de este problema, que quiere mejorar esta situación y trabajar para salir de esto. Ella logra identificar que existe una vecina llamada Andrea que en varias oportunidades la ha acogido cuando se siente triste y le da consejos para dejar de consumir.”

Se irá relatando una serie de prácticas en función al caso anteriormente mencionado, para ser abordado a través de distintas metodologías y preguntas que podrían ser de ayuda para este grupo familiar, el cual es característico de este Cesfam.

Dentro de las conversaciones de re-autoría en las prácticas narrativas, el **panorama de la acción** se refiere a los hechos que sean pasados, presentes o futuros, con los cuales se basa la versión de la historia relatada. Están bajo temporalidad y son eficaces para dar nacimiento a nuevos o posibles panoramas de acción de la historia de la persona (White, 2004). De esta manera las preguntas a realizar son aquellas que inviten a Nora a reflexionar sobre los hechos que lograron traerla al encuentro terapéutico. Por ejemplo: *¿Nora, cómo decidiste dar este paso? el estar aquí en esta sesión; ¿qué planes te guiaron a hacerlo?; ¿habías hecho esto alguna vez?; antes de dar este paso ¿no estuviste a punto de retractarte? y si fue así ¿cómo te contuviste de hacerlo? Nora, mirándolo desde un punto de vista ventajoso ¿qué te dio aviso en tu conducta que pudiera haber contribuido a que hoy estés acá?; ¿me puedes dar algún antecedente de este suceso?; ¿cuáles eran las circunstancias que rodeaban ese hecho? ¿contribuyó alguien a aquello?, si fue así ¿me puedes describir la situación?; ¿qué pensabas en ese momento?; ¿piensas que este suceso preparó el camino para que dieras ese paso?; ¿Nora qué puedes decirme sobre tu historia para ayudarme a comprender cómo lograste dar este paso?*

Este tipo de preguntas dan nacimiento a otros posibles panoramas de acción, los cuales trabajan como puente entre hechos preferidos del presente y el pasado, alentando a las personas a identificar la historia de sus logros aislados, como panoramas de acción alternativo (White, 2004)

El **panorama de la identidad**, se refiere a los significados que les damos a los hechos y los motivos que se desarrollaron en el panorama de acción. Incluye valores, creencias, deseos, principios, intereses, interpretaciones, etc. (White, 2004). A continuación, se muestran los siguientes ejemplos de preguntas realizadas para el caso de Nora: *¿me gustaría saber cómo ha sido para ti experimentar este paso?; ¿qué dice de ti Nora el hecho de estar participando hoy en esta sesión? ¿qué crees que pensarían tu pareja Luis y tus hijos Raúl y Luz de esto? reflexionemos un momento sobre estos hechos, ¿a qué nuevas conclusiones podrías llegar sobre lo que para ti es importante?; ¿qué crees que dice eso de ti como persona?; ¿Nora a qué nuevas conclusiones podrías llegar sobre lo que deseas o sueñas en tu vida?; ¿qué te revela esto acerca de tus motivos o finalidades en tu vida?; ¿Nora por qué crees que esto es importante?*

Estas preguntas van dirigidas a explorar la identidad de Nora y las disposiciones que la caracterizan en el proceso terapéutico, culminando con una “revisión” de los empeños y compromisos personales de la vida de la persona (White, 2004).

Por otro lado, en **las conversaciones de externalización**, se insta a separar a las personas de sus problemas, clarificando que la persona no es el problema, sino que tiene una relación con el problema. Es decir que coloca al problema fuera de la persona (Sued, 2016). De esta manera Nora podría describir su propio problema, donde el énfasis de las preguntas está en el lenguaje, en las cuestiones de poder y las formas en que se construye el significado y la identidad.

Es importante que cuando las personas hablen acerca de la dependencia al alcohol, el problema se debe mostrar de manera familiar y cercano a la persona, así se personaliza el problema, se objetiviza y se le da características e intenciones (Sued, 2016).

