

ARTÍCULO CIENTÍFICO TRABAJO DE GRADO

1. Título / Autoría

“Nivel de conocimiento sobre Trabajo social clínico en profesionales de la salud, de la región de Antofagasta”.

Marisela Flores Araya. Estudiante candidata al Magíster en Trabajo Social Clínico de la Universidad de Valparaíso, marisela.flores@postgrado.uv.cl

2. Resumen y Palabras Claves

El objetivo del presente artículo es Conocer el nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico (TSC) y la valoración de su contribución potencial, así como barreras institucionales para su implementación, en profesionales de la red pública de salud de la región de Antofagasta (Chile). El método es un estudio cuantitativo, no experimental, transeccional, de alcance descriptivo–exploratorio, mediante encuesta autoaplicada en línea. La población estudio fue de 104 profesionales de distintos dispositivos del sistema público. Se efectuó análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes) y análisis bivariado (χ^2 de independencia y correlación de Pearson), con $p < .05$, como resultados arrojó que el 66,3% había oído hablar del TSC; la mayoría reconoció que requiere formación especializada (89,4%) y que promueve coordinación interprofesional (90,4%). Se evidenciaron ambigüedades, como el de acompañamiento social administrativo: 26,0% de acuerdo y 26,9% “no sabe”. La percepción de contribución clínica fue favorable asociada a la colaboración interdisciplinaria, enfoque biopsicosocial y calidad de atención psicosocial. Se determinaron barreras institucionales, como el desconocimiento del TSC en directivos/equipos (63,5%), rotación de personal (63,5%) y dificultades de coordinación intersectorial (61,5%), junto a bajo reconocimiento formal del rol (31,7%) y escaso apoyo directivo (15,4%). En los resultados bivariados, las asociaciones relevantes se reunieron en factores institucionales. Conclusión: Se da una valoración positiva del TSC, pero su integración requiere clarificación del rol, formación/supervisión sistemática y soporte organizacional, especialmente en APS.

Palabras clave: Trabajo Social; Salud Pública; Atención Primaria de Salud

3. Introducción

El Trabajo Social Clínico tiene sus orígenes a inicios del siglo XX en Estados Unidos, vinculado a la intervención de trabajadores sociales en hospitales, servicios de salud mental y programas de atención psicosocial, lo que conllevó a su consolidación como un campo de especialización, evidenciando que en las últimas décadas ha resurgido como un campo profesional especializado, centrado en la intervención mediante procesos terapéuticos relacionales e intersubjetivos, lo que responde a la necesidad de abordar las dimensiones emocionales, familiares y sociales del bienestar humano, especialmente en contextos sanitarios de alta complejidad (González-Suitt & Grau Rengifo, 2021; NASW, 2022).

El presente documento expone como definición operativa ampliada del TSC:

El TSC consiste en procesos de intervención clínica que se desarrollan en distintos niveles —persona, familia y comunidad— mediante: (a) establecimiento de una alianza terapéutica efectiva; (b) exploración de significados, emociones y relaciones; (c) evaluación clínica psicosocial y construcción conjunta de objetivos terapéuticos; (d) abordajes relacionales que integran enfoques psicodinámicos, sistémicos, narrativos, cognitivo-relacionales y trauma informado; (e) resguardo ético del bienestar y derechos humanos; y (f) uso de evidencia científica para orientar la práctica clínica (González-Suitt & Grau, 2021; NASW, 2022).

En Chile, presenta un crecimiento en la formación y posicionamiento clínico del trabajo social, sin embargo, la incorporación formal de la profesión en los marcos regulatorios del sistema público de salud sigue siendo limitada (Álamo Anich & Fischersworing, 2024; BCN, 2023). lo que afecta en el reconocimiento del rol clínico del TSC dentro de los equipos de salud y en la articulación de las redes integradas frente a las complejidades de las personas que integran las determinantes sociales y el malestar subjetivo. Esto ha conllevado diversas discusiones académicas y gremiales, respecto al rol que juega el del trabajo social en la atención integral en la salud de la población.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), es el eje rector del sistema sanitario, en donde plantea una atención centrada en la persona, con equipos de profesionales que sostengan las prácticas clínicas relacionales, colaborativas y culturalmente pertinentes

(Servicio de Salud Tarapacá, 2023). En este mismo contexto, el TSC se configura en un aporte en la alianza terapéutica, la formulación conjunta de problemas, el fortalecimiento de adherencia y la articulación de redes familiares y comunitarias (Muñoz, C. 2014). Sin embargo, la evidencia disponible sugiere que existe un déficit de conocimiento profesional sobre el quehacer clínico del TSC, lo que limita la integración de la disciplina, en los dispositivos de la red pública y produce barreras en la colaboración interdisciplinaria.

Entendemos como salud pública “...acciones colectivas e individuales del estado y la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población, pero otros autores han acentuado de manera distinta ciertos aspectos de acuerdo a su contexto político y social” (Sarmiento, J. 2013.). En donde, los profesionales de salud pública desempeñan roles que trascienden el ámbito clínico, actuando en niveles poblacionales, comunitarios, en políticas públicas y en gestión, quienes están regido por Estatutos; normas y Leyes, ejemplo Ley N.º 19.378 (, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que regula la administración, el régimen de financiamiento y la coordinación de la atención primaria municipal; Ley N.º 19.937 (Chile, Ministerio de Salud, 2004), que otorga al Ministerio de Salud funciones de formulación, definición y evaluación de políticas sanitarias nacionales.

En la región de Antofagasta, en donde se presenta una alta movilidad poblacional, heterogeneidad sociocultural y perfiles epidemiológicos prioritarios —como tuberculosis, VIH e indicadores de salud mental que se ubican por encima del promedio nacional (Dpto de Epidemiología, 2024; SSA, 2023). No se identifican estudios que examinen el nivel de conocimiento sobre TSC dentro de los equipos sanitarios. Esta ausencia de información dificulta el diseño de estrategias de integración profesional y limita la toma de decisiones clínicas que requieren comprensión profunda del sufrimiento psicosocial en contextos de complejidad social.

Surge así una singularidad, ya que, si bien el MAIS exige intervenciones relacionales y biopsicosociales fortalecidas, el TSC, que aporta dichas competencias, permanece con baja visibilidad y reconocimiento clínico en el sistema público. Lo que configura una brecha entre la demanda institucional y la disponibilidad de competencias efectivas para su implementación.

Considerando la información limitada que poseen los profesionales de la red de salud pública, la presente investigación se sitúa a responder a la pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico que poseen los y las profesionales de la salud pública de la región de Antofagasta? Así, se evidencia en la necesidad de describir dicho nivel de conocimiento, utilizando como marco conceptual la comprensión del TSC como proceso relacional e intersubjetivo que sostiene decisiones clínicas orientadas a la atención biopsicosocial en contextos sanitarios.

Es por ello, que, la relevancia ética y clínica del estudio contribuye en que se logre comprender que las competencias del TSC no solo favorece decisiones sanitarias coherentes con la atención integral en el sistema público, sino que también contribuye al bienestar de las personas que son atendidas; a mejorar el acceso a intervenciones relacionales, contextualizadas y basadas en derechos, así como para los equipos profesionales, contar con mayor claridad sobre el rol clínico del TSC puede potenciar la colaboración interdisciplinaria, la resolutivez y la calidad del acompañamiento terapéutico en la red pública de salud.

