

**Rol terapéutico del Trabajador Social Clínico en Programa de Salud Mental de
Aysén, año 2025.**

Rocio Soledad Aymara Rogel Jara.

Profesor Guía: Cristian Pineda Arcuri

22 de Diciembre de 2025

Resumen

El Trabajo Social Clínico desarrolla herramientas desde un enfoque biopsicosocial para una intervención terapéutica orientada al bienestar socioemocional y mental de las personas, familias y comunidades, fomentando un análisis de la interacción entre sistemas; estableciendo estrategias pertinentes a la construcción de realidad de los sujetos. Por lo que, la presente investigación cualitativa, tiene como objetivo analizar los discursos y prácticas profesionales en torno al rol terapéutico del Trabajo Social Clínico dentro del Programa de Salud Mental en Atención Primaria (PROSAM) en la comuna de Aysén, Región de Aysén, Chile, a partir de seis entrevistas semiestructuradas que enmarcan la interdisciplinariedad de la intervención, divididos entre tres entrevistas semiestructuradas a: Médicos Generales, Psicólogos y Trabajadores Sociales Clínicos.

Palabras clave: *Trabajo social, terapia, salud mental.*

Abstract

Clinical Social Work develops tools based on a biopsychosocial approach to promote the socioemotional and mental well-being of individuals, families, and communities. This perspective encourages an analysis of the interaction between systems and the implementation of strategies relevant to the construction of personal and social realities. Accordingly, this qualitative study aimed to analyze the discourses and professional practices surrounding the therapeutic role of Clinical Social Work within the Mental Health Program in Primary Health Care (PROSAM) in the commune of Aysén, Aysén Region, Chile. The research was conducted through six semi-structured interviews that reflect the interdisciplinary nature of the intervention, including three interviews with General Practitioners, three with Psychologists, and three with Clinical Social Workers.

Keywords: *Social work, therapy, mental health.*

Introducción

En el contexto Latinoamericano, la preocupación institucional por la salud mental empezó a consolidarse durante la década de 1960, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó seminarios regionales que impulsaron el estudio y la planificación de los servicios de salud mental en la región (Dávila, Campos, Rodríguez., & Reyes, 2024).

En este marco, la presente investigación busca conocer de qué manera el Trabajo Social Clínico puede impactar en el abordaje de esta desigualdad en la salud mental desde su rol Terapéutico.

Partiendo de la base, que el modelo de salud mental pública es relativamente reciente, siendo visualizado como un sistema articulado entre Atención Primaria, comunitaria y política de salud. En Chile, la historia de la salud mental presenta un principal realce a partir de los años 90, avanzando hacia un modelo más descentralizado e integrado, con atención de salud mental incorporada en los centros de atención primaria (Manzanares, 2024). Por lo señalado la salud mental en Latinoamérica y en Chile ha transitado desde modelos hospitalarios y segregadores hacia políticas que promueven la integración comunitaria, la atención en el primer nivel y la prevención. Sin embargo, ese tránsito ha sido lento, con rezagos institucionales, falta de legislación específica, y persistencia de estigmas culturales que dificultan una atención plena y equitativa, sumado a las características territoriales de aislamiento en el área rural, por lo que los servicios de salud mental enfrentan barreras estructurales, sociales y organizativas que limitan seriamente la atención de la población.

En este contexto, considerando las características demográficas de la comuna de Aysén, las limitaciones de acceso a la salud mental y los desafíos que esta desigualdad multidimensional plantea al Trabajo Social Clínico, resulta pertinente formular como Objetivo General: Analizar los discursos y las prácticas profesionales en torno al rol

terapéutico del Trabajo Social Clínico dentro del Programa de Salud Mental en Atención Primaria en la comuna de Aysén. Este análisis se realiza a partir de la exploración de las experiencias de Médicos Generales, Psicólogos y Trabajadores Sociales Clínicos durante los últimos cinco años. A partir de este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos: examinar los discursos narrativos de Médicos Generales, Psicólogos y Trabajadores Sociales Clínicos en torno al rol terapéutico del Trabajo Social Clínico en el Programa de Salud Mental en Atención Primaria de la comuna de Aysén, describir las formas de intervención y la construcción del vínculo terapéutico atribuidas al Trabajo Social Clínico, a partir de las experiencias profesionales de los equipos interdisciplinarios e identificar los desafíos y proyecciones del ejercicio del rol terapéutico del Trabajo Social Clínico en el contexto de la Atención Primaria.

