

RESCATANDO EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

Rescuing the Clinical Social Work

Rosa Anais Chan-López*
rosa.chan@ulatina.cr

Resumen

El artículo constituye una reflexión acerca de la necesidad de rescatar la práctica de la intervención clínica o terapéutica del trabajo social en la salud mental, reseñando el origen y validando este quehacer histórico y la pertinencia del rol del Trabajo Social en la evolución de la prestación y el establecimiento de servicios de salud mental, inicialmente en Norteamérica. Su desarrollo es un referente de lo más influyente, en las recomendaciones o mejores prácticas, que los organismos internacionales promueven en el resto del mundo a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se hace una breve reseña de las experiencias e historia de la participación del Trabajo social terapéutico en la apertura y el tratamiento de alcoholismo en Costa Rica. También, sobre la experiencia de los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por cambiar el modelo asilar, e impulsar el de servicios de salud mental comunitaria en Latinoamérica. Lo que coincide con el esfuerzo que, como la autora menciona, debe ofrecerse y promoverse en Costa Rica. Discute y aporta datos acerca de incidentes y necesidades de salud mental detectados en el país, y sobre la necesidad de fortalecer la intervención del Trabajo Social Clínico para responder a las necesidades de promoción y establecimiento de servicios

Abstract

This article is a reflection of the need to rescue the clinical or therapeutic intervention practice of Social Work in Mental Health practice. It outlines the origin and validates this historical work and its protruding role in the provision's evolution and the Mental Health Services' establishment. It was initially in North America, but that development is a benchmark of the most influential actions within the recommendations or best practices which promote international agencies in the world through the World Health Organization and the office for Latin America, Pan-American Health Office (PAHO).

It explains a brief overview of the experiences and History of Therapeutic Social Work involvement in the beginning and in the alcoholism treatment done in Costa Rica. It addresses as well, the experience in relation to the efforts of PAHO to change the asylum model and foster the Mental Health Services Community in Latin America. It coincides with the efforts mentioned by the author which shall be offered and promoted in Costa Rica. It discusses and provides the information of incidents and Mental Health needs that are identified in the country. It also refers to the need to strengthen the Clinical Social Work intervention to meet the needs of promotion and treatment services for Mental Health in Costa Rican Communities, especially tho-

* Directora de la Escuela de Trabajo Social, Universidad Latina de Costa Rica.

de tratamiento de salud mental en las comunidades costarricenses, especialmente para aquellos sectores que no tienen las posibilidades económicas de pagar servicios privados. Señala algunos indicadores de impacto económico y problemas apremiantes, así como poblaciones que necesitan, urgentemente, una intervención terapéutica de carácter integral, la que el Trabajo Social es capaz de ofrecer. El artículo cierra con un mensaje, al futuro trabajador social, acerca de la necesidad y la conveniencia de usar una aplicación metodológica postmodernista, actualizada en el marco del espíritu, valores y enfoques de la profesión del trabajo social.

Palabras clave

Trabajo Social Clínico, Historia, Salud mental, Poblaciones clave en Costa Rica, Diagnóstico social, Psiquiatría.

se sectors that have lack of the monetary resources to pay for Private Mental Health Services. The article identifies some indicators of economic impact and pressure problems, populations in urgent need of therapeutic intervention for completeness, and the Social Work that is able to offer. The piece ends with a message to future Social Workers about the need and willingness to use a postmodernist methodological application updated within the spirit, values, and holistic approaches to the Social Work Profession.

Key Words

Clinical Social Work, History, Mental Health, Key Populations in Costa Rica, Social Diagnostic, Psychiatry.

Mientras algunas profesiones han explorado otras áreas del desempeño profesional, abiertas a cambios, influencias e intercambios, que las hacen crecer, el Trabajo Social en Costa Rica aún discute sus competencias para asumir un rol más activo en áreas en las cuales ya ha venido trabajando, y cuyo problema es que existe una ausencia de acreditación formal, que garantice su competencia y la identificación de la acción del Trabajo Social en el área de intervención terapéutica, que tenga como resultado la identificación formal en las instituciones y que les permita reconocer el aporte especializado de estos profesionales, me refiero a campos de aplicación como el del tratamiento a los privados de libertad, el tratamiento de adicciones, atención de familias, mujeres abusadas, etc. Esto a pesar de que ya se ha impartido una Maestría en Intervención Terapéutica en una de las universidades estatales.

En un mundo cambiante, donde las diferentes disciplinas relacionadas con las ciencias de la conducta y el bienestar humano se han encontrado en el terreno común del área del tratamiento de los problemas emocionales, así como en la detección temprana de esos trastornos de la salud mental, para brindar la ayuda adecuada, utilizando las mejores prácticas e intercambiando desde cada disciplina, lo mejor de cada una de estas, en Costa Rica aún requerimos de la definición del perfil del trabajador social como terapeuta de salud mental, un esfuerzo similar que ya vivieron también los trabajadores sociales australianos, quienes lograron no solo elevar y particularizar el rol en salud mental, sino hasta definir los postulados de acreditación que les han hecho recibir el reconocimiento de los organismos de Salud de la comunidad Británica de Naciones.

Hemos ignorado la historia de la profesión cuyas raíces en Norteamérica han estado profundamente ligadas al desarrollo de las ciencias sociales y a las del comportamiento, sobre todo en la atención de los sectores generalmente más necesitados y excluidos, que han requerido de la intervención del trabajador social en el tratamiento de trastornos de la conducta.

El Trabajo Social, cuya vigencia depende de la capacidad para responder a los diferentes retos que la sociedad presenta, especialmente en el área de la salud mental, y que en la actualidad reclama urgentemente respuestas, aún es motivo de debate en algunos círculos de nuestra profesión, acerca de poner en práctica en Costa Rica los conocimientos y la larga experiencia metodológica que aporta el Trabajo Social Clínico en el tratamiento de problemas emocionales.

Especialmente nos referimos a los problemas emocionales que presentan poblaciones que son siempre y lo serán, aunque no exclusivamente, aquellas cuyas condiciones económicas y sociales les impiden tener acceso a tratamientos adecuados que les permitan adquirir una mayor comprensión de sus propios problemas y la mejor manera de aprender a superarlos, controlarlos para vivir una vida más satisfactoria.

Poblaciones meta cuyo bienestar y transformación de condiciones de vida constituyen una buena parte de la esencia del espíritu humanista y el porqué de la profesión.

Al inicio del siglo XXI, el trabajo social como profesión en Costa Rica, parece estar más consciente de sus pasados y entusiastas desvaríos ideológicos, aunque sin ignorar la compleja situación institucional y las diferentes coyunturas políticas e intereses, que se forjan en torno a la calidad de vida y condiciones de los sectores populares.

En relación con los programas y acciones sociales en nuestro sistema político y económico, consideramos que se debe encaminar a un ejercicio más realista y proactivo, conservando siempre una posición crítica, pero con mayor sentido de ubicación de la realidad, comprometiéndose en la búsqueda de los posibles y mejores aportes que la profesión pueda ofrecer.

¿Cómo se define en realidad el Trabajo Social Clínico?

Revisémoslo un poco desde la perspectiva histórica, con Guntrip (1969), un connotado teórico del relacionismo objetivo de influencia psicoanalítica; señalamos que el Trabajo Social Clínico se fundamenta en principios y teorías, considerando que todas las teorías sobre la naturaleza humana se ven influidas por el momento cultural, el prevaeciente clima intelectual y las ideas dominantes de su tiempo.

Los primeros años

En los inicios, el primer método de trabajo de intervención individual fue introducido por Mary Richmond con su clásico libro, *Diagnóstico social* (1917/2005), enfatizó los efectos del ambiente en el desarrollo de la personalidad del individuo, describe casos de las agencias de atención a niños, establecimientos médico psiquiátricos, y casos relativos a la atención de familias, presentando técnicas de investigación de las situaciones de cada uno de los casos.