Referencias teóricas

El Trabajo Social Clínico (TSC) se define como una especialización del Trabajo Social orientada a la intervención terapéutica del sufrimiento psicosocial, integrando una perspectiva relacional, emocional y contextual que permite comprender la experiencia humana en su complejidad (NASW, 2022). A partir de este enfoque, el malestar no se concibe únicamente como una manifestación individual, sino como un fenómeno construido intersubjetivamente, cuya expresión emerge en el vínculo con un otro significativo. En consecuencia, la tarea clínica del TSC consiste en acompañar procesos de resignificación, elaboración emocional y transformación relacional que impactan en la subjetividad (Antipán, I., & Reyes, D. 2018).

La literatura latinoamericana enfatiza que, en contextos marcados por desigualdad, trauma social, movilidad territorial y condiciones estructurales adversas, el sufrimiento subjetivo no puede ser interpretado únicamente desde lo psicopatológico, siendo necesario,

integrar las dimensiones comunitarias, culturales y relacionales que median la vivencia del malestar (Reyes, D. 2024; Galdames, A. 2022)

En investigaciones internacionales han planteado que el nivel de conocimiento sobre roles clínicos en equipos interdisciplinarios influye en la calidad comunicación clínica y la resolución de casos complejos (Álamo Anich & Fischersworing, 2024). En contextos donde poseen conocimiento respecto a las competencias del TSC, se observa una mejor articulación entre disciplinas, apropiación de prácticas integradas y uso de las herramientas terapéuticas del Trabajo Social.

En los estudios recientes en Chile, señalan que existe distancia entre el desarrollo académico del TSC y su incorporación real en los dispositivos sanitarios, debido a vacíos normativos, desconocimiento del rol clínico y falta de estandarización de competencias (González-Suitt & Grau, 2021). Lo que dificulta en la inserción del TSC en los procesos clínicos y a la contribución a la atención integral.

En el contexto sanitario chileno, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), sitúa el abordaje biopsicosocial como eje estructurante de la atención, enfatizando la necesidad de equipos interprofesionales capaces de articular prácticas colaborativas, relacionales y orientadas a la persona (Servicio de Salud Tarapacá, 2023). Bajo este modelo, el TSC aporta competencias clave para la evaluación clínica psicosocial, la formulación conjunta de casos, la alianza terapéutica y la articulación de redes familiares y comunitarias, todos elementos centrales para la continuidad y eficacia de los tratamientos (Álamo Anich & Fischersworing, 2024). Sin embargo, tal como lo evidencia la literatura reciente, la integración formal del TSC en la red sanitaria es limitada, la visibilidad del rol clínico del Trabajo Social es escasa, lo que impacta la comprensión interprofesional de sus competencias, genera barreras operativas para la derivación y dificulta la articulación en procesos terapéuticos complejos (BCN, 2023; Reyes, D. 2019). Esta brecha entre potencial clínico y reconocimiento repercute en un bajo conocimiento disciplinar, que limita la calidad de la colaboración interdisciplinaria y la comunicación clínica (González-Suitt & Grau, 2025).

La relevancia de este problema se evidencia en regiones como Antofagasta, el cual es un territorio que presenta condiciones epidemiológicas y socioterritoriales particularmente desafiantes. Según el Servicio de Salud de Antofagasta, la región muestra tasas elevadas de tuberculosis, VIH y problemas de salud mental, situándose por encima de los promedios nacionales ((Ministerio de Salud de Chile, 2024), además, la región presenta fenómenos asociados a la migración interna y externa, la diversidad cultural y las brechas socioeconómicas incrementan la necesidad de intervenciones clínicas relacionales, culturalmente pertinentes y contextualizadas. Los indicadores epidemiológicos entre Chile vs. Antofagasta, demuestran una petición territorial específica para fortalecer prácticas clínicas integradas, donde el TSC puede desempeñar un rol clave.

La ausencia de estudios que exploren el conocimiento profesional sobre el TSC en esta región constituye una brecha significativa, ya que limita la capacidad del sistema para integrar prácticas clínicas efectivas, basadas en evidencia y pertinentes al contexto sociocultural. Identificar este nivel de conocimiento permitirá orientar estrategias formativas, fortalecer la colaboración interdisciplinaria y mejorar la resolutiveidad de los dispositivos sanitarios.

A partir de esta revisión, se advierte que el conocimiento disciplinar sobre el TSC establece un componente importante para la integración disciplinar en equipos sanitarios. Al tener una comprensión profesional respecto a los enfoques, competencias y alcances del TSC podrá favorecer prácticas interdisciplinarias más robustas, mejora la comunicación entre disciplinas y aumenta la capacidad de respuesta frente a problemáticas biopsicosociales complejas (Galmades, A. 2022). Por lo que, la identificación de brechas de conocimiento no solo permite caracterizar el estado actual del TSC en la red pública, sino también orientar estrategias formativas, institucionales y de gestión que promuevan su consolidación clínica.

Esta base teórica sustenta la elección metodológica de carácter descriptivo, orientada a analizar el conocimiento disciplinar como variable relevante para la integración del TSC en los sistemas de atención pública.

4. Métodos

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo con un modelo de generación de conocimiento de alcance descriptivo–exploratorio, ya que se busca medir y caracterizar el nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico (TSC) en profesionales de la salud pública de la región de Antofagasta, en un campo donde la evidencia empírica es limitada. Este posicionamiento metodológico asegura coherencia con la pregunta de investigación y los objetivos planteados, y permite identificar patrones iniciales que podrán ser profundizados en futuros estudios explicativos o mixtos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Arias, 2012).

Se aplica un diseño no experimental, transeccional y de encuesta, con un alcance descriptivo-exploratorio, en un único momento temporal, el nivel de conocimiento del TSC. El alcance descriptivo–exploratorio permite cuantificar niveles, tendencias y diferencias entre perfiles profesionales, así como explorar asociaciones entre variables sin establecer relaciones de causalidad (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Las dimensiones del estudio se derivan del modelo clínico-relacional del TSC y del marco conceptual previamente desarrollado, asegurando la coherencia teórica–operacional

Dimensiones del Estudio	Subdimensiones, tipo de ítems e indicadores	Fuente
CONOCIMIENTO DEL TSC	Incluye comprensión sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos del TSC - Competencias clínicas - Alcances terapéuticos - Ámbitos de ejercicio - Enfoques teóricos que sustentan el quehacer clínico 	Galmades, A. (2022); NASW (2022);
CONTRIBUCIÓN CLÍNICA PERCIBIDA	Explora la valoración por parte de otros profesionales	Reyes-Barría, (2019); Muñoz, C. (2014)

	<p>respecto al aporte del TSC en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alianza terapéutica - Trabajo interdisciplinario - Enfoque biopsicosocial - Articulación comunitario 	
<p>BARRERAS Y FACILITADORES INSTITUCIONALES</p>	<p>Examina elementos que interfieren o favorecen la integración del TSC en la red pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento del rol clínico - Canales de derivación - Soporte institucional - Recursos disponibles 	<p>González-Suitt & Grau Rengifo (2025); MINSAL (2024)</p>

La trazabilidad expuesta asegura una lineación teórica–operacional, generando evidencia pertinente para la praxis clínica en salud.

Se utilizó una encuesta/cuestionario autoaplicado online (ver anexo A), construido mediante un proceso estandarizado:

1. Revisión de literatura sobre TSC, trabajo interdisciplinario en salud y modelos.
2. Derivación de ítems a partir de las categorías conceptuales descritas en el marco teórico.
3. Diseño de ítems en formato mixto:
 - preguntas de Verdadero/Falso,
 - selección múltiple,
 - escala tipo Likert de 1 a 5 (desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”),
 - opción “No sé/No aplica” para no forzar respuesta en contenidos desconocidos.