Atención Primaria.

En Chile, desde el año 2000, el Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud, de aquí en adelante PROSAM, “busca fortalecer la salud mental y calidad de vida de las personas, familias y comunidades, a través de la promoción, prevención y atención integral en el ciclo vital” (Ministerio de Salud, 2018, pp. 29). Este programa se inserta en el marco de la Atención Primaria de Salud como estrategia central del sistema sanitario, orientada a disminuir brechas de acceso y fortalecer un enfoque integral, territorial y comunitario (OMS, 1978; OPS, 2007).

En la comuna de Aysén —compuesta por Puerto Aysén, Puerto Chacabuco, Mañihuales, Los Torreones y Puerto Aguirre (isla)— el PROSAM se implementa a través de CESFAM, CECOSF y Postas Rurales, articulados en una red territorial dependiente del Servicio de Salud Aysén. Esta organización busca responder a las particularidades del territorio y minimizar el impacto del aislamiento geográfico en el acceso a la salud, considerando las

condiciones de ruralidad, dispersión poblacional y limitaciones estructurales propias de la región.

Diversos estudios han señalado que la ruralidad en Chile constituye un determinante social de la salud que incide directamente en el acceso, la continuidad de la atención y la disponibilidad de recursos humanos especializados (Montoya-Aguilar, 2019; Ramírez & Rivera, 2020). En territorios rurales y aislados, como la región de Aysén, estas brechas se profundizan debido a la distancia a centros urbanos, la escasez de profesionales de la salud mental y la alta rotación de equipos, lo que tensiona la implementación efectiva de las políticas públicas sanitarias (Manrique, 2018; Manzanares, 2024).

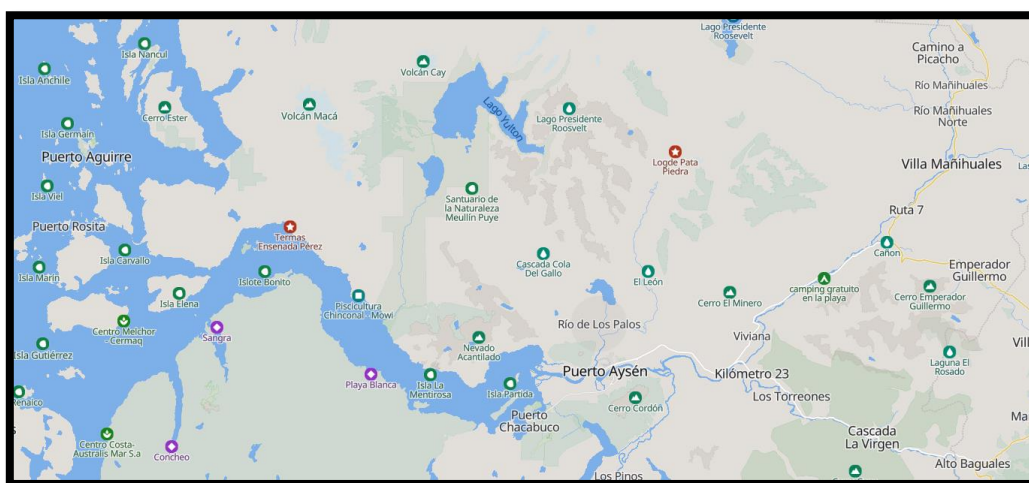
En el ámbito específico de la salud mental, investigaciones nacionales advierten que las zonas rurales enfrentan mayores dificultades para el acceso oportuno a prestaciones especializadas, continuidad terapéutica y abordajes preventivos, reforzando el rol estratégico de la Atención Primaria como principal dispositivo de atención en salud mental comunitaria (Alvarado & Oyarce, 2015; Monreal, 2021). En este contexto, el PROSAM adquiere una relevancia central al constituirse como la principal puerta de entrada al sistema de salud mental, asumiendo funciones clínicas, preventivas y comunitarias que buscan responder a las necesidades psicosociales de la población desde un enfoque biopsicosocial e interdisciplinario.

De este modo, la implementación del PROSAM en la comuna de Aysén no solo debe comprenderse como la aplicación de una política pública nacional, sino como un proceso situado, atravesado por las particularidades de la ruralidad, el aislamiento territorial y las desigualdades estructurales que caracterizan a la región. Estas condiciones refuerzan la necesidad de modelos de intervención flexibles, comunitarios y territorialmente pertinentes, así como de equipos de salud capaces de articular dimensiones clínicas, sociales y

relacionales en la atención de la salud mental, particularmente en contextos donde el acceso a niveles secundarios y terciarios es limitado.