El punto de vista de Richmond refleja la influencia de los desarrollos de la sociología en su período, el cual veía la personalidad como resultado de las experiencias sociales del individuo. La autora porta un comprensivo y concreto proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento a la práctica del trabajo social así como también, destaca la importancia de abordar las múltiples dimensiones de las interacciones sociales que contribuyen al funcionamiento social; incluye la importancia del contexto en la comprensión del impacto de otros roles familiares y sociales en el bienestar mental de la persona, la utilización de las fortalezas del cliente y la importancia de considerar las consecuencias de la interacción de la personalidad y su ambiente. También señala la objetividad y la empatía como elementos esenciales del proceso de la entrevista.

El libro de Richmond es considerado la primera base teórica del trabajo social individual y el inicio de la intervención clínica en trabajo social.

Después de la Primera Guerra Mundial

En la primera década después de la Primera Guerra Mundial, el trabajo social continúa su desarrollo recogiendo la influencia de las ideas de esa época, la influencia freudiana en adición a las teorías de Adler, Rank y Jung.

Discusiones en esa época acerca de los orígenes de la teoría psicoanalítica destacarán algunos de los aspectos sobresalientes de la teoría de Freud, sobre el enfoque metapsicológico que provee una teoría sobre el desarrollo humano, una teoría de la personalidad, de la psicología anormal y del tratamiento.

Conviene además recordar que en este enfoque teórico, tanto la naturaleza como la crianza se consideraron importantes en la formación de la personalidad. La comprensión y el tratamiento de los procesos intrapsíquicos, así como el determinismo psíquico y el enfoque del inconsciente.

En la práctica del trabajo social, la importancia de los hechos pasados que configuran el presente y la participación de la profesión en la salud mental, tienen sus raíces en un período de gran influencia de la teoría psicoanalítica.

En el período anterior, la psiquiatría era considerada un quehacer de prestigio. Los trabajadores sociales fueron integrados a los equipos de psiquiatras, brindando tratamiento a clientes, incluso con ingresos económicos, y no solo a los pobres.

El interés y involucimiento de trabajadores sociales desde antes de la postguerra, en el desarrollo y funcionamiento psicológico fue notable.

El foco de interés estuvo centrado primariamente en perspectivas económicas y sociológicas, configurando uno de los ejes de interés y de estudio de la profesión: -la acción social y comunitaria- en la cual Jane Addams marcó la pauta con uno de los elementos que imprimió una de las orientaciones de la actividad del trabajo social como profesión.

El otro eje -el del proceso de ayuda individual- es el que surge con la intervención psicosocial definida por Richmond (1917/2005), quien presentó el primer modelo de intervención, y cuyo marco conceptual ha resistido la prueba del tiempo como el primero en la práctica clínica en el trabajo social. Modelo en el que la autora introdujo como valores metodológicos la importancia de la empatía, la objetividad, la perspectiva del valor de las fortalezas del cliente, sustentando todo el proceso, incluida la evaluación y la intervención, sobre una sólida base teórico metodológica.

Ambos ejes constituyen los elementos clásicos del *continuum* del ejercicio profesional que posteriormente se complementara con la administración social.

El primero, que se venía gestando desde los inicios de la profesión, con los aportes del movimiento de Jane Addams (1892-1918) en beneficio de los sectores más necesitados de Chicago, y cuyos estudios del más puro perfil de investigación -acción- acerca de las condiciones sociales económicas y culturales de esos grupos, constituyeron un aporte a la investigación y el conocimiento de estos, constituidos por inmigrantes, los más deprimidos económica y socialmente en el estado de Illinois.

Estos estudios, considerados un importante aporte a la sociología norteamericana, le valieron el reconocimiento de la sociedad Americana de Sociología, que la incorporó como uno de sus miembros más distinguidos, invitándola repetidamente a formar parte de los más selectos docentes en sociología de la Universidad de Chicago, honor que ella siempre declinó por considerar que su actividad tenía otros fines: los de la contribución mediante la acción social al cambio de las condiciones de la sociedad. Con las investigaciones de las diferentes poblaciones de inmigrantes que estudió, convirtió su centro de *Hull House* en algo parecido a un laboratorio sociológico, lo mismo que pretendían algunos sociólogos (véase Deagan, 1990).

Las colaboradoras cercanas de su Programa en Chicago, se destacaron por la acción social y el rol que desempeñaron en la evolución de trabajo social psiquiátrico.

El segundo eje que define el ejercicio profesional, es el relativo al desarrollo del rol del trabajo social en la intervención para el tratamiento a poblaciones que enfrentaban múltiples trastornos emocionales, con repercusión en aspectos sociales y familiares.

Se inició con el reconocimiento del aporte de los trabajadores sociales psiquiátricos en salud mental, los que fueron también los iniciadores de las primeras escuelas de trabajo social en los Estados Unidos y los primeros en profesionalizar el trabajo social.

En ese *continuum* que es la acción profesional del trabajo social, como lo llama Laura Groshon, es importante destacar los notables aportes realizados desde el eje de la acción comunitaria a la psiquiatría: el movimiento en el que destacan trabajadores sociales como Julia Lathrop y Mary Mayer, quienes formaban parte del equipo de uno de los reconocidos padres de la psiquiatría norteamericana, el Dr. Mayer, y Mary Jarret simpatizante de los principios postulados por Mary Richmond, ambas discípulas de Jane Addams. Las dos primeras, en lo social impulsan la formación del Comité Nacional de Higiene Mental y llega, una de ellas, Lathrop, a desempeñarse como miembro de su Primera Junta Directiva, organización que se constituyó en el antecedente del movimiento moderno de salud mental y del actual Instituto Nacional de Salud Mental, y la otra, autora del primer currículo de enseñanza del trabajo social como profesión en América (véase Groshon, 2009).

Tan necesario y reconocido llegó a ser el desempeño de trabajadores sociales en esa área, que motivó a los directores de los hospitales psiquiátricos, a apoyar la apertura de Escuelas de Trabajo Social, dado los excelentes servicios de estos profesionales. Es entonces cuando se empie-

za a consolidar el perfil del trabajo social clínico.

Algunas de esas escuelas actualmente están ubicadas en las universidades más prestigiosas en los Estados Unidos, como la *School of Social and Health Work* de Pennsylvania, *Social Work School* en la Universidad de Columbia, o la *Social Work School* de la Universidad de Chicago.

El trabajo social clínico, con su antecedente de servicio en psiquiatría, aunado al liderazgo de Mary Jarret, se inicia en la academia con la formación de trabajadores sociales psiquiátricos, autora como hemos señalado, del primer *currículum* de estudios, que se inició en el *Smith College School for Social Work* (s.f.).

Ella postulaba que los procesos mentales internos eran los principales determinantes de la conducta, lo que influyó también en la perspectiva del cambio en la atención de casos; de las preocupaciones ambientales a los conflictos internos. Las deficiencias internas a menudo se vieron entonces como la causa de la miseria.

La profunda comprensión de los elementos metodológicos y la importancia de las teorías, constituyen la base del conocimiento de la clínica, y este conocimiento combinado con la autenticidad relacional constituyen el sello de la práctica clínica en el trabajo social.

Los defensores de la vigencia de la práctica clínica han puesto hincapié en que el trabajo social clínico implica liberar, apoyar y mejorar la capacidad de adaptación y funcionamiento de la gente, aumentando también la capacidad de respuesta del entorno físico y social a las necesidades de las personas.

En el contexto de la profesión, la Federación de Trabajadores Sociales Clínicos de Estados Unidos establece que los trabajadores sociales clínicos comparten, con los profesionales generalistas de trabajo social, el objetivo de mejora y mantenimiento del funcionamiento físico, psicológico y social de los individuos, familias

y los grupos, así como los valores y principios éticos.

Lo anterior, sin excluir el aporte en el cambio y transformación de las políticas de salud mental y desarrollo del mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, para los grupos más vulnerables de la sociedad.

La construcción metodológico-teórica de la clínica en trabajo social, influida por las corrientes de las ciencias sociales y de la conducta, sigue desarrollándose a través del tiempo.