Al averiguar la historia del problema, podemos darnos cuenta sobre la influencia que tiene a nivel personal desde una mirada cultural y social, como se muestra a continuación: Nora, cuando hablas sobre la dependencia al alcohol: *¿qué significa esto para ti?; ¿qué dice de ti este problema?; ¿Nora cuándo llegó esto a tu vida?; ¿han habido factores que hayan contribuido a su aparición?; ¿cuáles son los efectos que ha tenido en ti este problema y en tu relación con otras personas, por ejemplo con tu pareja Luis y tus hijos Raúl y Luz?; ¿puedes pensar en cuáles son los eventos particulares que influyen en la aparición de este consumo de alcohol?; ¿hay algo particular que ocurra cuando aparece este consumo?; ¿esto ocurre más frecuentemente cuando estás con ciertas personas?; ¿Nora por cuánto tiempo este problema ha estado presente en tu vida? ¿cuánto te preocupa o te a problema esta situación? ¿Cuánto espacio o tiempo ha consumido de tu vida?; Nora si tu problema de consumo fuera un personaje o una cosa ¿cómo sería? ¿qué forma tendría? o si lo dibujaras ¿a qué se parecería?; ¿cómo ha afectado tus relaciones con otras personas, por ejemplo, con tu vecina Andrea?; Nora cuando el consumo de alcohol es más elevado, ¿de qué te aleja?, ¿qué no quieres perder?; cuando describes el problema en términos de lo que has hecho ¿es algo positivo o negativo o es ambas cosas?, ¿qué piensas tú?*

Esta práctica terapéutica según White y Epston (1993, p. 52): “insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía”. Por otro lado, en la práctica de **lo ausente pero implícito**, las conversaciones terapéuticas investigan las historias que están más allá de la historia del problema, la cual considera una historia alternativa que representa las intenciones de la persona por su vida (Carey, et al. 2009). Eventualmente esto se daría en la práctica cuando Nora expresa su sufrimiento por la dependencia al alcohol y las consecuencias que ha dejado este problema en los aspectos de su vida y de sus relaciones íntimas. Permitiendo al trabajador /a social clínico /a reflexionar sobre lo que es importante para ella en relación a lo que desea o sueña en su vida y preguntarle:

Nora ¿qué aspectos de tu vida recuerdas cuando este problema no estaba presente?, ¿en ese tiempo, qué ideas tenías para tu vida?, ¿dónde se han expresado estas ideas antes en tu vida? ¿cómo pudiste tomar tales acciones para tu vida?, ¿Nora de qué manera esta acción que has tomado te permite reflexionar acerca de lo que sabes de la vida?

Este tipo de preguntas instan a la reflexión, ya que, según Carey, et al. (2009, p. 3) “sólo podemos dar sentido a lo que las cosas son por contraste a lo que no son”, ofreciendo una amplia posibilidad de identificación y exploración de las historias preferidas que son alternativas a la historia-problema.

Otra práctica narrativa importante son las **conversaciones de remembranza**, Michel White introduce el término remembranza, porque tiene la idea de que las identidades de las personas son modeladas y las llama “asociaciones de vida”. Esta metáfora del “club o asociación de vida” entiende que para todos nosotros hay miembros de este club, que han jugado determinados papeles en cómo hemos llegado a experimentarnos a nosotros mismos. Estas conversaciones proporcionan un contexto para que las personas revisen o reorganicen la “membresía” de su “club de vida” (Carey, 2004).

De esta manera, esta práctica de remembranza para el trabajo con Nora, puede incentivar a buscar junto a ella, otras personas que hayan sido significativas y que le hayan entregado herramientas para que no consuma alcohol, a través de preguntas cómo: Nora ¿entiendes porque tu vecina Andrea te acogió del modo en que lo hizo?, ¿por qué crees que esto contribuyó en tu vida de la manera en que lo hizo?, ¿qué piensas tú de Andrea, que ella aprecia de ti, que otras personas pasan por alto?, ¿de qué manera respondiste tú a los consejos que te daba tu vecina Andrea?, Nora ¿qué crees tú que valoras, de los consejos que tu vecina te ha entregado, en tu camino de lucha por la dependencia al alcohol?, ¿cómo crees que haya sido para tu vecina sentir que te acompañaba en este camino?, ¿qué crees que ella valoraba en ti cuando te acompañaba en este proceso que difícil para ti?, ¿Nora cómo crees que la experiencia de acompañamiento de tu vecina Andrea, cambió o transformó su interés en tu propia vida?

Con este tipo de preguntas una conversación de remembranza brinda a las personas la oportunidad de analizar las afiliaciones de sus asociaciones de la vida, permitiendo enaltecer y honrar algunas y atenuar o revocar otras. (White 2016)

Por último, los **contradocumentos**, son el contrapeso a los documentos que dominan descripciones negativas basadas en el déficit o en la patología de la persona, lo más comunes son las cartas terapéuticas de invitación, post sesión, despedida, entre otras; el uso de certificados; y los diplomas de avances terapéuticos, finalización, de momentos especiales, etc. (White, y Epston, 1993).