Con una población estimada por Instituto Nacional de Estadística (2024) de 23.170 mil sujetos, este programa busca fortalecer la atención en salud mental a nivel comunitario, integrándose en el sistema de atención primaria para mejorar el acceso y la calidad de los servicios para la población.

Con el propósito de poder reflejar lo referido, se presenta el mapa de la comuna de Aysén¹, la cual se encuentra emplazada en la zona austral de Chile, caracterizada por una topografía accidentada que incluye sectores de montaña, fiordos, valles y costas.



Como se visualiza en la imagen, la comuna de Aysén se caracteriza por un aislamiento geográfico estructural, determinado por su extensa superficie territorial y una conectividad limitada tanto terrestre como marítima, sumado a las condiciones climáticas adversas y dependencia de medios de transporte sujetos a estacionalidad, lo que configura un escenario de limitación al acceso de variados servicios básicos para gran parte de su población.

¹ Desarrollado a través de la página Mapcarta (<https://mapcarta.com/es/20095672>). La comuna de Aysén es una unidad territorial y administrativa ubicada en la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, en el extremo sur de Chile. Forma parte de la Provincia de Aysén, junto con las comunas de Cisnes y Guaitecas. Tiene una superficie aproximada de 29.892 km², convirtiéndola en una de las comunas más extensas de Chile.

➤ **PROSAM en Atención Primaria.**

Comprendiendo que la Atención Primaria es el primer nivel de contacto de las personas, las familias y la comunidad con el sistema de salud, que busca responder a las necesidades de salud de manera integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Promoviendo la participación comunitaria y la equidad en el acceso, siendo a su vez la base para la organización y fortalecimiento de los sistemas de salud. (OMS, 1978; OPS, 2007 y Bustos, 2005). Para PROSAM la prestación de Atención Primaria, dará origen a una confirmación diagnóstica y posteriormente ingreso al programa, en donde podrá permanecer según pertinencia un estimado de entre 8 a 12 meses, con un promedio de acciones de seguimiento post alta en un período de hasta un año de variable intensidad. Con prestaciones por parte de Médico General, Psicólogo y Trabajador Social, establece un abordaje en las diversas áreas de la vida de la persona reconociendo la complejidad de los determinantes sociales de la salud mental y promoviendo una estrategia de intervención interdisciplinaria (Alvarado & Oyarce, 2015) , que incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo; permitiendo una evaluación diagnóstica integral que se concreta en un Plan de Cuidados Integrales (PCI) en conjunto con la persona, el cual incluye: “motivo de consulta co-construido..., objetivos del plan, actividades específica, plazos de las actividades, todas ellas con el consentimiento y la persona” (Ministerio de Salud, 2018, pp.29). Considerando que la co-construcción del relato para White (1993) está ligado a las experiencias y aspectos de su vivencia, que las personas seleccionan y expresa para identificarse, así como configurar y modelar sus relaciones sociales.

➤ **Salud Mental y el Trabajo Social Clínico.**

Entendiendo pues que “se habla de Salud Mental en los ámbitos clínico, social, cultural y desde la perspectiva de los Derechos Humanos” (Díaz et al.,2020, pp.6), posicionando, por

ende, a esta desde un enfoque biopsicosocial, el Trabajo Social Clínico tiene un rol terapéutico donde aborda el malestar psicosocial de las personas, “trabajamos con las capacidades personales del paciente porque vamos al centro de la persona, a lo que tuvo y perdió, a lo que aún puede hacer y no sabe cómo” (López, 2021, pp14.)