El trabajo social clínico, al interior de la profesión como señalamos, continuó su desarrollo al interior de la misma disciplina, y a partir de la influencia de Mary Jarret, los trabajadores sociales comenzaron a valorar más los factores intrapsíquicos y a considerar también la importancia de la interacción con el medio ambiente.

Es interesante señalar que esta es una discusión que aún continúa en el ámbito de las ciencias de la conducta, en relación con la preponderancia de estos factores en la formación de la personalidad, tema que ha sido objeto de múltiples estudios e investigaciones, hoy ubicada en una perspectiva similar a la del trabajo social, considerando la inclusión del componente de la influencia ecológica como uno de los más importantes.

La emergencia de la perspectiva psicológico-psiquiátrica

La Conferencia Nacional de Trabajo Social, realizada en 1919, fue el escenario del punto de inflexión en la historia del trabajo social clínico en salud mental; Mary Jarret presentó una ponencia: *La Psiquiatría: El hilo conductor del trabajo social de Caso Individual*. Jarret señaló cómo la mitad de los casos presentados en el Social Diagnosis de Mary Richmond se caracterizaban por presentar problemas de índole psiquiátrica (véase Sands y Gellis, 2011). Con ese argumento, ella urgió entonces en la Conferencia, la necesidad de una mayor formación en psiquiatría por parte de los trabajadores sociales como un

requerimiento importante, no solo para aquellos especializados en trabajo social psiquiátrico.

Como Jarret, otros participantes en esta histórica conferencia, (Jessie Taft, Dr. Southar, Dr. Glueck), se hicieron eco de la promoción de la estudiosa sobre la perspectiva psiquiátrica.

Significativo es el hecho de que el siguiente libro de Mary Richmond, *What is Social Case Work? An Introductory Description*, apoyó la sugerencia y en él ponía énfasis en la dimensión psicológica más que en sus trabajos previos (véase Richmond, 1922).

La psiquiatría aparece como el hilo conductor del análisis en el trabajo social de casos, se argumentó entonces que ese hilo conductor de la psiquiatría constituía toda la urdimbre del tejido del trabajo social de caso individual (Sands y Gellis, 2011).

Se inicia aquí la emergencia de la perspectiva psicológica en el trabajo social clínico, como hemos señalado, apunta Sands en su libro (2012, p. 35):

Como observación adicional acerca del contenido, siguiendo a Guntrip, en los años veinte existía una corriente importante de seguidores de Freud, intelectuales y profesionales médicos, que también atrajo un grupo de trabajadores sociales, por un buen número de razones: a pesar de la propuesta científica del método de Mary Richmond, el trabajo social de casos científico, encontró como resultado de su aplicación con que muchos clientes no estaban respondiendo a ese enfoque que ella delineó. El psicoanálisis reconocía que las dinámicas inconscientes irracionales constituían fuerzas que resistían el tratamiento.

La influencia funcionalista en 1930

En la tercera década del siglo XX, sin embargo, el psicoanálisis era solo una de las tantas teorías que estaban en discusión

junto con la psicología del comportamiento, desarrollada por Watson y Thorndike.

En la década del 30 al 40, debido a la presión provocada por las necesidades creadas por el desempleo, durante la Gran Depresión, el Gobierno federal aceptó la necesidad de la creación de nuevas instituciones y programas de cuidado para las familias.

Los trabajadores sociales estuvieron activos en el desarrollo de estos centros. También empezaron a surgir instituciones públicas y privadas de salud mental, integradas por equipos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

Sin embargo, el desarrollo al interior de la profesión no estuvo ausente de discusiones. Hacia 1930, bajo el liderazgo de Jessie Taft y Virginia Robinson, trabajadoras sociales, seguidoras de la escuela funcionalista de la Universidad de Pennsylvania, se estableció una fuerte disputa y desafío a las ideas de la escuela freudiana, seguidoras de las ideas del modelo de Otto Rank, corriente que enfatizaba la importancia del tiempo presente.

Mientras que la escuela diagnóstica, basada en Nueva York estaba influenciada por las ideas de la teoría psicoanalítica que ponía énfasis en los procesos inconscientes, producto del pasado de la persona, para quienes fueran tratados a través de la atención de caso Individual.

El funcionalismo dominó la actividad del trabajo social clínico y los antecedentes fueron importantes, en la medida en que su influencia se extendió a la atención de los casos institucionales, muchos de carácter asistencial.

La atención de las personas en necesidad se caracteriza, entonces, por una atención de los problemas presentes, un énfasis en el tiempo de esa atención, la acción consciente, enmarcada en la función de la agencia y en la responsabilidad del cliente.

La influencia de esta dirección en el trabajo de casos ha caracterizado, hasta

nuestros días, la atención en el régimen institucional y ha marcado la pauta en la caracterización, especialmente del trabajo individual generalista.

Hacia finales de la década de los treinta, los trabajadores sociales habían extendido su campo de acción en la administración de los servicios públicos para veteranos, en los hospitales públicos y privados, en instituciones educacionales, en clínicas infantiles y hospitales públicos y privados, en programas privados de higiene mental, en programas estatales de atención de higiene mental, en programas de bienestar social y de familias. Las funciones variaban según el establecimiento.

Los trabajadores sociales psiquiátricos empleados en hospitales psiquiátricos trabajaban con los individuos y sus familias, incluyendo el tiempo de libertad condicional; promovían también el ajuste y los cambios ambientales en las comunidades y en la legislación

Los trabajadores sociales empleados en programas de adultos y en programas de niños desarrollaban funciones similares, principalmente como psicoterapeutas.

Los trabajadores sociales, empleados por el movimiento de higiene mental, comprometían a las comunidades en organizaciones y en el planeamiento de programas y recolección de la información que requerían para este proceso

La escuela diagnóstica 1940 -1941

La escuela diagnóstica, liderada por Gordon Hamilton, destacó el hecho de que todos los problemas tienen aspectos emocionales y sociales.

Hamilton acuñó el término psicosocial, el cual es ampliamente usado por los trabajadores sociales.

Hollis, una prominente educadora del trabajo social, propuso el uso del término de persona en situación, una perspectiva que es central en la práctica del trabajo social clínico, ya que incluye intervenciones en la esfera interpersonal, dinámicas

intrapsíquicas ,apoyos familiares y manejo de otras necesidades socioeconómicas.

Posteriormente, seguidores de la escuela diagnóstica usaron los conceptos de la psicología del ego, que contribuyó al trabajo social clínico definiendo los siguientes aspectos (véase Cooper and Granucci, 2011):

1. Un punto de vista optimista y humanista del ser humano y su potencial.
2. La consideración de la influencia de los factores socioculturales como claves en la conformación del comportamiento del cliente.
3. El tratamiento se enfoca en el cliente, en el análisis de sus problemas, las soluciones a partir de un análisis racional de las posibilidades, capacidades de ajuste y fortalezas.
4. Concibe el proceso de desarrollo como uno que se da a través de toda la vida.
5. Expande la noción del proceso de cambio individual como uno que incluye el dominio del aprendizaje correctivo, que integra también nuevas experiencias de relación y apoyo del medio ambiente, en lugar de solo la promoción de *insight*.
6. Mantiene la opinión de que es posible mejorar, mantener o modificar el funcionamiento, sin reconstruir las dificultades subyacentes en las personalidades de los clientes.

Aunque en el periodo anterior a la década de los cincuenta el trabajo social estaba dividido por diferentes puntos de vista, el enfoque psicosocial o diagnóstico prevaleció, asimilando algunas ideas de Freud como también del funcionalismo.

Cabe mencionar que la influencia del funcionalismo en el trabajo social generalista, aún permanece, sobre todo en los

marcos de acción de la atención institucional.

Durante el periodo de la Segunda Guerra Mundial, las experiencias derivadas de este evento elevaron la conciencia de la nación hacia los problemas de salud mental, y la necesidad de expandir servicios para los militares. De nuevo, los trabajadores sociales psiquiátricos tuvieron un rol central como psicoterapeutas. Las dificultades y problemas psiquiátricos experimentados por los soldados reclutados, quienes habían pasado las evaluaciones y test psicológicos, demostraron que aun los individuos saludables mentalmente podían presentar problemas mentales, debido al estrés producido por la guerra.