4. Revisión de contenido mediante matriz categorías–ítems para asegurar validez de contenido.
5. Ajustes finales según retroalimentación de tutoría y sugerencias metodológicas.

Se valorará fiabilidad por alfa/omega $\geq 0,70$ en sub-escalas perceptuales y validez de contenido mediante una matriz categorías–ítems

Población, criterios de inclusión y muestreo

La población objetivo corresponde a profesionales médicos/as y no médicos/as que se desempeñan en establecimientos de salud pública de la región de Antofagasta y que participan en funciones clínicas y/o gestión/administrativo de apoyo.

Criterios de inclusión:

- Ejercer funciones clínicas o de integración asistencial.
- ≥ 6 meses de experiencia en el sistema público.
- Aceptar consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal que cumple funciones de técnico-administrativo.

El muestreo es no probabilístico por conveniencia y cadenas de referencia, presentando un tamaño estimado de 100 participantes, de ambos sexos, adecuado para estudios exploratorios con limitaciones temporales (Otzen & Manterola, 2017).

Objetivo general

Conocer el Nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico entre los profesionales del sector salud pública en la región de Antofagasta

Objetivos específico

- Describir el nivel de conocimiento conceptual que poseen los profesionales de la salud pública sobre el Trabajo Social Clínico (TSC).
- Medir las impresiones de los profesionales de la salud respecto a la contribución potencial del Trabajo Social Clínico en su área de desempeño.
- Identificar los factores que influyen en el desempeño del Trabajo Social Clínico a partir del nivel de conocimiento que los profesionales de la salud declaran poseer.

Condicionantes Éticas de Investigación.

La investigación cumplirá con los principios éticos establecidos en el Código de Ética del Colegio de Trabajo social en Chile y Normativas MINSAL para investigación, además, de las normativas nacionales vigentes. Se solicitará el consentimiento informado (ver anexo B) de todos los participantes, garantizando la confidencialidad y anonimato de sus respuestas. “Los datos recolectados serán utilizados exclusivamente para fines académicos y no se divulgará información que pueda identificar a los participantes”.

La investigación estará establecida según las normativas vigente, como la Ley N° 19.628 sobre protección de datos personales (Chile, Ministerio del Interior, 1999); Ley N° 20.120 (Chile, Ministerio de Salud, 2006) y Decreto 114 del MINSAL sobre investigación científica en seres humanos (Chile, Ministerio de Salud, 2011); así como lo establecido en el Código de Ética del Colegio de Trabajo social en Chile (Colegio de Trabajadoras y Trabajadores Sociales de Chile, 2014).

El consentimiento informado será solicitado como un paso previo al acceso al cuestionario, en donde se incluirá: propósito del estudio, duración, voluntariedad, derecho a retiro sin consecuencias, riesgos, beneficios, uso académico de información, y mecanismos de anonimización y resguardo.

El estudio implica riesgo mínimo, en donde los beneficios serán indirectos, aportando evidencia para fortalecer la integración clínica del Trabajo Social en salud.

Los datos serán anonimizados desde origen mediante codificación sin datos personales directos. Se almacenarán de forma cifrada, con acceso restringido y por tiempo determinado exclusivamente para fines académicos, conforme a Ley 19.628 (Chile, Ministerio del Interior, 1999).

El resguardo ético se alinea con el enfoque relacional del TSC, priorizando el respeto por la autonomía y la experiencia subjetiva del/la participante, coherente con el Código de Ética Profesional y lineamientos MINSAL.

Plan de análisis de datos

El análisis de datos se realizó utilizando una planilla de cálculo (por ejemplo, Microsoft Excel o google), sin utilizar software estadístico.

En coherencia con el diseño descriptivo–exploratorio, se realizó un plan de análisis, en las siguientes etapas:

a) Análisis descriptivo

- Variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, profesión, años de experiencia, tipo de dispositivo): se describen mediante frecuencias absolutas y porcentajes (variables categóricas) y medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar) para las variables continuas.

Ítems de conocimiento y percepción: se reportarán porcentajes de respuestas correctas, niveles de acuerdo y distribución de categorías.

b) Construcción de puntajes y evaluación de fiabilidad

- Se construirán índices o puntajes compuestos para cada dimensión:
 - Conocimiento del TSC,
 - Contribución clínica percibida,
 - Barreras/facilitadores institucionales.

Se estimó la consistencia interna de cada índice mediante alfa de Cronbach, a diferencia que para el análisis de resultados bivariados se utilizó χ^2 de independencia en las asociaciones entre las variables categóricas y la correlación de Pearson (r), considerando $\alpha = 0,05$.

Los resultados se interpretan como asociaciones exploratorias, en coherencia con el carácter descriptivo del diseño, evitando extrapolar conclusiones causales.

c) Presentación de resultados

Los hallazgos se reportarán en:

- Tablas descriptivas, que simplifiquen características de la muestra y distribución de respuestas.
- En el texto, se destacarán patrones relevantes que dialoguen con el marco teórico y con las particularidades del contexto.

5. Resultados

En este capítulo se expone los hallazgos del estudio de forma descriptiva, ligado con el diseño cuantitativo de alcance descriptivo–exploratorio. Los resultados se organizan según las siguientes dimensiones: (a) Características sociodemográficas y laborales de las y los participantes; (b) Nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico (TSC); y (c) Percepción de contribución clínica y barreras/facilitadores institucionales.

Se presentan análisis de resultados bivariados, orientados a explorar asociaciones entre variables relevantes sin establecer sin causalidad.

5.1.- Resultados Univariados

5.1.1.- Perfil de participantes

La muestra estuvo compuesta por 104 profesionales de distintos dispositivos de la red pública de salud de la región de Antofagasta (n=104). Como se observa predominio de mujeres, y las profesiones más representadas fueron Trabajo Social, Psicología y Enfermería (véase tabla 1).

En relación con la trayectoria laboral, siendo la mayor proporción un tercio correspondió a profesionales con más de 10 años de experiencia en el sistema público, seguida por profesionales que reportaron entre 6 meses y 1 año. Se destaca distribución heterogénea en los años de experiencia laboral, proporción mayor de encuestadas/os que muestras “más de 10 años” de experiencia en el sistema de salud pública.

Tabla 1: Perfil sociodemográficos y trayectoria laboral (n=104).

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	78	75,0
	Masculino	25	24,0
	Prefiero no responder	1	1,0
Profesión o cargo actual	Trabajador/a Social	37	35,6
	Psicólogo/a	18	17,3
	Enfermero/a	16	15,4
Años de experiencia laboral en salud pública	más de 10 años	35	33,7
	6 meses a 1 año	21	20,2
	2 a 4 años	18	17,3

Tabla 1. Características laborales de los y las profesionales participantes según sexo, profesión y años de experiencia en salud pública (n = 104). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile, 2025).

En relación con el lugar de desempeño, se aprecia que las y los encuestados se desempeñan en niveles de gestión/ administrativos y en niveles hospitalario nivel terciario, seguidos por Atención Primaria de Salud (véase tabla 2). Sobre el tipo de contrato predomina modalidad “contrata”, seguido por “honorarios”.

Tabla 2: Condiciones laborales de las y los participantes según tipo de establecimiento y modalidad contractual (n=104)

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tipo de establecimiento de salud donde trabaja	Servicio de Salud Antofagasta	25	24,0%

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Hospital Regional de Antofagasta	17	16,3%
	CESFAM	15	14,4%
Tipo de contrato	Contrata	58	55,8%
	Honorarios	14	13,5%
	Otro	3	2,9%

Nota. Se presentan las categorías con mayor frecuencia por variable.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile, 2025).