Por ende, el Trabajo Social Clínico al ser una especialidad, que se centra en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas psicosociales y emocionales de individuos, familias y grupos, es clave desde su perspectiva integral en cuanto a su enfoque terapéutico, clínico y psicoeducativo, teniendo siempre en cuenta la historia de la persona, su contexto sociocultural y las estructuras de poder que inciden en su vida (Goldstein, 2001). Según Turner (2017), este integra principios de las ciencias del comportamiento, teorías del desarrollo humano y metodologías de intervención terapéutica, con el objetivo de fortalecer el bienestar psicológico y social de la persona. Esta disciplina se basa en una comprensión profunda de la interacción entre factores individuales, familiares y contextuales, desde una intervención terapéutica, que no se limita al tratamiento de la sintomatología. Por contrario como señalan Hepworth, Rooney y Larsen (2016), el Trabajo Social Clínico cumple una función crucial como agente terapéutico al establecer una alianza colaborativa con la persona, promoviendo el empoderamiento y favoreciendo procesos de resiliencia, “no solo debemos buscar recursos ..., sino, centrarnos en la relación profesional trabajadora social -persona atendida”. (López, 2021, pp.13). Comprendiendo que el vínculo terapéutico que se establece es considerado uno de los factores más determinantes para el éxito de la intervención, en relación al cumplimiento del objetivo terapéutico co-creado en el Plan de Cuidado Integral.

Metodología

En consideración a los objetivos expuestos, la presente investigación se sustenta en un enfoque cualitativo, que permitió explorar en profundidad las experiencias, percepciones

y significados construidos por los actores sociales en relación con el fenómeno estudiado. Desde esta perspectiva, se reconoce la naturaleza subjetiva del conocimiento y se valora la comprensión contextual de los discursos (Denzin & Lincoln, 2018).

La técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, debido a que posibilita explorar temas predeterminados y, al mismo tiempo, otorga flexibilidad para profundizar en los discursos emergentes durante la interacción (Vásquez et al., 2006). Aplicada a Médicos Generales (n = 2), Psicólogos (n = 2) y Trabajo Social Clínico (n = 2), con el propósito de establecer una triangulación del estudio, al contar con diversas experiencias desde un enfoque profesional en salud mental. Para lo señalado la muestra fue de tipo intencional, con profesionales que contaban con al menos tres años de experiencia en el ámbito clínico, ambos géneros, con un rango etario de 27 a 37 años y que se encuentren trabajando en Atención Primaria de la Comuna de Aysén.

La herramienta de recolección, consistió en una pauta de entrevista elaborada en función de los objetivos de la investigación, organizada en cuatro dimensiones: Programa de Salud Mental en Atención Primaria, Rol del Trabajador Social en Atención Primaria, Rol terapéutico del Trabajo Social Clínico, Experiencias de trabajo interdisciplinario, Desafíos y Proyecciones.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado de los participantes, y posteriormente transcritas para su análisis mediante la plataforma digital TurboScribe (<https://turboscribe.ai/es/>). Una vez obtenidas las transcripciones, se procedió al análisis desde el enfoque del análisis del discurso narrativo (Riessman, 2008), entendido como una estrategia analítica orientada a examinar la manera en que los sujetos organizan, estructuran y dotan de sentido a sus experiencias a través del relato.

Desde esta perspectiva, el análisis se centró en la identificación de estructuras narrativas, posicionamientos discursivos, metáforas y formas de representación del yo y del otro, reconociendo que los relatos no solo describen experiencias, sino que también las construyen en diálogo con marcos socioculturales, históricos e ideológicos más amplios. Este proceso analítico se desarrolló mediante una codificación abierta y axial, apoyada en el software Atlas.ti (versión 25), lo que permitió sistematizar los discursos, agrupar categorías emergentes y elaborar mapas conceptuales que evidenciaron la articulación entre los relatos individuales y los contextos sociales que los configuran.

De este modo, el análisis de los resultados se sustentó en una articulación dialéctica entre teoría y práctica, en la que los conceptos teóricos del análisis del discurso narrativo orientaron la interpretación de los datos empíricos, mientras que las narrativas de los participantes posibilitaron problematizar, matizar y enriquecer dichos marcos conceptuales, favoreciendo una comprensión situada y relacional de los fenómenos estudiados.

Con referencia a las consideraciones éticas, la investigación se sustenta en el consentimiento informado como principio ético fundamental para garantizar la autonomía de los participantes, permitiéndoles tomar decisiones voluntarias y conscientes sobre su participación en la investigación (Beauchamp & Childress, 2019). Este proceso implicó una comunicación clara donde se explicó la naturaleza voluntaria de su participación, el uso confidencial de los datos, su derecho a retirarse en cualquier momento y el resguardo de su identidad mediante pseudónimos en la transcripción de los discursos. Además, se garantizará el almacenamiento seguro de los registros y protocolos de anonimato en la eventualidad de la publicación de resultados.

Para resguardar los antecedentes personales de los participantes, se trabajó la codificación de la muestra a partir de la intencionalidad de la misma. Representado en la Tabla 1.