Durante la guerra, los servicios de trabajadores sociales psiquiátricos llegaron a ser como había sucedido en la primera guerra, parte de los servicios militares bajo responsabilidad federal.

En 1946 se aprueba el Acta Nacional de Salud Mental, en la cual el estado federal se hace cargo de la promoción de servicios para proveer salud mental.

Durante este periodo los trabajadores sociales extendieron sus roles en establecimientos de salud mental (Sands y Gellis, 2011).

Mientras eso ocurría, el interior del trabajo social, como disciplina profesional, estaba cambiando. Siguiendo la publicación de Ana Freud acerca del ego y los mecanismos de defensa, en esa misma fecha, en los Estados Unidos, un grupo de psiquiatras procedió a la revisión del psicoanálisis.

La psicología del ego que emergió fue más coincidente con el pensamiento de los trabajadores sociales, porque era menos determinista que el psicoanálisis de Freud y ponía más énfasis en la realidad y los procesos conscientes (véase Goldstein, 2010).

Pero sobre todo, la experiencia de este período llevó un mensaje de optimismo a

los trabajadores de caso individual, que comprendieron su importancia.

La experiencia de este período les ayudó a redescubrir esos recursos interiores que son parte de la herencia del carácter del hombre, y que el trabajo social individual siempre buscaba sintonizar. Fue una visión optimista en medio de la desesperación del período de la depresión.

Un aspecto fundamental de la teoría del ego es su concepción de la gente, más humanista, viendo el ser humano pleno de potencialidades.

Los postulados de la psicología del ego continuaron usándose para reenfocar el estudio y los procesos de evaluación y tratamiento (Cooper and Granucci, 2011):

1. Aquellos relativos a la persona y sus transacciones con su entorno. El aquí y ahora, y el grado en que él o ella enfrentan de manera efectiva las tareas que les demandan el cumplimiento de los roles de la vida y las tareas derivadas de estos.
2. La capacidad de ajuste del cliente, su autonomía funcional así como sus áreas libres de conflicto, sus déficits personales y sus mecanismos de defensa, como también sus patrones de conducta de desadaptación.
3. El análisis y valoración de cuestiones clave del desarrollo que afectan el funcionamiento actual del cliente.
4. El grado en que el medio ambiente crea obstáculos para el funcionamiento satisfactorio del cliente (véase Cooper y Granucci, 2011).

Sin embargo, no existe a la fecha un único enfoque en la formación de los trabajadores sociales. Todavía la escuela de Pennsylvania continúa enseñando el enfoque funcional.

A partir de los años cincuentas

Eventos internacionales y nacionales en salud mental en los Estados Unidos, las reformas paulatinas y el cambio del paradigma hacia la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos, y otras medidas como el establecimiento y expansión de clínicas comunitarias de salud mental; así como el apoyo económico y de servicios a aquellos grupos de enfermos mentales excluidos, incluyendo las comunidades y otros grupos vulnerables, allanaron la vía por la cual los trabajadores sociales estarían practicando la salud mental comunitaria.

Todos estos sucesos, provocados por el cambio de paradigma de la desinstitucionalización a la comunidad, demandó el establecimiento de una serie de recursos de tratamiento en las comunidades y estos crearon la necesidad de trabajadores sociales, los que además de conocer los recursos y el trabajo con comunidades, estaban capacitados para brindar tratamiento a esas poblaciones más vulnerables.

Durante todos los cambios, incluidos los de los últimos años sobre los derechos a cobertura de seguros para tratamientos a los enfermos mentales y adictos, los trabajadores sociales clínicos han continuado aplicando sus marcos conceptuales y las técnicas, que el desarrollo de la ciencia y administración de servicios humanos han producido, sin abandonar la concepción que ha caracterizado al trabajo social desde sus inicios.

La concepción biopsicosocial, interpretada como un modelo de salud integrador, en contraposición con los modelos de los conceptos que se oponen entre sí, como mente contra cuerpo, naturaleza contra crianza, etc., o el objetivo que describe la tradicional estrategia de identificar los aspectos psicológicos, sociales, y biológicos.

Estas estrategias, en opinión de Sands y Gellis (2011), han limitado la aplicabilidad de las medidas de salud mental en la actualidad.

Para dichos autores (p.49), una comprensión postmodernista de la conducta humana requiere de la comprensión de un modelo integrado de perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y ambientales.

El énfasis está en el interjuego entre ellos y la fusión de unos con los otros. Muy de acuerdo con los nuevos descubrimientos que han permitido identificar estructuras que prueban que la mente y el cuerpo son inseparables, que la psiquis es igual a soma y viceversa.

Más aún, que las mentes individuales y sus cuerpos están conectados y son parte de ambientes sociales que los sostienen o los abandonan, construyéndoles significados y designándoles cuáles responsabilidades son personales y cuáles pertenecen a otros.

De ahí que el concepto de salud integral biopsicosocial, se refiere al funcionamiento adaptativo que promueve, asiste y acompaña la habilidad de vivir fructíferamente en el ambiente social.

Salud es una meta positiva que depende de la biogenética, la psicología y los factores sociales, y que es mantenida por la apropiada nutrición, un ambiente saludable, condiciones políticas estables y un adecuado nivel de vida.

De acuerdo con esto, la psicopatología es vista como un disturbio en la integración biopsicosocial y que se manifiesta en las dificultades de adaptarse a las demandas del ambiente. La persona con una psicopatología tendrá dificultades con los procesos cognitivos, en la conducta adaptativa, en la expresión emocional, o en percibir las demandas del ambiente.

También puede tener síntomas de conducta inusual (o crisis de irracionalidad), o manifestar a través de exámenes de laboratorio signos de problemas de origen genético o estructural.

En resumen, la práctica actual en Trabajo Social Clínico en salud mental está

conformada por una perspectiva biopsicosocial holística e integradora.

De acuerdo con esto, ninguna dimensión, por sí sola, ya sea psicológica, biológica, o social determina la salud mental. Y el conocimiento y las teorías basadas en estas perspectivas influyen unas en otras y están interrelacionadas.

La salud física y la mental son vistas como metas positivas por conseguir. Las fortalezas y debilidades de los clientes son reconocidas y respetadas.

Hacia 1950, se da una explosión y proliferación de modelos de práctica, motivados por los nuevos conocimientos y descubrimientos en ciencias de la conducta, fundamentados en teorías procedentes de la sociología, la psicología social, economía y la ciencia política, que enriquecen el nivel macro de la práctica, en el nivel micro este periodo se caracteriza por el interés en la teoría de intervención en crisis, y teorías cognitivas, cercanas aliadas de la teoría del ego.

Sin embargo, surgen también otros modelos influidos por los enfoques psicodinámicos y nuevas aplicaciones en poblaciones específicas o problemas actualizados que afloran a la conciencia social, los movimientos feministas, los derechos de las minorías, la atención a los niños abusados o abandonados, los problemas asociados a la inmigración, el incremento de suicidios, adicciones y las diferentes formas y problemas que afectan la familia, y que nos son tan familiares en este comienzo del siglo XXI.

En la actualidad, los trabajadores sociales clínicos poseen una serie de instrumentos de diagnóstico e intervención, sustentados en los descubrimientos de las disciplinas relacionadas con las ciencias de la conducta y la psiquiatría. Sin embargo, autores como Munson (2001) postulan y aclaran que para el Trabajo Social Clínico, aunque por motivos de comunicación y comprensión, en la práctica clínica se use el DSM como criterio diagnóstico y se use el instrumental de las diferentes escuelas de terapia actuales, la psicoterapia es

una parte, pero no la totalidad del enfoque que los trabajadores sociales aplican.

La práctica clínica continua siendo consistente con el enfoque psicosocial ampliado que caracteriza el trabajo social.