En el caso de Nora, la entrega trimestral de certificados de logros terapéuticos en ceremonias especiales en compañía de personas significativas, por su permanencia en la terapia y/o por cambios positivos en su patrón de consumo y/o estilo de vida. La elaboración mensual de cartas para la retroalimentación que describa el proceso terapéutico de Nora por parte del trabajador social hacia Nora y viceversa, también puede haber un intercambio de cartas de apoyo con otras personas que sufran con este problema de dependencia al alcohol, las cuales pueden ser invitadas a participar en la ceremonia de finalización o alta terapéutica en compañía de su pareja Luis, sus hijos Luz y Raúl y su vecina Andrea. Estos contradocumentos según White y Epston (1993) pueden contribuir a fortalecer el sentido de responsabilidad personal y conducir la conciencia de que se posee la capacidad de intervenir en la conformación de la propia vida y relaciones.

5. PREMISAS FUNDAMENTALES DEL ENFOQUE FEMINISTA PARA EL TRABAJO JUNTO MUJERES QUE SUFREN DEPENDENCIA AL ALCOHOL

El enfoque feminista según Russell y Carey (2003) es el lente principal para analizar las diferencias de poder en el mundo. Para algunas mujeres este puede ser un lente primordial a través del cual ven el mundo, siendo además un lente cultural para analizar las diferencias de poder en cuanto a la raza. Para otras mujeres su foco principal puede ser la sexualidad y las diferencias sexuales. Para estas autoras, lo primero en que se focalizan son el género, y el feminismo es el lente con el que después tratan de entender otras relaciones de poder y nuestra propia responsabilidad ante ellas.

El feminismo es el lente que observa cómo las diferencias de poder son asimétricas entre hombres y mujeres, y cómo estas relaciones se reproducen en todos los ámbitos de la vida, reflejados principalmente en los estereotipos, roles sociales, posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad construye y asigna a cada persona (Land, 1998).

Al tratarse de una relación de poder, esto implica tensiones y luchas, así como dominación, sometimiento, expresiones de diferencias jerárquicas, donde históricamente, el poder ha residido en los hombres –en cuanto a lo colectivo, pero también en el plano individual y simbólico– es decir, en lo que está asociado a “lo masculino” –en detrimento de las mujeres– y de lo que es asociado, en general, con “lo femenino”, que delimita, define y expresa una posición social que se construye históricamente de manera binaria en los individuos como “hombre” y “mujer”, por la diferencia biológica y a través de un proceso de apropiación subjetiva de normativas y representaciones discursivas, donde se establecen relaciones sociales de desigualdad basadas en la diferencia (Land, 1998).

La idea de masculinidad encuentra su sustento en la supremacía sobre lo femenino y el concepto de androcentrismo, reflejado históricamente desde la influencia sobre la palabra escrita y el privilegio a la educación, lo que provee de un sesgo que implica que todas las formas de conocimiento, y sus deducciones, son asumidas según la experiencia social masculina, lo que refleja una clara situación de distorsión de la realidad (Olson, 1997).

A partir de lo mencionado anteriormente, es importante la contribución que realiza la Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) en la comprensión de este fenómeno desde una perspectiva de género. Ellos señalan que la organización social política es de carácter patriarcal e instaría a que la “mujer” sea propensa a problemas de salud mental, los cuales propician el consumo dependiente o perjudicial de alcohol, siendo esto complementado con la exposición de opresión estructural reflejada en: problemas relacionados a la inserción al mercado laboral, desigualdad en el nivel de ingresos, pobreza, distribución y uso del tiempo; nivel educacional y violencia como determinante estructural (COPOLAD, 2019). Todas estas condiciones se asocian también, según CONACE (2007) a ciertas condicionantes tales como: el esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, mundo laboral y las propias; pertenecer a un género que por ser subyugado culturalmente tiene vedadas experiencias de aprendizaje, de desarrollo y de valorización. Estar expuestas a la violencia física y psicológica, a las presiones y mandatos para que se cumpla con lo prescrito y la marginación como castigo si no lo hacen. También se incluye el edadismo, el vivir en una cultura donde el modelo “ideal” o esperado para todas las cosas es el varón, siendo decisivo el origen étnico, la clase social, la migración, la comorbilidad y el heterosexismo.