Profesión	Años de Experiencia en Atención Primaria	Genero	Edad	Codificación
MG	06	M	31	MG: 06, M, 31
MG	06	F	31	MG: 06, F, 31
PS	04	F	34	PS: 04, F, 34
PS	05	F	35	PS: 05, F, 35
TS	03	F	29	TS: 03, F, 29
TS	03	F	32	TS: 03, F, 32

Se utilizó ChatGPT (OpenAI, 2025) como herramienta de apoyo para la revisión gramatical y la clarificación conceptual del texto. El contenido final fue revisado y validado por la autora.

Resultados y Discusiones

Programa de Salud Mental en Atención Primaria

Los resultados evidencian que el Programa de Salud Mental en Atención Primaria (PROSAM) ha experimentado transformaciones significativas en su orientación operativa, particularmente durante el período 2020–2022, marcado por la pandemia por COVID-19. Este contexto excepcional produjo una reconfiguración de las prácticas en salud mental, desplazando el énfasis desde un modelo promocional–preventivo hacia un abordaje predominantemente asistencial, centrado en la contención de la demanda y la resolución inmediata de problemáticas agudas, como se señala “el modo de trabajo en pandemia, por lo menos en salud mental, era muy asistencial. Tuvimos que cubrir harto también pacientes de psiquiatría, un tema de demanda y de falta de recursos humanos” (MG: 06, M, 31). Por ende, como refiere el Médico General, desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud, este giro asistencial resulta especialmente problemático, ya que contradice los principios

fundacionales del modelo, orientados a la promoción de la salud, la prevención del daño y la intervención temprana desde un enfoque territorial y comunitario (OMS, 1978; OPS, 2007). Tal como señalan Bustos (2005) y Saforcada et al. (2010), la asistencialización sostenida de la Atención Primaria no solo sobrecarga a los equipos, sino que también limita la capacidad del sistema para abordar los determinantes sociales de la salud mental, reproduciendo respuestas fragmentadas frente a problemáticas complejas.

Consistente con lo señalado por Alvarado y Oyarce (2015), en escenarios de crisis sanitaria, la Atención Primaria tiende a replegarse hacia lógicas biomédicas y asistenciales, tensionando su mandato comunitario y preventivo. Esta situación tensiona los principios de promoción y prevención de la atención primaria, instalando el desafío de “retornar al modelo más promocional preventivo de la atención primaria y dejar de lado la asistencialidad” (MG: 06, M, 31), pues “en la atención primaria el enfoque del Programa Salud Mental es totalmente más como comunitario, más trabajo en grupo y no tan personalizado” (MG: 06, F, 31).

Los resultados también evidencian que el PROSAM, en su diseño programático, se sustenta en un enfoque comunitario que privilegia estrategias colectivas y territoriales por sobre intervenciones exclusivamente individualizadas, coherente con la tradición latinoamericana de salud mental comunitaria (Alvarado et al., 2018; Carballeda, 2013). Esta orientación se expresa en la relevancia otorgada al trabajo interdisciplinario y, particularmente, en la implementación de duplas profesionales psicólogo–trabajador social como estrategia central para la promoción y prevención en salud mental, en la comuna de Aysén, se señala que “en general el trabajo de promoción y prevención lo hemos estado moviendo sobre todo en dupla, tratando de que trabaje la dupla psicólogo-trabajador social de la mano” (MG: 06, F, 31). Dicho modelo de trabajo dialoga con los planteamientos de Montero (2004), quien destaca que las intervenciones comunitarias efectivas requieren

abordajes colaborativos, donde los saberes clínicos y sociales se articulen en función del territorio y sus dinámicas relacionales.

En este contexto, emerge con fuerza la resignificación progresiva del rol del Trabajo Social Clínico al interior de los equipos de salud mental, como se señala por parte de la Trabajadora Social “antes se veía la trabajadora social más asistencialista...ahora ya desde una mirada clínica, hacer una intervención con un modelo, que tengamos objetivos, vinculación familiar” (TS: 03, F, 32), lo cual es reconocido como “algo mucho más íntegro que lo que se hacía antiguamente” (TS: 03, F, 29). Los relatos dan cuenta de un tránsito desde una concepción históricamente asistencialista del Trabajo Social hacia una práctica clínica más estructurada, relacional y orientada a objetivos terapéuticos claros. Este proceso se alinea con los desarrollos teóricos del Trabajo Social Clínico contemporáneo, que concibe la intervención terapéutica como un espacio de co-construcción de sentido, fortalecimiento del vínculo y abordaje del malestar psicosocial desde una perspectiva biopsicosocial (Goldstein, 2001; Turner, 2017; López, 2021).