Actualmente existe un poco de tensión y discusión en el Trabajo Social Clínico de orientación conservadora, respecto al uso de elementos comunes en salud mental, el del DSM5 como diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014), el que tiende a considerar los trastornos mentales como el resultado de la patología inherente a la evaluación clínica individual, mientras que el diagnóstico en la práctica de trabajo social se basa en el marco de riesgo y resiliencia biopsicosocial.

Conviene aclarar que el concepto biopsicosocial capta la compleja interacción de múltiples factores, psicológico, social, y los procesos biológicos que dan lugar a la aparición de trastornos

La evaluación de la capacidad de recuperación emocional o mental considera un balance entre los factores de riesgo y los factores de protección que interactúan, para determinar la resiliencia o propensión de un individuo o la capacidad de funcionar de forma adaptativa, a pesar de los acontecimientos estresantes de la vida (Corcoran, 2001).

Aunque la resiliencia ha sido definida de diferentes maneras, se refiere a la capacidad de una persona para hacer frente a sus propios problemas, superar los obstáculos y no ceder a la presión, independientemente de la situación. Es la capacidad de un individuo para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas (American Psychological Association, 2014).

El énfasis biopsicosocial expande el enfoque más allá del individuo, hacia un reconocimiento de los factores sistémicos que pueden crear o aminorar los problemas.

En la pasada década existió la tendencia de evaluar la práctica basada en la evidencia de los resultados; esta tendencia ha envuelto también al Trabajo Social Clínico, así como también a las otras disciplinas que participan en el área de la salud mental, brindando servicios de tratamiento. Esto incluye la autoevaluación del resultado, del uso de ciertos instrumentos y el costo de la intervención en la atención que se brinda al cliente.

Estos elementos constituyen prácticas comunes en los sistemas de administración técnica de la salud mental, e implican evaluaciones de los resultados de las técnicas empleadas y la acción en nuestro caso, del trabajador social como terapeuta.

El panorama de salud mental en Latinoamérica

Ahora bien, siendo el trabajo social un producto contextual, que responde a las necesidades sociales y a las influencias científicas del momento, como tal debe prepararse para responder, con la capacidad que le es propia como disciplina científica, a uno de los mayores retos que enfrenta la sociedad actual y del que no están exentas las sociedades latinoamericanas, la prevención y el tratamiento de problemas de salud mental.

Internacionalmente, organismos como la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud, han estado tratando de advertir y promover un nuevo enfoque hacia la salud mental.

Desde los años setentas esta entidad promovió a nivel de especialistas latinoamericanos un interés por el tratamiento, en aquel entonces del alcoholismo, actualmente en general de las adicciones y los trastornos comunes de conducta.

En 1976, la OPS distinguió a Costa Rica como centro de capacitación en tratamiento de alcoholismo, en reconocimiento al éxito del modelo desarrollado, en ese tiempo por la trabajadora social Dra. Irma Morales, fundadora de lo que inicialmente

te fue La Comisión Sobre Alcoholismo, hoy IAFA, y en el cual, valga la ocasión, para señalar que los trabajadores sociales desempeñaron el trabajo terapéutico, con individuos, grupos, parejas y lo extendieron hasta sitios de trabajo, cuando el uso y abuso de licor afectaba todo un grupo laboral (Comunicación personal).

Un campo de acción donde los trabajadores sociales desarrollaron una excelente labor en la intervención clínica y en la prevención y educación comunitarias. Sin embargo, ya desde ese tiempo el Dr. José Horwits, asesor de la Oficina Panamericana de la Salud, en Salud Mental para América Latina, mostraba su preocupación por la limitación de los modelos existentes de tratamiento en salud mental y se pronunciaba por un cambio en el modelo asilar, así como una integración y capacitación de todas las disciplinas, en la prevención y tratamiento en problemas de salud mental, un fenómeno que se adivinaba en crescendo para las próximas décadas (Horwits, Comunicación personal).

Un problema en especial fue que la explosión de las adicciones empezaba a preocupar a algunos profesionales, acerca de lo cual, en 1980 en Washington en un seminario para profesionales latinoamericanos, al que asistimos, escuchamos una reveladora exposición del Dr. Saul Pacurucu, de Bolivia, *El aumento del consumo de drogas, el narcotráfico y el futuro impacto en la salud mental de la región Latinoamericana* en relación con el fenómeno que despertaba y que decía, las autoridades de salud de su país y de Latinoamérica parecían ignorar, cuando era un fenómeno que iba a afectar la salud mental y social de todo el continente (Pacurucu, Comunicación personal).

Esta línea de pensamiento acerca del cambio del modelo de salud mental, se continuó con el Dr. René González Uzcategui, sucesor del Dr. Horwits, hasta culminar con la declaración de Caracas en 1990, que llamó a los países participantes a realizar reformas legislativas, para promover los derechos de las personas con enfermedades psíquicas y a reestructurar el cuida-

do psiquiátrico hacia servicios comunitarios. Llamó la atención hacia el cambio de la atención de problemas de salud mental por los modelos centrados en los hospitales psiquiátricos hacia el tratamiento comunitario, y a la necesidad de capacitar a los profesionales en la atención de los problemas de salud mental (Conferencia de Caracas, 1990).

Según la OPS, existe una amplia brecha entre quienes necesitan cuidados de salud mental y aquellos que la reciben. Un reporte del Asesor Principal en Salud Mental de la OPS (Rodríguez, 2011), señala que en la región, entre el 60 y el 65% de las personas que sufren problemas de salud mental, no están recibiendo ningún tipo de cuidado de parte de los servicios de salud. Kohn y colaboradores, en la Revista Panamericana de Salud Pública 2005, en su artículo *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*, concuerdan en que,

la creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina y el Caribe es demasiado grande para hacer caso omiso de ella. Por lo tanto, es una necesidad impostergable conocer la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento, que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y las de las personas que han sido tratadas, que en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces. Si se dispone de mayor información, se hace más factible:

1. Abogar mejor por los intereses de las personas que necesitan atención
2. Adoptar políticas más eficaces
3. Formular programas de intervención innovadores
4. Adjudicar recursos en conformidad con las necesidades observadas

(véase Kohn, Levav, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo, et al., 2005).

El futuro del Trabajo Social Clínico y las poblaciones prioritarias para una intervención en salud mental en Costa Rica

Las nuevas formas de desarrollo económico de las sociedades actuales en la era de la tecnología, la información, el consumo y la globalización, han provocado un desencadenamiento de factores condicionantes del estilo de vida actual. Costa Rica no ha escapado a esa influencia, que observamos en la constitución de las relaciones personales, familiares y sociales y que, desde nuestro punto de vista, exige nuevas formas de ajuste y aprendizaje, así como la superación de formas de conducta culturalmente asociadas al modo de ser costarricense, que influyen negativamente en la salud emocional de la sociedad en su conjunto. El desarrollo de las comunicaciones y la divulgación científica ha despertado la conciencia sobre la necesidad de abordar una serie de problemas, que antaño pasaban inadvertidos, las condiciones de vida y las presiones han evidenciado otros que se han multiplicado, sin que se implemente un abordaje adecuado.

De acuerdo con informes de la CCSS del 2014 en Costa Rica también se ha experimentado una explosión de trastornos de salud mental, un alarmante incremento del número de suicidios y hechos de violencia intrafamiliar, lamentables algunos, que han trascendido a la opinión pública y que evidencian la gravedad del problema de los trastornos mentales, y la ausencia de mecanismos preventivos de detección temprana en diferentes ámbitos, escolar, colegial, laboral, familiar y público. Nos referimos, por ejemplo, al asesinato de una directora de colegio por un estudiante, o el elevado número de casos de niños agredidos, o a las 2000 consultas de adolescentes usuarios de drogas desde los doce años, reportados por las autoridades de Salud (véase Barrantes, agosto 2014).