Por lo tanto, desde el patriarcado se puede analizar, las afectaciones que sufre una mujer con dependencia al alcohol, la cual representa un reto a los estereotipos culturales y sociales dominantes como expectativas aceptables o normales en relación a la feminidad (ser controlada, sumisa y guardianas de la moral y los valores sociales). En este sentido Mustin (1989, p. 34) indica “los niños han aprendido que sus padres estarán mayormente ausentes, así que pocas veces se quejan por ello, pero expresan libremente su ira contra la madre cuando ella se ausenta”; “ser padre o madre son dos cosas diferentes: el padre procrea, y la madre cría y cuida”.

Por lo tanto, hay una especial amenaza a su rol femenino tradicional y se considera que han perdido respetabilidad en todas las áreas de su vida, siendo vista como una mala madre que no cuida a sus hijos y una esposa irresponsable que no considera las necesidades de su marido. En público, es percibida como fuera de control ante su situación doméstica y/o laboral y también siendo visualizada como una mujer no confiable (CONACE, 2007).

Dada todas las condiciones anteriores, es muy relevante el aporte que proporciona el enfoque feminista para el Trabajo Social Clínico, porque hace conscientes a los y las trabajadoras sociales clínicas para luchar en contra de los efectos del sexismo/heterosexismo. Cuando accedemos a un marco feminista de referencia en donde colocar las experiencias de opresión, en donde la representación de la frase "*lo personal es político*" contribuye a entender que las experiencias personales están influenciadas por las relaciones más amplias de poder, facilitando también la relación terapéutica en contextos familiares y ampliando las posibilidades de resolver problemas en forma diferente (Land, 1998). Se asegura que la responsabilidad por actos de violencia no estén centrados en la víctima, sino en quien se utiliza las amplias relaciones de poder y hacen que la violencia y el abuso predominen. Este marco feminista permite a las personas que buscan ayuda la posibilidad de escoger a su terapeuta y que cuando esto no sea posible, les brinda el poder de ser informadas de cómo los problemas de género podrían influir en el contexto de la terapia o el trabajo comunitario (Russell y Carey, 2003).

De esta manera se puede señalar, que la comprensión de este fenómeno da cuenta de la estigmatización que sufre la mujer cuando lucha contra la dependencia o el consumo perjudicial de alcohol, lo que entorpece su intención de pedir ayuda o de acceder a terapia. Otro aspecto importante es el nivel de responsabilidad que tienen en el cuidado de los hijos/as, ya que esto en muchas ocasiones le dificulta en el mantener una distribución adecuada del tiempo, bloqueando el acceso a terapia o desarrollo personal. Esto puede ser intensificado por las condiciones que se intersectan en su identidad como: su origen étnico, ser parte de la comunidad LGBTQ+, presentar algún tipo de discapacidad física o mental, estar en una condición de migrante, no tener acceso a condiciones básicas de habitación, alimento y abrigo, entre otras (Ramírez, 2019).

Es importante reconocer las posibilidades de la práctica narrativa desde un lente feminista las cuales se ajustan adecuadamente, ya que se logra localizar el problema de consumo fuera de la mujer, abriendo posibilidades para cuestionar las relaciones más amplias de poder que contribuyen a la construcción del problema. Además, estas prácticas terapéuticas permiten a la mujer contar historias en un espacio seguro, donde aquellos relatos marginados prestan especial atención para que emerjan las historias preferidas o alternativas de su identidad. Es así como se da paso a contar y co-crear historias preferidas. Finalmente, la deconstrucción de relatos dominantes que, a través, de conversaciones terapéuticas van desempacando y permitiendo cuestionar los discursos dominantes de poder, esta condición del contexto terapéutico asiste a que las mujeres tengan mayor conciencia de todos los discursos dominantes internalizando que han contribuido en significados y suposiciones patriarcales sobre su identidad, siendo estos en última medida los que sostienen sus historias dominantes sobre sus vidas, relaciones, sexualidad y construcciones de género (Russell y Carey, 2003).

6. CONCLUSIONES

Este trabajo, permitió visualizar orientaciones para el trabajo en atención primaria fuera de enfoques clásicos y salubristas, y siendo más cercano a la mirada del Trabajo Social y a los principios éticos de justicia social, dignidad y autodeterminación. La APS en su composición en la salud pública es el primer nivel de atención de la salud, que se lleva a cabo entre la persona y el sistema de salud. Desde la perspectiva del Trabajo Social, una práctica clínica crítica (Grandón, 2021) es crucial para poder cuestionar y subvertir las estructuras de poder, las cuales pueden estar expresadas discursivamente mediante leyes, normativas o políticas arraigadas como soporte jurídico de un modelo de salud medicalizado y patologizante de las personas y específicamente de las mujeres.