Respecto de la formación complementaria en salud mental se informa que la mayoría de las y los encuestados informó que ha accedido a instancias de formación, a través de cursos, principalmente (64, 4%) y diplomados, además, de capacitación institucional facilitada por el Servicio de Salud/SEREMI.

Tabla 3: Formación complementaria en salud mental informada por los participantes (n=104).

Formación complementaria en salud mental	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cursos	67	64,4
Diplomado	41	39,4
Capacitación institucional (SEREMI/SSA)	38	36,5

Nota: pregunta de selección múltiple (los porcentajes no suman 100%).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile, 2025).

Subsiguientemente, según lo expuesto en la tabla 4 (véase anexo C), dos tercios de las y los encuestados había oído hablar del TSC antes de este cuestionario (66,3%). De igual forma, el 69,2% declara haber participado en espacios de supervisión clínica o reflexión psicosocial. No obstante, un 14,4% manifiesta no estar seguro de haber trabajado con profesionales de TSC.

5.1.2.- Conocimiento sobre el TSC

En términos generales, según lo expuesto en la tabla 5 (véase anexo C), en la generalidad estuvo de acuerdo con que el TSC requiere formación especializada en salud mental y enfoque psicosocial (89,4%), así como el TSC promueve la coordinación interprofesional en salud (90,4%). Se logra apreciar áreas de confusión, en que las y los

encuestados responde “No sé”, cuando se consulta si “El TSC es equivalente a acompañamiento social administrativo” (26,9% respondió “No sé”), así como con la afirmación “El TSC reemplaza el trabajo comunitario por atención individual” (15,4% respondió “No sé”).

5.1.3.- Contribución clínica percibida y Barreras/facilitadores institucionales del TSC

Se evidencia en la tabla 6 (ver anexo C), la percepción de contribución clínica del TSC que reveló altos niveles de acuerdo para indicadores asociados a colaboración interdisciplinaria, adherencia terapéutica y enfoque biopsicosocial. En oposición, los ítems invertidos y de barreras mostraron mayores niveles de desacuerdo, indicando una valoración global positiva del enfoque clínico. De igual forma, se reportaron barreras institucionales relevantes vinculadas a desconocimiento del TSC, rotación de personal y dificultades de coordinación intersectorial.

Los resultados de la Tabla 7 (véase anexo C), exponen en que el 63,5% de las y los encuestados identifica dos barreras “la rotación de personal que afecta la continuidad del TSC”, y el “desconocimiento del TSC entre directivos o equipos”.

5.2.- Resultados Bivariables

El resultado bivariado, posee como propósito explorar asociaciones entre variables sociodemográficas y laborales, el nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico (TSC) y la percepción de su contribución clínica, sin establecer relaciones de causalidad.

Se emplearon las siguientes pruebas estadísticas:

- Prueba de chi-cuadrado de independencia (χ^2): análisis de asociaciones entre variables categóricas.
- Coeficiente de correlación de Pearson: explorando relaciones entre puntajes continuos.

El nivel de significancia estadística adoptado fue $p < 0,05$.

Los resultados se exhiben constituidos según las hipótesis (H) formuladas (H1–H8), describiendo frecuencias, dirección de las asociaciones y significancia estadística, sin realizar interpretaciones.

H1. Género y nivel de conocimiento.

Se exploró si el nivel de conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico (TSC) se relaciona con el género de las y los encuestados, por lo que se cotejaron las categorías de nivel de conocimiento entre los grupos de género, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de independencia ($\alpha = 0,05$). No se observó una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

H2. Profesión y nivel de conocimiento.

Se examinó si es que el nivel de conocimiento sobre el TSC difiere según la profesión de las y los participantes. Se cotejaron las categorías de nivel de conocimiento entre los distintos grupos profesionales, valorando la presencia de asociación mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia, con un umbral de significación estadística de 0,05. No se descubrió evidencia de asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Se observaron discrepancias descriptivas en la distribución de respuestas, principalmente en la categoría “No sé”, sin alcanzar significación estadística.

H3. Años de experiencia en salud pública y nivel de conocimiento del TSC.

Se examinó si el nivel de conocimiento sobre el TSC, difiere según los años de experiencia laboral en salud pública de las y los participantes. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de independencia, con un umbral de significación estadística de 0,05. Se descubrieron tendencias descriptivas hacia una mayor proporción de respuestas correctas en grupos con mayor trayectoria; sin embargo, la asociación no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

H4. Nivel de conocimiento del TSC y percepción de contribución clínica.

Se analizó a relación entre el nivel de conocimiento sobre el TSC y la percepción de su contribución en los equipos clínicos, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, umbral de significación estadística de 0,05

Los resultados revelaron la relación entre ambas variables mediante correlación de Pearson. Se registró una correlación positiva de baja magnitud, que no alcanzó significación estadística ($r < 0,20$; $p > 0,05$).

H5. Tipo de establecimiento y nivel de conocimiento del TSC.

Se exploró si es que existe una correlación entre el nivel de conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico según el tipo de establecimiento de salud en el que se desempeñan las y los encuestados. Se cotejaron las categorías evaluando la existencia de asociación mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia, con un umbral de significación estadística de 0,05. No se expusieron asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Se expusieron discrepancias en la distribución de niveles de conocimiento entre establecimientos, sin significación estadística.

H6. Tipo de contrato y percepción de oportunidades de capacitación en TSC

Se examinó si la percepción de oportunidades de capacitación en Trabajo Social Clínico (TSC) se diferencia según el tipo de contrato laboral de las y los encuestados. Se realizó la asociación mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia, con un umbral de significación estadística de 0,05. En términos descriptivos, las condiciones contractuales menos estables reunieron mayores proporciones en categorías de menor percepción de oportunidades de capacitación.

H7. Tipo de establecimiento y percepción de apoyo directivo para integrar TSC

Se evaluó si la percepción de apoyo directivo para la integración del Trabajo Social Clínico (TSC) difiere según el tipo de establecimiento de salud en el que se desempeñan las y los participantes. Se compararon las categorías de percepción de apoyo directivo entre los distintos tipos de establecimientos evaluando la existencia de asociación mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia. El análisis de la hipótesis, demostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La clasificación mostró menor apoyo directivo percibido en APS y mayores niveles de respaldo en dispositivos de salud mental

H8. Barreras institucionales y percepción de aplicabilidad del TSC.

Se analizó si la percepción de aplicabilidad del Trabajo Social Clínico (TSC) difiere según la presencia de barreras institucionales reportadas por las y los participantes. Se aplicó la prueba

de chi-cuadrado de independencia, con un umbral de significación estadística de 0,05. Se descubrió una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), donde mayores niveles de barreras se relacionaron con menores niveles de aplicabilidad percibida.

Se debe declarar uso de asistencia de IA, que la redacción de la sección “Resultados”, se utilizó un asistente de inteligencia artificial (ChatGPT). Prompt utilizado: “Solicito revisar coherencia sobre el ítem “Resultado” para un artículo sobre conocimiento y percepción del Trabajo Social Clínico en salud pública, entregando orientaciones específicas.”

6. Discusiones y Conclusiones

6.1.- Discusiones

Los hallazgos presentados van a permitir describir un fenómeno relevante para la red de salud pública, en donde el Trabajo Social Clínico (TSC) es comprendido por los equipos como una respuesta clínica pertinente, pero su integración se tensiona por brechas de comprensión, así como, por condiciones institucionales que no acompañan esa valoración (Reyes, D 2019, 2024).