Costa Rica dedica solamente un 3% del presupuesto al rubro de salud mental,

sin embargo, la inversión en camas –hospital para el tratamiento de crisis provocadas por trastornos de salud mental en el sistema hospitalario, aunado al costo de las incapacidades medicas es realmente significativo (Incapacidades, La Nación, agosto 2013).

El alarmante aumento de suicidios, violencia intrafamiliar, sucesos de agresión y abuso infantil son solo síntomas de un lado enfermo de la sociedad costarricense.

La ingesta de drogas en los hogares de familias de comunidades rurales y urbano marginales, que crece cada día, es un fenómeno alarmante, por las consecuencias y por la familiarización de los niños, quienes llegan a ver la droga como algo natural en sus hogares, desde que sus hermanos mayores, muchos de los cuales van a recoger a los hermanos menores a la escuela, van fumando droga a la vista y paciencia de la comunidad, según observaciones del informe del grupo de Práctica Profesional de Trabajo Social de la Universidad Latina en el cantón de Aserri (Escuela de Trabajo Social, 2014).

Sin embargo, no solo las comunidades urbano marginales se ven afectadas por problemas de salud mental y son a menudo subdiagnosticadas, como los numerosos casos de depresión y ansiedad crónicos que se diagnostican como estrés y se tratan con incapacidades de meses, cuyo ejemplo en números y costos ha reseñado ampliamente el periódico *La Nación*, recientemente. O los ataques de ansiedad, por señalar un ejemplo, que sufren trabajadores sin acceso a servicios de salud, sin poder pagar un tratamiento de salud mental, como el taxista que conocimos, que se detuvo en el camino, sudoroso presa de un ataque de ansiedad, y que narró que no puede pagar un terapeuta, y que únicamente solo recibe las pastillas que le da una doctora de medicina general en su barrio, reconociendo que eso no era suficiente para superar sus síntomas, y que aún siendo bilingüe, no puede acceder a trabajos mejor remunerados, porque no puede trabajar en espacios cerrados debido a que sus ataques de ansiedad

se agravan. O el caso de un Jefe de un Departamento de una institución estatal, que nos dijo tener seis meses de incapacidad debido a que padecía de depresión y ansiedad, y que su médico general le daba solo pastillas para dormir ya que padecía de *estrés* y que, irónicamente, fue la otorrinolaringóloga la que le receto serotonina, medicamento que le estaba ayudando a sobrellevar sus padecimientos. Sin embargo, este hombre no estaba recibiendo ningún tratamiento que asegurara su recuperación con el consiguiente deterioro personal y laboral. En nuestro país, la depresión es el padecimiento mental más importante y, sobre todo, lo sufren más las mujeres, al igual que en el resto del mundo. La depresión también es la primera causa de ausentismo laboral.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tramitó 17.650 incapacidades en el 2013, con un costo de $\text{¢}1.658$ millones. Cuatrocientos empleados del MEP cobraron en seis años $\text{¢}9.500$ millones en incapacidades, si a ello se suma el porcentaje de la incapacidad que debe complementar la Caja, tenemos que el total asciende a más de 26 000 millones de colones.

El 48% de 400 casos analizados en el Ministerio de Educación Pública, son de psiquiatría; esto significa depresión, ansiedad, trastornos afectivos y trastornos de adaptación, y eso tiene mucha relación cuando hicimos el análisis de las incapacidades totales del MEP, donde el 39% de todos los pacientes incapacitados en el 2012, fueron por trastornos de psiquiatría. Según datos del Ministerio de Salud, el año pasado se produjeron 41.675 episodios depresivos, 74% de ellos en mujeres. Esta característica tiene amplias consecuencias para la vida familiar, tanto desde un punto de vista económico como del rol trascendental que juegan madres, abuelas y cuidadoras en nuestra sociedad. Los eventos son recurrentes, pueden presentarse varias veces al año y en cada caso incapacitan a la persona por casi una semana (Rodríguez, 2015).

Dada la dimensión de los problemas, surge la necesidad de cambiar el modelo de intervención en salud mental por uno que garantice un tratamiento integral en vista de las necesidades y condiciones psicosociales.

El análisis de los problemas de salud mental de áreas urbanas, muestra coincidencias con lo encontrado también en población rural.

En ambas la salud mental, lejos de constituir un factor secundario frente a otras problemáticas de salud, es parte integral de la salud y debiera considerarse en los programas de intervención. Sumado a lo anterior, es importante señalar la importancia que el aporte del trabajo social clínico puede dar al país a través del establecimiento de servicios comunitarios, ya que según declaraciones de personas del Ministerio de Salud en *La Nación* de junio 2013, existe un médico psiquiatra o psicólogo para cada 80.000 personas, y de ese número los más desprotegidos son los de más limitados ingresos. En las poblaciones urbano marginales, con un contingente grande de inmigrantes, además del desempleo, la ausencia de capacitación laboral, el desarraigo, en términos de la pérdida de la cultura de referencia y la consecuente pérdida de redes sociales de ayuda y de sostén, así como la escasez de opciones recreativas y de uso del tiempo libre, la intervención en salud mental reviste características de urgencia.

Todos estos factores también constituyen elementos por considerar que podrían explicar los padecimientos más referidos por la comunidad, como el consumo de alcohol, la violencia intrafamiliar, las adicciones y la depresión que, en la mayoría de los casos, no tienen seguimiento en un programa de tratamiento integral de salud mental.

Como se observa, al abordar la salud mental es ineludible hacer referencia a las variables macro estructurales como la pobreza y la ausencia de capacitación para el empleo, sumado a la alta tasa de

desempleo, un 9% según un artículo titulado El desempleo elevó la tasa de presión laboral durante el 2014 del periódico *El financiero*, del 6 de octubre de 2014, que además de consideraciones de género, son variables que surgen al acercarse y dialogar con poblaciones marginales donde los entrevistados aluden al contexto socioeconómico como fuente de malestar, de manera que la satisfacción de las necesidades básicas, constituye un componente importante de la salud mental La población de las áreas urbanas marginales, vulnerable por las precarias condiciones desde las cuales desempeñan sus actividades laborales en situaciones de incertidumbre económica, se ubican principalmente dentro del sector informal, sin prestaciones de ninguna especie y de carácter eventual en la mayoría de los casos (Escuela de Trabajo Social, 2014).

Mención especial merece la población de adultos mayores, un grupo que va en aumento, cuyas necesidades de tratamiento y prevención de la salud mental se hacen cada vez más evidentes. Así como también la sensibilización y educación del público en general, acerca de las necesidades de estas poblaciones, la prevención del abuso en la población adulta mayor y la necesidad de promoción de prácticas de uso del tiempo libre.

Poblaciones que son posible sujeto de intervención del Trabajo Social Clínico en Costa Rica

Las nuevas formas de desarrollo económico de las sociedades actuales en la era de la tecnología, la información, el consumo y la globalización, han provocado un desencadenamiento de factores condicionantes del estilo de vida actual, cuya influencia en la constitución de las relaciones personales, familiares y sociales, exige nuevas formas de ajuste y aprendizaje, así como la superación de formas de conducta culturalmente asociadas al modo de ser costarricense, que influyen negativamente en la salud emocional de la sociedad en su conjunto.

El desarrollo de las comunicaciones y la divulgación científica ha despertado la

conciencia sobre la necesidad de abordar una serie de problemas que antaño pasaban inadvertidos, las condiciones de vida y las presiones han evidenciado otros que se han multiplicado, sin que se implemente un abordaje adecuado.

Internacionalmente, organismos como la Oficina Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, han estado tratando de advertir y promover un nuevo enfoque hacia la salud mental.

Como hemos señalado, el Trabajo Social Clínico, no ha sido ajeno a la actividad del trabajo social en el país, desde 1959, con la ya mencionada participación directa en el tratamiento del alcoholismo, los trabajadores sociales empezaron a desempeñar un rol terapéutico, con mucho éxito, lo cual le valió el reconocimiento de la misma Oficina Panamericana de la Salud en 1976.