Este escrito, reconoce que la práctica del Trabajo Social en APS en Chile, cumple con una multiplicidad de roles, empoderando principalmente la del rol de terapeuta y consejero, que logra ser demostrada en la propuesta de esta *“Guía para el Trabajo Social Clínico en la atención primaria de salud en Chile: recomendaciones y propuestas terapéuticas desde una perspectiva narrativa y feminista para la práctica colaborativa con mujeres que luchan contra la dependencia al alcohol”*. De esta manera el rol terapéutico que tiene su raíz históricamente y ha sido invalidado principalmente en las últimas 3 décadas, logra ser visibilizado y puesto en práctica. Esto permite contribuir y hacer justicia epistémica a la profesión.

149 Por otro lado, esta guía, nos conduce a la incorporación de la práctica narrativa como enfoque terapéutico que permite a la o al trabajador social clínico, llevar a cabo un trabajo que es de gran importancia ante las experiencias de las personas, proponiendo una postura reflexiva en la cual la persona es protagonista en primer plano. Dentro del pensamiento narrativo se utiliza el marco suministrado por la deconstrucción, que permite desempacar el los relatos asociados a la cultura dominante, objetivando los problemas que empujan a las personas a pedir ayuda. Esta objetivación, da paso a la práctica de externalización del problema, que propicia la exploración de nuevas ideas que podrían ser incluidas en la vida de la persona, conllevando conversaciones de re-autoría mediante preguntas del panorama de la acción y el panorama de la identidad, que ayudarán a identificar y a desarrollar una nueva relación con el problema y una capacidad de agencia personal.

Al promover la agencia personal se va co-creando un proceso terapéutico colaborativo, en el cual, las preguntas asociadas a la definición de lo “lo ausente pero implícito” facilitan el descubrir historias preferidas ante las historias-problema, instando a las personas a identificar y reflexionar sobre sus valores y compromisos que guían sus vidas. Esto es complementado con las conversaciones de remembranza, ya que estas brindan la oportunidad de reflexionar sobre las vinculaciones y redes personales, re-visitando o reorganizando la “membresía” de cada persona en su “club de vida”.

Por otro lado, la incorporación de contradocumentos en el desarrollo de la terapia, van a propiciar la retroalimentación o el reconocimiento por parte del o la trabajadora social clínica sobre los procesos terapéuticos y contribuir a las personas a fortalecer el sentido de responsabilidad personal, promoviendo una conciencia emancipadora de que se posee la capacidad de re-inventarse en la conformación de su propia vida y sus relaciones.

El enfoque feminista que incorpora esta guía es fundamental para comprender el fenómeno sobre las “mujeres que sufren dependencia al alcohol”, donde las experiencias de opresión se van a entender como experiencias personales y traumáticas influenciadas por las relaciones más amplias de poder. Este enfoque permite al profesional tener una posición ético-política para desarrollar su práctica terapéutica, revisando los propios principios fundamentales del Trabajo Social, tales como: la justicia social y la dignidad hacia la personas. Al mantener una práctica anti-opresiva que fomenta en las mujeres y sus familias la emancipación, el empoderamiento y la igualdad en el proceso terapéutico, aportará al igualdad y equidad ante el género en la esfera de la salud pública.

Finalmente, solo queda mencionar que la incorporación del enfoque narrativo y la perspectiva feminista son antecedentes novedosos, ya que no existe una promoción de estos lentes en las políticas u orientaciones públicas de estas herramientas en la actualidad. Sin duda alguna, esto permite a los profesionales familiarizarse y acercarse más a este tipo de prácticas, obteniendo nuevas orientaciones teóricas necesarias para realizar una práctica auto-guiada que sea acorde a su realidad laboral. Si bien, esta propuesta otorga elementos teóricos fundamentales, es importante que el profesional clínico profundice en la lectura o realice más formación de postgrado en estas perspectivas, principalmente para amplificar la mirada en el desarrollo de propio quehacer laboral.