A nivel de conocimiento sobre el TSC, una proporción importante de participantes ya tenía contacto previo con el enfoque (66,3% había oído hablar del TSC) reconociendo características esenciales como la necesidad de formación especializada (89,4%) y el aporte a la coordinación interprofesional (90,4%). No obstante, permanecen ambigüedad que afecta en la delimitación del rol, mientras casi la mitad rechaza que el TSC sea equivalente a un acompañamiento social administrativo, el 26,0% se adscribe a esa idea y un 26,9% declara no saber. De igual forma, cerca de un quinto no reconoce con claridad la comprensión del sufrimiento desde dimensiones sociales y subjetivas (17,3% 'No sé'). Lo expuesto sugiere un conocimiento general con lo “clínico”, aunque evidencia un acercamiento conceptual aún heterogénea, probablemente influida por trayectorias formativas distintas y por la ausencia de definiciones institucionales explícitas (Reyes-Barría, 2019, 2024).

En este mismo sentido, la literatura chilena acentúa que el TSC requiere competencias específicas para sustentar intervenciones orientadas a la salud emocional y el bienestar

subjetivo en contextos de salud mental y atención psicosocial (Antipán, I & Reyes, D, 2015; Galdames, A. 2022). La presencia de respuestas “no sabe” puede leerse como un indicador de transmisión desigual del enfoque y de la ausencia de dispositivos sistemáticos de formación y supervisión clínica dentro de la red (Antipán, I., & Reyes, D., 2018; Reyes, D. 2024).

Esa heterogeneidad se asocia a la valoración clínica positiva, en donde la mayoría de los indicadores, en promedio el 70% de las y los profesionales declara acuerdo y totalmente de acuerdo, respecto del aporte del TSC a la colaboración interdisciplinaria, el enfoque biopsicosocial y la comprensión de factores relacionales.

Al observar el contexto organizacional, los porcentajes de reconocimiento formal del rol (31,7%), oportunidades de capacitación específicas (18,3%) y apoyo directivo (15,4%) son bajos, mientras que se informan barreras como desconocimiento del TSC entre directivos o equipos (63,5%), rotación de personal (63,5%) y dificultades de coordinación intersectorial (61,5%), además de carga asistencial (50,0%). Estos resultados describen una brecha entre el valor atribuido al enfoque clínico y las condiciones que lo hacen factible, ya que, sin respaldo directivo, continuidad de equipos y dispositivos de formación/supervisión, el TSC tiende a quedar reducido a iniciativas individuales más que a una práctica integrada en la red (González-Suitt & Grau Rengifo, 2021).

El análisis de los resultados bivariados refuerzan esta lectura, en donde la ausencia de asociaciones significativas del conocimiento con género, profesión o años de experiencia sugiere que el desafío no se explica por perfiles individuales, sino por un problema transversal. En cambio, las asociaciones estadísticamente significativas se concentran en lo institucional: el acceso a capacitación se relaciona con la estabilidad contractual; el apoyo directivo se distribuye de manera desigual entre dispositivos; y, de forma consistente, una mayor percepción de barreras se asocia con menor aplicabilidad percibida del TSC. Es decir, lo institucional aparece como el factor que ordena la posibilidad real de implementar el enfoque, más que las características de quienes responden, lo que es vinculado con diagnósticos que sitúan el desarrollo del TSC en Latinoamérica como dependiente de condiciones de visibilidad académica, definición profesional, formación acreditable y marcos institucionales habilitantes (Reyes, D. 2019, 2024).

Desde una perspectiva del ejercicio de la profesión y de la gestión, se realizaron hallazgos que sitúan prioridades concretas, como la importancia de clarificar y formalizar el rol clínico del trabajo social en la red; instalar formación y supervisión clínica como dispositivos, independiente del tipo de contrato; fortalecer el apoyo de los directivos; así como mejorar la coordinación intersectorial para asegurar continuidad de cuidados. Trabajar en estas líneas permitiría que la valoración positiva observada se traduzca en prácticas sostenibles y comparables entre establecimientos. (Galdames, A. 2022; Reyes, D. 2024). Es por lo mismo que en Chile, los esfuerzos por reconocimiento y regulación del ejercicio del Trabajo Social han ingresado al debate legislativo, lo que fortalece la oportunidad de avanzar en definiciones y marcos habilitantes en el sector público (Biblioteca del Congreso Nacional, 2023).

6.2.- Conclusiones

Respecto al objetivo general, el estudio muestra que entre las y los profesionales de salud pública de Antofagasta existe un conocimiento conceptual parcialmente sobre el Trabajo Social Clínico y una apreciación positiva de la contribución potencial del TSC, pero con barreras institucionales significativas que condicionan su aplicabilidad. Lo que es coherente con la literatura que explica al TSC como una especialidad en desarrollo en Chile y Latinoamérica, cuya expansión depende de la claridad conceptual/disciplinar como de condiciones organizacionales habilitantes (Reyes, D. 2019, 2024; Galdames, A. 2022; González Suitt & Grau Rengifo, 2021).

- Objetivo específico 1. El conocimiento conceptual del TSC presenta puntos claves (formación especializada, enfoque relacional/biopsicosocial, coordinación interprofesional), coexistiendo con conflictos y dudas en la delimitación del rol clínico v/s rol administrativo. Las hipótesis H1, H2, H3 y H5 no expusieron asociaciones reveladoras, por lo que no se concluye que el conocimiento se diferencie por género, profesión, experiencia laboral o tipo de establecimiento. No obstante, los datos plantean que el conocimiento del TSC podría depender de oportunidades formativas y de reconocimiento institucional del rol, aspectos destacados en la

discusión disciplinar como requisitos para sostener una práctica clínica (Reyes, D. 2019, 2024; Galdames, A. 2022; González Suitt & Grau Rengifo, 2021).

- Objetivo específico 2. La percepción de contribución clínica del TSC fue favorable, distinguiendo el aporte a la calidad de atención psicosocial, comprensión de factores psicosociales, enfoque biopsicosocial y trabajo interdisciplinario, en coherencia con marcos nacionales e internacionales sobre trabajo social clínico (González Suitt & Grau Rengifo, 2021; Álamo Anich & Fischersworing, 2024). La hipótesis H4 no obtuvo trascendencia estadística, por lo que no se logró una correspondencia entre mayor conocimiento y mayor valoración del aporte clínico, lo que sugiere que la valoración se puede aplicar como una “demanda clínica” en los equipos, incluso cuando el campo conceptual del TSC aún es heterogéneo (Reyes, D. 2019, 2024).
- Objetivo específico 3. Los contextos institucionales y laborales injieren de forma directa en la eventualidad de implementación del TSC, asociando los tipos de contrato y oportunidades de capacitación (H6), tipo de establecimiento y apoyo directivo (H7), así como las barreras institucionales y percepción de aplicabilidad (H8).

Estableciendo, que la integración del TSC en salud pública requiere estrategias combinadas de formación, clarificación del rol y fortalecimiento del soporte institucional, especialmente en APS, requisitos que la literatura describe como claves para la legitimidad profesional del enfoque en los sistemas públicos (Galdames, A. 2022; Reyes, D. 2024; González Suitt & Grau Rengifo, 2021).