Asimismo, la valorización creciente del Trabajo Social Clínico como un actor “más íntegro” dentro del equipo da cuenta de una ampliación del reconocimiento de sus competencias clínicas, particularmente en lo referido al trabajo con familias, la contextualización de las problemáticas y la articulación de redes de apoyo, se señala que “antiguamente el rol del trabajador social era asistencialista, entonces han tenido que ir transformando y evolucionando desde dentro de ese rol” (PS: 04, F, 34). Tal como plantean Hepworth et al. (2016), la especificidad terapéutica del Trabajo Social radica precisamente en su capacidad para integrar dimensiones individuales, familiares y estructurales en la intervención, superando dicotomías entre lo clínico y lo social.

Trabajo Social Clínico

Tal como evidencian los resultados, el Trabajo Social Clínico en Atención Primaria de Salud se configura como un rol altamente polifuncional, frecuentemente tensionado entre tareas clínicas, administrativas, comunitarias y sociales. Esta multiplicidad de funciones sitúa al profesional en una posición de constante “tironeo” entre demandas institucionales y necesidades de atención directa, lo que coincide con la literatura que describe la polivalencia del rol del trabajador social en contextos de Atención Primaria y su impacto en la profundidad y calidad de la intervención profesional (Bustos, 2005 y OPS, 2007).

Desde la perspectiva de los propios actores, el Trabajo Social Clínico se caracteriza por una mirada integral de la intervención, construida progresivamente a partir de la experiencia en el campo de la salud. Como señala una de las participantes, “nosotros sabemos de todo, sobre todo el trabajador social del área de salud... se va aprendiendo en el transcurso del ejercicio, aprendes de fármacos, aprendes de diagnósticos, aprendes de todo un poco” (TS: 03, F, 32). Esta formación situada y transversal permite al trabajador social desenvolverse en múltiples espacios dentro de los equipos de salud, participando en rescates, visitas domiciliarias, controles de salud mental, entrevistas de diversa índole y el desarrollo de talleres, particularmente aquellos orientados a la Intervención Psicosocial Grupal (IPG) (PS: 05, F, 35). Asimismo, se reconoce su participación en atenciones clínicas individuales y grupales, orientadas a favorecer el proceso terapéutico y el bienestar integral de los usuarios (MG: 06, F, 31).

Los discursos también destacan el lugar estratégico que ocupa el Trabajo Social Clínico como primer punto de contacto con los usuarios en Atención Primaria. Los profesionales señalan que cuentan con tiempos destinados para realizar una primera evaluación, establecer el vínculo inicial y acoger la demanda, lo que resulta especialmente

relevante considerando que los usuarios suelen ingresar al sistema en contextos de malestar emocional o crisis psicosocial. En este sentido, se afirma que “los pacientes, por lo menos en APS, no llegan porque estén bien anímicamente... entonces su primera entrada prácticamente es con el asistente social” (PS: 05, F, 35). Esta posición inicial facilita una intervención que integra dimensiones sociales, familiares y emocionales del bienestar, lo que es valorado por los equipos de salud como un aporte distintivo del Trabajo Social Clínico al proceso de atención (MG: 06, F, 31).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la comprensión del Trabajo Social Clínico como un actor clave en la Atención Primaria, cuya mirada integral y capacidad de articulación interdisciplinaria amplían las posibilidades de una atención en salud mental más comprensiva y contextualizada. No obstante, la polifuncionalidad del rol también plantea desafíos en términos de delimitación de funciones y sostenibilidad de la intervención clínica, cuestión ampliamente discutida en estudios previos y que emerge como un nudo crítico para el fortalecimiento del Trabajo Social Clínico en el nivel primario de atención.