REFERENCIAS

- Bailey, G. (2021). “*Anti-Racist Clinical Social Work at the Intersection of Pandemics*”. [Archivo de Presentación]. Clases del Diplomado en Trabajo Social Clínico del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. No disponible.
- Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. (2019). *Mujeres y políticas de drogas: Informe de situación en América Latina y el Caribe, avances y prioridades*. FIIAPP-COPOLAD: España.
- Matus, T.; Forttes, A.; Aylwin, N. (2004). *La reinención de la memoria: indagación sobre el proceso de profesionalización del trabajo social chileno 1925-1965*. Ediciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Chile.
- Carey, M.; Walther, S. y Russell, S. (2009). “The absent but implicit: a map to support therapeutic enquiry”. *Family Process*, N° 48 (319-331).
- Carey, M. y Russell, S. (2004). *Narrative therapy: responding to your questions*. Dulwich Centre Publications: Australia.

- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Declaracion-Alma-Ata.pdf>
- CONACE. (2007). *Mujeres y Tratamiento de Drogas: Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas en población específica de mujeres adultas*. Disponible en: https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_5716.PDF
- Dorfman, R. (2020). *Roles y escenarios de práctica en Trabajo Social Clínico*". En. Trabajo Social Clínico: Definición, Práctica y Visión (Trad. J. Ramírez y D. Reyes. Brunner/mazel, Publishers. New York. (Original en inglés, 1996)
- Grandon, P. (2021). Trabajo Social Clínico Contemporáneo desde Perspectivas Críticas: Una mirada histórica y una filosofía de práctica. *Revista Latinoamericana de Trabajo Social Clínico*. 1 (1), 89-101.
- Groshong, L. (26 de junio del 2021). *Práctica Clínica con Adultos, Familias y Colectivos en Trabajo Social Clínico*. [Archivo de Vídeo]. Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. Comunicación personal.
- Hare-Mustin, R. (1989). El problema de los sexos en la teoría de terapia familiar. *Revista Sistemas Familiares*. 3(1), 31-45.
- Ituarte, A. (2002). El acontecer clínico en trabajo social. *Trabajo Social Hoy*. 35(1), 42-60.
- Kleinke, C. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. eslee de Brouwer: España.
- Land, H. (1998). *The feminist approach to Clinical Social Work*. En Rachele A. Dorfman (Edit). *Paradigm of Clinical Social Work: Volumen 2* (pp. 227-257). Brunner/mazel, Publishers. United States.
- Olson, M. (1997). "Conversaciones" y "texto": dos lenguajes para una perspectiva de la terapia que sea sensible al género. En M. Pakman (comp) *Construcciones de la experiencia humana: Vol 2* (pp. 195-244). España: Gedisa.
- Quiroz, M. (2000). *Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0044.pdf>
- Ramírez, J. (2019). Fundamentos de un trabajo Social clínico feminista: una perspectiva de género, raza e interseccionalidad. *Revista Perspectivas*. 33(1), 207-243.
- Reyes, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional. *Revista Perspectivas*. 34(1), 161-199. DOI: <https://doi.org/10.29344/07171714.34.2191>
- Reyes, D. (2019b). Trabajo Social Clínico como identidad emergente en Latinoamérica: Entretejiendo las historias subyugadas, unificando voces de Justicia Social. *Revista Nueva Acción Crítica del Centro Latinoamericano de Trabajo Social*. 5, 52-59.
- Paquin, G. (2009). *Clinical Social Work: A Narrative Approach*. CESW Press: United States.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2015). *Caracterización de la población femenina atendida en el Programa de Tratamiento Específico*. Recuperado de: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>

- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2016). *El consumo de alcohol en Chile: Situación epidemiológica*. Recuperado de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/otrosSENASA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2012). *Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas*. Recuperado de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTecnicas_CentrosdeTratamiento.pdf
- Sued, E. (2006). Terapia Narrativa. En Roizblatt, A. *Terapia Familiar y de Pareja* (296-310). Editorial Mediterráneo: Chile.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Vidal, P. (2019). Educación del Trabajo Social en Chile: 90 años de Historia. *Em Pauta*. 44(1), 120-133.
- White, M. (2004). *Narrative Practice and Exotic Lives: Resurrecting Diversity in Everyday Life*. Dulwich Centre Publications: Australia.
- White, M. (1993). *Deconstruction and therapy*. En Gilligan y R. Price (Eds.) *Therapeutic conversations* (pp. 22-61). Norton: United States.
- White, M. y Epston, D., (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós: España.
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Pranas Chile Ediciones: Chile.
- World Health Organization. (2008). *Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification*. Disponible en: https://karnatakaphysio.org/pdf/WHO_Health_%20workers_%20classification.pdf