Se declara que las conclusiones deben analizarse considerando limitaciones del diseño transversal no causal, autoinforme con potencial sesgo de interpretación de ítems, tamaño muestral y subgrupos que pueden reducir potencia estadística y afectar supuestos de la prueba χ^2 (Briones, 2002)

En las futuras investigaciones y/o estudios, se sugiere ampliar la muestra, añadir tamaños de efecto y, cuando corresponda, alternativas a χ^2 en presencia de bajas frecuencias esperadas, de la igual forma, se propone fortalecer la evaluación psicométrica del instrumento (validez de constructo y consistencia interna por dimensión) y complementar con diseños mixtos (entrevistas o grupos focales), para así comprender significados institucionales del “rol clínico”, y condiciones de implementación

Se debe declarar uso de asistencia de IA, que la redacción de la sección “Discusión y Conclusiones”, se utilizó un asistente de inteligencia artificial (ChatGPT). Prompt utilizado: “Solicito realizar una revisión de coherencia del ítem Discusión y Conclusiones para un artículo sobre conocimiento y percepción del Trabajo Social Clínico en salud pública,”

7. Referencias

Álamo Anich, & Fischersworing, M. (2024). La psicoterapia y el Trabajo Social Clínico como formas de una práctica del counselling: El contexto chileno. *LIMINALES*, XIII(25), 207–225
<https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/view/849>

Antipan, I., & Reyes, D. (2018). *El Trabajo Social en Salud Mental: ¿Un Trabajo Social Clínico?*

https://www.researchgate.net/publication/328475212_El_Trabajo_Social_en_Salud_Mental_Un_Trabajo_Social_Clinico

Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación científica*. Editorial Episteme.

<https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>

Biblioteca del Congreso Nacional. (2023). *Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para reconocer y regular el ejercicio profesional del Trabajo Social Clínico* (Boletín N.º 15.889-11).

<https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/70222/3/15889-11.pdf>

Briones, G. (2002). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales (Módulo 3). Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

Colegio de Trabajadoras y Trabajadores Sociales de Chile A.G. (2014). *Código de Ética Profesional*.

<https://www.trabajosocialchile.com/c%C3%B3digo-de-%C3%A9tica>

Chile. Ministerio de Salud. (1995). *Ley N.º 19.378: Establece estatuto de atención primaria de salud municipal*. Diario Oficial de la República de Chile, 13 de abril de 1995.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745>

Chile. Ministerio del Interior. (1999). *Ley N.º 19.628 sobre protección de la vida privada*. Diario Oficial de la República de Chile, 28 de agosto de 1999.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>

Chile. Ministerio de Salud. (2004). *Ley N.º 19.937: Modifica el sistema de salud y fortalece la autoridad sanitaria*. Diario Oficial de la República de Chile, 24 de febrero de 2004.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629>

Chile. Ministerio de Salud. (2006). *Ley N.º 20.120 que regula la investigación científica en seres humanos y su genoma, y prohíbe la clonación humana*. Diario Oficial de la República de Chile, 22 de septiembre de 2006.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=255648>

Chile. Ministerio de Salud. (2011). *Decreto N.º 114: Aprueba el reglamento de la Ley N.º 20.120 sobre investigación científica en seres humanos*. Biblioteca del Congreso Nacional.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1032919>

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). SAGE Publications.

[http://repo.darmajaya.ac.id/5678/1/Discovering%20Statistics%20Using%20IBM%20SPSS%20Statistics%20\(%20PDFDrive%20\).pdf](http://repo.darmajaya.ac.id/5678/1/Discovering%20Statistics%20Using%20IBM%20SPSS%20Statistics%20(%20PDFDrive%20).pdf)

Galdames, A. (2022). *Reflexiones desde el Trabajo Social Clínico Latinoamericano: Una Entrevista a Diego Reyes Barría y Paola Grandón Zerega, fundadores del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico*. Rumbos TS, N° 27, pp. 217–235.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-77212022000100217&script=sci_arttext&utm

González-Suitt, K., & Grau Rengifo, O. (2025). Clinical contributions of social work in health settings. <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/575?utm>

González-Suitt, K., & Grau Rengifo, O. (2021). Entrevista a María Tapia: La importancia y alcance del Trabajo Social Clínico. *Rumbos TS*, 26, 193–203. doi:10.51188/rrts.num26.575

Hernández Sampieri, R., Mendoza, C., & Torres, P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (8.^a ed.). McGraw-Hill.

<https://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/1385>

Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología; Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. (2024). *Diagnósticos regionales en salud: Región de Antofagasta*.

https://epi.minsal.cl/datos_drs/02_DIAGNOSTICOS_REGIONALES_EN_SALUD_ANTOFAGASTA_2025.pdf

Muñoz, C. (2014). *Clinical Social Work in Chile*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003270119-19/clinical-social-work-chile-carolina-mu%C3%B1oz-guzm%C3%A1n-mar%C3%ADa-olaya-grau-karla-gonz%C3%A1lez-suitt-valentina-garrido-1%C3%B3pez>

NASW. (2022). *Standards for Clinical Social Work in Health Care*.

<https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work/Clinical-Social-Work-Standards>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio.

<https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Reyes, D. (2019). *Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: Una historia en construcción y un comentario profesional*. *Rumbos TS: Revista de Trabajo Social*, (20), 91–110.

<https://pdfs.semanticscholar.org/ecfb/1373c0d6bcbb8698f6e27e45cfb6c27c4fc2.pdf?utm>

Reyes, D. (2024). *Conceptions and historicity of clinical social work in Latin America: A contemporary overview*. *Social Work Education*, 1–17.

https://www.researchgate.net/publication/380399532_Conceptions_and_Historicity_of_Clinical_Social_Work_in_Latin_America_A_Contemporary_Overview

Sarmiento, J. (2013). Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena De Salud Pública*, 17(2), p. 151–161. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.27116>

Servicio de salud de Antofagasta. (2023)

<https://ssa.redsalud.gob.cl/la-tuberculosis-aun-no-se-ha-erradicado-en-chile/>

Servicio de Salud Tarapacá. (2023). *Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*.

<https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/10/Orientaciones-Para-la-Implementacion-del-Modelo-de-Atencion-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria.pdf?utm>

ANEXOS

Anexo A: Encuesta sobre Trabajo Social Clínico

Encuesta sobre Trabajo Social Clínico

Consentimiento Informado

Estimado/a profesional de la salud:

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación académica que tiene por objetivo explorar el conocimiento y la percepción del Trabajo Social Clínico (TSC) en el sector de salud pública de la región de Antofagasta. Esta investigación se desarrolla en el marco de un estudio de posgrado, por lo que su participación es fundamental para contribuir al desarrollo del conocimiento en este ámbito.

Definición de Trabajo Social Clínico (TSC):

El TSC es una especialidad del Trabajo Social que comprende intervenciones clínicas desde un enfoque psicosocial, relacional y comunitario, orientadas al acompañamiento terapéutico en contextos de salud. Dichas intervenciones integran teoría, supervisión y evidencia científica para promover el bienestar emocional, relacional y social, resguardando de forma activa los derechos humanos.

Consideraciones de participación:

- Su participación es voluntaria.
- El cuestionario no constituye una evaluación de desempeño.
- Los datos recopilados serán tratados de forma confidencial y utilizados exclusivamente con fines académicos.
- No se solicitará información personal que permita identificarlo/a.
- Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de entregar una justificación y sin que esto implique perjuicio alguno.
- El tiempo estimado para responder el cuestionario es de aproximadamente 30 minutos.

Al seleccionar la opción “**Acepto participar**”, usted declara haber leído y comprendido la información anterior, otorgando su consentimiento para participar en esta investigación.

https://drive.google.com/file/d/1WiuIdLBFaEHcf8_ILuuwSD8vj2ty6ZrB/view?usp=sharing

1.- ¿Desea participar en este estudio?