Actualmente, en el marco de las instituciones que atienden niñez, problemas de adolescencia y violencia intrafamiliar, se brindan, parcialmente, servicios de intervención de carácter terapéutico, socioeducativo, individual o de grupo (Escuela de Trabajo Social, 2014).

Sin embargo, el encuentro con estas realidades nos lleva a la necesidad de contar con servicios integrales de salud mental en las comunidades, el principal reto para una respuesta comprometida y eficaz del trabajo social clínico en beneficio de nuestras comunidades

No obstante el deseo de brindar una respuesta del trabajo social a las necesidades que enfrenta la sociedad costarricense, en el área de salud mental, y en el tratamiento de trastornos comunes en salud mental, este constituye un desafío profesional y ético, que nos obliga a introducir cambios que refuercen el desempeño clínico del trabajo social; por ejemplo, una profundización en el dominio de la aplicación de técnicas terapéuticas y una clara comprensión del diagnóstico clínico, elaborado en el marco de la acción del trabajo social. De igual manera, importa la especialización en el tratamiento de

trastornos de poblaciones específicas, como la población trabajadora, donde la depresión aparece como una de las mayores causas de incapacidad. Uno de cada cinco empleados padece un trastorno mental que debe ser tratado. Esto sin olvidar también los trastornos de la población adulta mayor.

Como se ha señalado, la población adulta mayor en Costa Rica no es, en este momento, un problema social prioritario, Costa Rica enfrentará desafíos sociales y económicos, debido a la rapidez del envejecimiento de la población, en las primeras décadas del siglo XXI.

Un estudio elaborado por la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (Ramírez, 2002), señala que una cuarta parte de los hogares costarricenses tienen en su seno, al menos, un anciano o anciana. Una tercera parte de ancianos viven en, forma autónoma, en su propia vivienda. La mitad vive en hogares extendidos intergeneracionales.

El envejecimiento demográfico se acelerará en las próximas décadas. Actualmente este segmento poblacional, que representa el 8%, se duplicará proporcionalmente en tan solo veinticinco años y representará poco más de la cuarta parte de la población del país para el 2050. El envejecimiento interno de la población de 60 años y más es también acelerado. En el año 2000 una de cada siete personas de edad alcanzaba la cuarta edad, para el 2050 se espera que sea una de cada cuatro.

Una mayor cantidad de familias albergarán personas de edad en su seno, lo que implica cambios en los esquemas familiares por la atención demandada. En los últimos veintisiete años, poco más de una quinta parte de los hogares costarricenses (23%) tienen presencia de personas de edad. Mayoritariamente se da la presencia de solo una persona adulta mayor, y es una situación que viene en descenso entre los censos analizados. Hogares con solo personas de edad prácticamente se duplicaron en el periodo, representando el 6% de la totalidad de hogares del país

en el año 2000. El segmento poblacional en la cuarta edad representaba el 15% del total de las personas de edad para el 2000, y tan solo un 4,3% de los hogares tenían personas en esas edades, mayoritariamente solo una persona de adulta mayor (Ramírez, 2002).

Esta situación difiere bastante para el segmento de edad 60 a 79 años, pues en uno de cada cinco hogares hay presencia de ellos y en dos, de cada siete conviven dos simultáneamente.

Uno de los factores que inciden en la calidad de vida de las personas de edad es la posición jerárquica ocupada en el hogar.

Mayoritariamente se les sigue identificando como jefes de familia o cónyuges a las personas de edad, lo que muestra una tendencia en ascenso en el período de estudio. Esta condición es más favorable para los ancianos que para las ancianas.

Evidentemente, esta condición declina con la edad, pese a que para todos los grupos es mucho más favorable en el censo del 2000, para ambos sexos.

La proporción de ancianas conviviendo sin pareja duplica a los ancianos, para casi todos los grupos de edad.

El envejecimiento de la población impacta la organización de las familias por la necesidad de llegar a arreglos de convivencia.

La constitución de hogares multigeneracionales generan solidaridad en dos vías: de las generaciones más jóvenes hacia las personas adultas mayores y viceversa.

En el 2000, cinco de cada siete personas adultas mayores convivían en hogares de este tipo. Sin embargo, esa proporción presentó un descenso importante en el período de estudio. Relacionando la convivencia de personas de edad con otros miembros del hogar, se encontró en este estudio a que hacemos referencia que los hogares con solo ancianos casi se du-

plicaron porcentualmente en el período de estudio, respaldado por un crecimiento porcentual de los hogares autónomos conyugales en mayor medida y de un crecimiento más leve de los unipersonales.

Los hogares con presencia de personas de edad donde estos representan mayoría y donde se igualan en número con miembros de otras generaciones, se incrementan proporcionalmente en el período de estudio; consecuentemente, se da una disminución apreciable y consistente de aquellos hogares en los que las personas adultas mayores representan minoría (Ramírez, 2002).

Continuando con la información de este estudio, se evidencia la solidaridad de las personas adultas mayores hacia las generaciones más jóvenes que albergan en los hogares que han formado. Los arreglos de convivencia definidos consideraron la relación con el jefe de familia, total de miembros en el hogar, hijos e hijas solteras y otros miembros residiendo en el hogar. Una reagrupación en cuatro categorías de convivencia muestra que los hogares autónomos (con solo ancianos) y los extendidos representan proporciones mayoritarias y parecidas (31%). La opción menos frecuente fue la dependiente (18% en el 2000) y uno de cada cinco todavía convivía en un hogar de tipo nuclear. El paso a la cuarta edad implica cambios en el arreglo de convivencia, y se incrementan en forma bastante amplia los arreglos dependientes.

Esta situación es mucho más evidente en las ancianas que en los ancianos, pues prácticamente la mitad de ellas conviven en arreglos dependientes y tan solo uno de cada tres ancianos así lo hacen.

La investigación de Ramírez de la Escuela de Estadística, de la Universidad de Costa Rica, cuya información hemos tomado de referencia, señala los arreglos de convivencia, sin embargo, está lejos de considerar la relación entre las variables emocionales y la condición de convivencia.

En esta edad es común la depresión, el temor al desamparo, las dificultades para adaptarse a nuevos roles, ajustarse a nuevas condiciones de vida, la pérdida de relaciones de pareja, la soledad, el aislamiento y la percepción cultural que provocan en la persona adulta mayor una orientación hacia la destrucción de la autoestima, sentir que su vida carece de futuro y de nuevas posibilidades, son elementos que contribuyen a acentuar la situación de dependencia y depresión a que es sometida la persona adulta mayor. La necesidad de prevención (y tratamiento) del deterioro emocional y mental del adulto mayor, constituye un campo interesante de intervención futura del Trabajo Social Clínico.

Violencia intrafamiliar

La magnitud de la violencia en contra de las mujeres, los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes:

Un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual); la exposición al maltrato infantil (autores y víctimas); la experiencia de violencia familiar (autores y víctimas); el trastorno de personalidad antisocial (autores); el uso nocivo del alcohol (autores y víctimas); el hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores); las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas). La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos, a corto y a largo plazo, reportando un elevado costo económico y social. La violencia contra la mujer puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio. Asimismo, puede producir lesiones, y el 42% de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren alguna lesión a consecuencia

de dicha violencia (PAHO, Panamerican Health Organization, 2013). La violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH.

El análisis de 2013 reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales tienen una probabilidad, 1,5 veces mayor, de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH en algunas regiones, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia de pareja. Por otra parte, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos. La violencia en la pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. Estas formas de violencia pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio.

En el mencionado estudio se observó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tenían casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida. La tasa fue aún mayor en las que habían sufrido violencia sexual por terceros. Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.

La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida. Asimismo, se asocia a la comisión (en el hombre) y el padecimiento (en la mujer) de actos de violencia, aunque estos hechos afectan ambos sexos, como lo atestiguan víctimas, esta vez hombres, en un doloroso artículo testimonial en *La Nación* del 2 de noviembre de 2014, en el que se señala que seis hombres son violados cada mes en Costa Rica, un hecho que como afirma Alan Moreno, Jefe del Departamento de Medicina

Legal de la medicatura forense, "Son números altos para un problema que ante la sociedad no existe; claro, son números bajos en comparación con los muchos casos que están sin denunciar en la calle".