Marca solo un óvalo.

Acepto participar

No acepto participar

Sección A: Datos de Identificación y Contexto Profesional

- . Responda usted seleccionando la alternativa que considere más adecuada

- En caso de duda o desconocimiento puede elegir ‘No sé’, ‘No aplica’ o ‘Prefiero no responder’.

- En las preguntas de selección múltiple puede seleccionar más de una opción.

2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Femenino

Masculino

Intersexual

Prefiero no responder

3. Profesión o cargo actual *

- *Marca solo un óvalo*

- Médico/a
- Enfermero/a
- Psicólogo/a
- Trabajador/a Social
- Terapeuta Ocupacional
- Kinesiólogo/a
- Nutricionista
- Matrón/a
- Químico/a Farmacéutico/a
- Referente y/o Asesor técnico
- Otros

4. Años de experiencia laboral en salud pública *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 año
- 2 a 4 años
- 5 a 7 años
- 8 a 10 años
- más de 10 años
- Prefiero no responder

5. Tipo de establecimiento de salud donde trabaja *

Marca solo un óvalo.

- Posta Salud Rural
- CESFAM

- COSAM

- Hospital Comunitario

- Hospital Regional de Antofagasta
- Hospital de Día

- Hospital Carlos Cisternas
- SAPU

- SAR

- Servicio de Urgencia

- Servicio de Salud Antofagasta

- SEREMI de Salud Antofagasta

- CMDS

- COMDES

- Otros

6. Comuna donde se desempeña *

Marca solo un óvalo.

- Antofagasta
- Calama
- Taltal

- Tocopilla
- Mejillones
- Ollagüe
- Baquedano
- Sierra Gorda
- María Elena
- San Pedro de Atacama

7. Tipo de contrato *

Marca solo un óvalo.

- Planta
- Contrata
- Honorarios
- Suplencia
- Indefinido
- Plazo fijo
- Otro

8. Jornada Laboral *

Marca solo un óvalo.

- Completa
- Media jornada
- Turnos
- 33 horas semanales
- Otra
- Prefiero no responder

9. Formación complementaria en salud mental (selección múltiple) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Cursos
- Diplomado
- Formación clínica especializada
- Capacitación institucional (SEREMI/SSA)
- Supervisión clínica grupal
- Supervisión clínica individual
- Ninguna
- Prefiero no responder

10. ¿Ha trabajado con profesionales TSC? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

11. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- Intersexual
- Prefiero no responder

12. Profesión o cargo actual *

- Marca solo un óvalo

- Médico/a
- Enfermero/a
- Psicólogo/a
- Trabajador/a Social
- Terapeuta Ocupacional
- Kinesiólogo/a
- Nutricionista
- Matrón/a
- Químico/a Farmacéutico/a
- Referente y/o Asesor técnico
- Otros

13. Años de experiencia laboral en salud pública *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 año
- 2 a 4 años

- 5 a 7 años
- 8 a 10 años
- más de 10 años
- Prefiero no responder

14. Tipo de establecimiento de salud donde trabaja *

Marca solo un óvalo.

- Posta Salud Rural
- CESFAM
- COSAM
- Hospital Comunitario
- Hospital Regional de Antofagasta
- Hospital de Día
- Hospital Carlos Cisternas
- SAPU
- SAR
- Servicio de Urgencia
- Servicio de Salud Antofagasta
- SEREMI de Salud Antofagasta
- CMDS
- COMDES
- Otros

15. Comuna donde se desempeña *

Marca solo un óvalo.

- Antofagasta
- Calama
- Taltal
- Tocopilla
- Mejillones
- Ollagüe
- Baquedano
- Sierra Gorda
- María Elena
- San Pedro de Atacama

16. Tipo de contrato *

Marca solo un óvalo.

- Planta
- Contrata
- Honorarios
- Suplencia

- Indefinido
- Plazo fijo
- Otro

17. Jornada Laboral *

Marca solo un óvalo.

- Completa
- Media jornada
- Turnos
- 33 horas semanales
- Otra
- Prefiero no responder

18. Formación complementaria en salud mental (selección múltiple) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Cursos
- Diplomado
- Formación clínica especializada
- Capacitación institucional (SEREMI/SSA)
- Supervisión clínica grupal
- Supervisión clínica individual
- Ninguna
- Prefiero no responder

19. ¿Ha trabajado con profesionales TSC? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

20. Jornada Laboral *

Marca solo un óvalo.

- Completa
- Media jornada
- Turnos
- 33 horas semanales
- Otra
- Prefiero no responder

21. Formación complementaria en salud mental (selección múltiple) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Cursos
- Diplomado
- Formación clínica especializada
- Capacitación institucional (SEREMI/SSA)
- Supervisión clínica grupal
- Supervisión clínica individual
- Ninguna

Prefiero no responder

22. ¿Ha trabajado con profesionales TSC? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

23. ¿Ha participado en espacios de supervisión clínica o reflexión psicosocial en su trabajo?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

24. Antes de continuar este cuestionario, ¿habías oído hablar del TSC, antes de este cuestionario?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

Sección B: Conocimiento sobre el TSC

Seleccione la alternativa que usted cree que es la correcta. Si no estás seguro/a, selecciona 'No sé'.

25. ¿Cuál considera usted que describe mejor el objetivo del TSC? *

Marca solo un óvalo.

- a. Gestión administrativa
- b. Intervenciones clínicas psicosociales centradas en significados, relaciones y contextos
- c. Sustituir a otros profesionales
- d. Solo coordinación de recursos
- e. No sé.

26. Cree usted que el TSC se limita exclusivamente a la intervención individual. *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso
- No sé

27. El TSC considera el contexto institucional como parte del proceso clínico. *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso
- No sé

28. Usted cree que el TSC busca comprender el sufrimiento desde dimensiones sociales y subjetivas.

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso
- No sé

29. Usted cree que el TSC requiere formación especializada en salud mental y enfoque psicosocial

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso
- No sé

30. El TSC reemplaza el trabajo comunitario por atención individual. *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso
- No sé

31. El TSC promueve la coordinación interprofesional en salud. *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
- Falso
- No sé

32. En que contextos piensa que se aplica el TSC (selección múltiple) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- (selección múltiple)
- APS
- Hospitales
- Dispositivos de salud mental
- Programas comunitarios
- Solo consulta privada
- Unidades administrativas
- No sé.

33. El TSC promueve la coordinación interprofesional. *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
 Falso
 No sé

34. El TSC se centra en el bienestar emocional y relacional de los usuarios *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
 Falso
 No sé

35. El TSC es equivalente a acompañamiento social administrativo *

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
 Falso
 No sé

Sección C: Contribución y Barreras del TSC

C.1

Percepción – Contribución del TSC

Indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones. Escala Likert 1–5
(Totalmente en desacuerdo; En desacuerdo; Ni en acuerdo ni en desacuerdo; En
acuerdo; Totalmente de acuerdo)

Se incluye 'No aplica/No sé' como opción.

36. El TSC aporta a la colaboración interdisciplinaria en mi equipo. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

37. El TSC mejora la adherencia terapéutica en casos complejos. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

38. El TSC promueve un enfoque biopsicosocial integral. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo

- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

39. El TSC favorece la comprensión de los factores relacionales que inciden en la salud.

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

40. El TSC contribuye al fortalecimiento de la prevención secundaria y terciaria. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

41. El TSC tiene poca aplicabilidad en salud pública. (invertido) *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

42. El TSC dificulta la coordinación con otras disciplinas. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

43. El TSC aporta a la calidad de atención psicosocial en distintos niveles
(persona, familia y comunidad).

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- No aplica/No sé

C.2 Barreras y Facilitadores del TSC

Responda las afirmaciones, considerando su experiencia en su establecimiento actual y en los últimos 12 meses.