Repercusión en los niños

Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida. Los niños víctimas de abusos sexuales son sobrevivientes de uno de los ataques más devastadores, como apunta Engel (1990). Es una cadena, que nuestra sociedad, que aspira a ser sana mentalmente, tiene que aceptar en su existencia y frecuencia, sobre todo, por las repercusiones que tiene en la vida emocional del individuo y de la familia costarricense.

La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de cinco años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).

La violencia dentro de la familia es la más silenciada, menos denunciada y, por lo tanto, no se cuenta con información estadística completa.

El maltrato físico y emocional, el abuso sexual, el abandono y la negligencia se producen en el entorno familiar, por parte de padres, madres, cuidadores y otras personas cercanas. Entre los factores que inciden de manera importante en la violencia al interior de la familia, se destaca el hecho de ser testigos de escenas agresivas, en particular, peleas entre padres y violencia contra las mujeres y los matrimonios precoces.

Las principales formas de violencia hacia los niños en la región son: el castigo físico como una forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica. Según las estimaciones disponibles, cada año más de seis millones de niños/as sufren abuso severo en los países de la región, y más de 80,000 mueren

a causa de la violencia doméstica (PAHO, Panamerican Health Organization, 2013).

El abordaje preventivo o terapéutico del Trabajo Social Clínico, constituye un área de gran interés, y, posibilidades de una contribución valiosa de carácter profesional, especialmente en áreas populares o urbano marginales; aunque la violencia intrafamiliar y el abuso de los niños se da en todos los estratos sociales.

Las depresiones, el desempleo, las presiones de carácter económico afectan la vida de las personas y sus familias, son la fuente de serias situaciones que dañan la familia y el entorno comunitario, y se traducen en violencia e intentos de suicidio.

Conclusión

La realidad de la salud mental en Costa Rica seduce e invita al Trabajo Social a desarrollar experiencias en el área de Salud Mental Comunitaria, aplicando la metodología y el enfoque propio del Trabajo Social Clínico, invitando a otras disciplinas a participar de la creación de modelos de intervención de salud comunitaria para brindar servicios de prevención y tratamiento, en el caso del Trabajo Social a los sectores populares, especialmente a los urbano marginales.

En la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Latina estamos dando los primeros pasos en la construcción de este tipo de modelos comunitarios, de provisión de servicios de salud mental, una tarea nada fácil pero que acometemos con entusiasmo porque somos conscientes de la necesidad que existe, aunque sabemos que construir en lo social implica orquestar voluntades, desarrollar capacitación, movilización de recursos y mantener una buena dosis de optimismo, solo alimentada por la experiencia y la meta de elaborar una respuesta que la realidad nacional reclama.

Por último, un mensaje para el novel trabajador social que se anima a adentrarse en este sendero de ayuda al ser humano y contribuir al rescate de la noble actividad de la clínica en trabajo social,

con esa visión actualizada, integral e integradora propia del trabajo social como profesión que promovemos desde nuestra Universidad.

El trabajador social que asume una práctica postmodernista de Trabajo Social Clínico, debe aspirar a mantenerse al día en el desarrollo de las ciencias biológicas, las ciencias sociales y del comportamiento, así como en la farmacología y la investigación epidemiológica, pero siempre con una actitud sensitiva a los contextos en los cuales los hallazgos aplican o no aplican. Ella o él se familiarizarán con las investigaciones sobre mejores y más efectivas prácticas de intervención clínica en trabajo social.

Siempre a la expectativa de aplicar lo mejor de su práctica de intervención para dar respuesta a las necesidades del cliente. Estará siempre atento a las expresiones, significados y vías en las cuales al cliente se le facilita trabajar consigo mismo para superar y sanar sus problemas de salud mental.

El trabajador social clínico se familiarizará con las categorías de clasificación de trastornos descrita en el Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM, entendiendo que la clasificación no es la esencia de su acción pero sí es importante para la comunicación interdisciplinaria y la terapéutica en salud mental.

Será capaz de movilizar aquellos recursos comunitarios necesarios para la recuperación de su cliente.

Un trabajador social clínico actualizado y postmodernista construye, con arte y ciencia, su práctica para ayudar a sus clientes a valorar lo que realmente tiene significado para ellos.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5th*. Chicago, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2014). *The Road to Resilience*. Recuperado desde: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Barrantes, A. (agosto, 2014). 2000 adolescentes requieren atención por drogas cada año. *La Nación*. San José, Costa Rica.
- Conferencia de Caracas (1990). *Informe final*. Washington, Estados Unidos: Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Cooper, M. G. y J. Granucci (2011). *Clinical Social Work Practice*. Boston, Massachusetts, Estados Unidos: Allyn Bacon.
- Corcoran, J. (2001). *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford Press.
- Deagan, M. J. (1990). *Jane Adams and the Men the Chicago School (1892-1918)*. New Brunswick, Nueva Jersey, Estados Unidos: Transactions Publishers.
- El desempleo elevó la tasa de presión laboral durante el 2014. (6 octubre 2014). *El Financiero*. San José, Costa Rica.
- Engel, B. (1990). *El derecho a la inocencia*. Nueva York, Estados Unidos: Random House Publishing Group.
- Escuela de Trabajo Social (2014). *Reportes de información diagnóstica del área de Pavas*. Práctica de Comunidad de Trabajo Social, Universidad Latina de Costa Rica. Material en archivo, no publicado.
- Existe un médico psiquiatra o psicólogo para cada 80.000 personas. Declaración

- ciones de la Viceministra Sissy Castillo. (junio, 2013). *La Nación*. San José, Costa Rica
- Goldstein, E. (2010). *Ego Psychology and Social Work Practice* (3a. ed.). Nueva York, Estados Unidos: The Free Press.
- Groshon, L. (2009). *Clinical Social Work Practice and Regulation: An Overview*. Lanham, Maryland, Estados Unidos: University Press of America.
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid Phenomena Object Relations and the Self*. Nueva York, Estados Unidos: International University Press.
- Incapacidades. (agosto, 2013). *La Nación*. San José, Costa Rica.
- Kohn, R.; Levav, I.; Caldas, J.M.; Vicente, B.; Andrade, L.; Caraveo, A.; et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5).
- Munson, C. (2001). *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. Nueva York, Estados Unidos: The Haworth Social Work Press.
- Panamerican Health Organization (PAHO). (2013). *An Overview Violence in Latin America and the Caribbean: A Framework for Action*. PAHO: Technical Study Sustainable Development Department.
- Ramírez, O. (2002). *Convivencia de la población adulta mayor 2002*. San Pedro, Costa Rica: Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica.
- Richmond, M. (1917/2005). *Diagnóstico social*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Richmond, M. (1922). *What is Social Case Work? An Introductory Description*. Nueva York, Estados Unidos: Russell Sage Foundation.
- Rodríguez I. (marzo 2015). 50% de los trabajadores sufre colapso emocional alguno. *La Nación*. San José, Costa Rica.
- Rodríguez, J. (2011). *Informe del asesor principal en salud mental de la OPS*. Publicaciones de OPS, en línea. Recuperado desde: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf
- Saari, C. (1991). *The Creation of Meaning in Clinical Social Work*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Sands, R. (2012). *Clinical Social Work Practice*. Pennsylvania, Estados Unidos: University of Pennsylvania.
- Sands, R. y D. Gellis (2011). *Clinical Social Work Practice in Behavioral Mental Health*. Boston, Massachusetts, Estados Unidos: Allyn and Bacon.
- Seis hombres son violados cada mes en Costa Rica. (2 noviembre 2014). *La Nación*. San José, Costa Rica.
- Smith College School for Social Work (s.f.). *History of the School*. Recuperado desde: http://smith.edu/ssw/about_history.php
- Recibido: 18 de noviembre de 2014
Reenviado: 03 de marzo de 2015
Aceptado: 20 de marzo de 2015