44. En mi establecimiento existe reconocimiento formal del rol TSC. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

45. Hay oportunidades de capacitación en TSC. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

46. Se cuenta con apoyo de directivos para fortalecer el enfoque TSC. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

47. La alta carga asistencial dificulta la práctica del TSC. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

48. Existen cargos específicos para TSC. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

49. Hay desconocimiento del TSC entre directivos o equipos. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

50. La rotación de personal afecta la continuidad del TSC *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

51. Falta coordinación intersectorial para implementar el TSC. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

Anexo B: Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ONLINE

*Niveles de conocimiento sobre Trabajo social clínico en profesionales de la salud, de la
región de Antofagasta Marisela Flores Araya*

Universidad de Valparaíso

Usted ha sido invitado/a para participar en el estudio sobre “*Niveles de conocimiento sobre Trabajo social clínico en profesionales de la salud, de la región de Antofagasta*” a cargo de la investigadora *Marisela Flores Araya*, estudiante de Magíster en Trabajo social clínico en la Universidad de Valparaíso.

El objetivo de esta encuesta es Conocer el nivel de conocimiento sobre Trabajo Social Clínico entre los profesionales del sector salud pública en la región de Antofagasta

Su participación consiste en responder una encuesta anónima en modalidad remota, a través de la plataforma Google Forms, que incluye preguntas cerradas y de selección múltiple. El tiempo estimado de respuesta es de 30 minutos. El periodo de aplicación será entre el 18 al 25 de noviembre de 2025. No se recopilarán nombres, RUN u otros identificadores personales directos.

Encontrará un botón indicando “*acepto participar*” o “*no acepto participar*”. Al marcar en el botón "*acepto participar*", usted da su consentimiento para que la información recopilada se utilice únicamente con fines de investigación. Se le solicita, antes de hacer click en “*acepto participar*”, lea cuidadosamente el texto que le ayudará a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

Se destaca que, no existen beneficios económicos ni personales directos; sin embargo, sus respuestas contribuirán al conocimiento académico y profesional sobre la práctica del Trabajo Social Clínico en salud.

La información será almacenada en una base de datos protegida mediante cifrado en tránsito y en reposo, con acceso restringido solo a la investigadora responsable y su tutor académico. Los datos serán anonimizados antes del análisis y conservados tras la finalización del estudio, por un periodo determinado, luego serán eliminados de forma segura.

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Marisela Flores Araya, marisela.flores@postgrado.uv.cl, +56997005241.

Anexo C: Tabla 4: Experiencias previas y conocimiento del TSC ($n=104$)

Pregunta	Sí		No		No seguro/a; No sé	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
¿Ha trabajado con profesionales TSC?	64	61,5%	25	24,0%	15	14,4%
¿Ha participado en espacios de supervisión clínica o reflexión psicosocial?	72	69,2%	25	24,0%	7	6,7%
¿Había oído hablar del TSC antes del cuestionario?	69	66,3%	30	28,8%	5	4,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile, 2025).

Anexo C: Tabla 5: Afirmaciones vinculadas a los Niveles de conocimiento del TSC (n=104)

Afirmación	Verdadero		Falso		No sé	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cree usted que el TSC se limita exclusivamente a la intervención individual.	5	4,8%	88	84,6%	11	10,6%
El TSC considera el contexto institucional como parte del proceso clínico.	87	83,7%	3	2,9%	14	13,5%
Usted cree que el TSC busca comprender el sufrimiento desde dimensiones sociales y subjetivas.	64	61,5%	22	21,2%	18	17,3%
Usted cree que el TSC requiere	93	89,4%	3	2,9%	8	7,7%

formación especializada en salud mental y enfoque psicosocial.						
El TSC reemplaza el trabajo comunitario por atención individual.	6	5,8%	82	78,8%	16	15,4%
El TSC promueve la coordinación interprofesional en salud.	94	90,4%	2	1,9%	8	7,7%
El TSC promueve la coordinación interprofesional.	92	88,5%	1	1%	11	10,6%
El TSC se centra en el bienestar emocional y relacional de los usuarios	89	85,6%	4	3,8%	11	10,6%
El TSC es equivalente a acompañamiento social administrativo	27	26%	49	47,1%	28	26,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile,2025).

Anexo C: Tabla 6. Contribución y Barreras del TSC según los y las profesionales participantes.

Afirmación	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		En acuerdo		Totalmente de acuerdo		No aplica / No sé	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
El TSC aporta a la colaboración interdisciplinaria en mi equipo.	6	5,8 %	1	1%	3	2,9 %	19	18,3 %	62	59,6 %	13	12,5 %
El TSC mejora la adherencia terapéutica en casos	4	3,8 %	1	1,1 %	7	6,7 %	21	20,2 %	61	58,7 %	10	9,6 %

complejos.												
El TSC promueve un enfoque biosociocultural integral.	7	6,7 %	1	1,1 %	4	3,8 %	21	20,2 %	63	60,6 %	8	7,7 %
El TSC favorece la comprensión de los factores relacionales que inciden en la salud.	6	5,8 %	1	1,1 %	1	1,1 %	24	23,1 %	64	61,5 %	8	7,7 %
El TSC contribuye al fortalecimiento de la salud.	5	4,8 %	5	4,8 %	3	2,9 %	24	23,1 %	50	48,1 %	17	16,3 %

alecimiento de la prevención secundaria y terciaria												
El TSC tiene poca aplicabilidad en salud pública. (invertido)	42	40,4 %	26	25 %	6	5,8 %	9	8,7 %	7	6,7 %	14	13,5 %
El TSC dificulta la coordinación con otras disciplinas.	50	48,1 %	31	29,8 %	3	2,9 %	3	2,9 %	3	2,9 %	14	13,5 %
El TSC	3	2,9 %	1	1%	4	3,8 %	20	19,2 %	67	64,4 %	9	8,7 %

aporta a la calida d de ate nción psicos ocial en dist intos nivele s (perso na, fa milia y comun idad)												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile, 2025).

Anexo C: Tabla 7. Barreras y Facilitadores del TSC según los y las profesionales participantes

Afirmación	Sí		No		No estoy seguro/a	
	Fre Cuen Cia	Por centual	Fre Cuen cia	Por centual	Fre Cuen cia	Por Cen Tual
En mi establecimiento existe reconocimiento formal del rol TSC.	33	31,7%	33	31,7%	38	36,5%
Hay oportunidades de capacitación en TSC.	19	18,3%	43	41,3%	42	40,4%
Se cuenta con apoyo de directivos para fortalecer el enfoque TSC.	16	15,4%	37	35,6%	51	49,0%
La alta carga asistencial dificulta la práctica del TSC.	52	50%	17	16,3%	35	33,7%
Existen cargos específicos para TSC.	26	25%	35	33,7%	43	41,3%
Hay desconocimiento del TSC entre directivos o equipos.	66	63,5%	10	9,6%	28	26,9%
La rotación de personal afecta la continuidad del TSC	66	63,5%	14	13,5%	24	23,1%
Falta coordinación intersectorial para implementar el TSC.	64	61,5%	11	10,6%	29	27,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre Trabajo Social Clínico en salud pública (Chile, 2025).