Percepción del rol terapéutico del Trabajo Social Clínico

En primer lugar, los hallazgos evidencian que el rol terapéutico del Trabajo Social Clínico en Atención Primaria de Salud se caracteriza por una marcada mirada integral, en coherencia con los principios del modelo biopsicosocial y las prácticas colaborativas propias de este nivel de atención (Alvarado & Oyarce, 2015; Díaz et al., 2020). Los discursos dan cuenta de que, en la práctica cotidiana, el Trabajo Social Clínico opera frecuentemente como la primera puerta de entrada a la atención en salud mental, asumiendo funciones de evaluación inicial, contención emocional, articulación con redes de apoyo y seguimiento de los casos. Estos resultados se alinean con la literatura que reconoce al Trabajo Social Clínico como un profesional capaz de integrar dimensiones clínicas, sociales y psicoeducativas en la

intervención terapéutica, tal como lo plantean Goldstein (2001), Hepworth et al. (2016) y Turner (2017).

No obstante, esta centralidad del rol se ve tensionada por una débil delimitación de sus funciones en el nivel primario. Los profesionales señalan que “está súper poco definido como cuál es el rol. Quizás a nivel secundario o terciario está más definido, pero en atención primaria yo veo al trabajador social como alguien que está como tironeado por todas partes, porque resuelve” (MG: 06, M, 31). En esta línea, se reconoce que el Trabajo Social Clínico cumple un rol global respecto del usuario índice, abordando simultáneamente dimensiones familiares, comunitarias y educativas (PS: 04, F, 34). Esta condición lo posiciona como un actor clave dentro del sistema de salud, siendo descrito como la “puerta de entrada al sistema”, receptor de alertas de alto riesgo —incluyendo riesgo suicida— y responsable de una evaluación diagnóstica inicial considerada fundamental para la continuidad del cuidado (MG: 06, M, 31).

En relación con la intervención terapéutica, los discursos destacan que el Trabajo Social Clínico despliega un abordaje amplio e integrador, diferenciándose de otros profesionales del equipo de salud por su capacidad de articular múltiples dimensiones del bienestar. Como expresa una participante: “mi rol tiene enfoque con todo. Por ejemplo, el doctor ve los medicamentos, el psicólogo los sentimientos, nosotros es el manejo de todo” (TS: 03, F, 29). Este enfoque se materializa en acciones terapéuticas y psicoeducativas diversas, que incluyen orientación, comunicación comunitaria, elaboración de material informativo y participación en espacios de difusión territorial, como medios radiales locales (TS: 03, F, 32). De este modo, la intervención del Trabajo Social Clínico se configura como un espacio terapéutico accesible, continuo y protector, donde la escucha activa y la presencia

sostenida adquieren un valor central en el proceso de recuperación del usuario (MG: 06, M, 31).

Respecto del vínculo terapéutico, los hallazgos subrayan su relevancia como componente estructural de la intervención clínica en Trabajo Social. Al ser visualizado como el primer contacto de la comunidad con el sistema de salud, el Trabajo Social Clínico asume un rol clave en la generación de confianza, la clarificación de expectativas y la contención inicial de la demanda. En palabras de los participantes, “es muy importante el vínculo que tengamos en el primer momento con el usuario y despejar dudas también” (TS: 03, F, 32), cumpliendo una función relevante en la derivación oportuna y el enlace precoz a tratamientos de urgencia cuando la situación lo requiere (MG: 06, M, 31). Asimismo, se reconoce que, en procesos terapéuticos de mayor duración, la ausencia de un vínculo clínico sólido dificulta la adherencia y la confianza del usuario (PS: 05, F, 35).

Finalmente, el vínculo terapéutico emerge como un elemento decisivo para el éxito del Plan de Cuidados Integrales (PCI). El Trabajador Social Clínico, es valorado como un profesional capaz de construir un espacio seguro, empático y continuo, en consonancia con las teorías que destacan la alianza terapéutica como uno de los predictores más consistentes de resultados positivos en salud mental, incluso por sobre el tipo específico de técnica utilizada (Hepworth et al., 2016). Esta dimensión adquiere especial relevancia en territorios aislados como la comuna de Aysén, donde las barreras de acceso geográfico y la escasez de especialistas refuerzan el papel del vínculo profesional–usuario como un sostén fundamental del proceso terapéutico.

Experiencias de trabajo interdisciplinario

En Atención Primaria de Salud, la atención a los usuarios se desarrolla a partir de equipos interdisciplinarios amplios y diversos, integrados por profesionales como matronas,

enfermeras, médicos, técnicos en enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales y psicólogos, que operan desde un enfoque predominantemente comunitario (PS: 05, F, 35). En este contexto, el Trabajo Social Clínico es reconocido por su capacidad de complementar y reforzar el quehacer de otras disciplinas, aportando una comprensión integral de la realidad del usuario. Como señalan los participantes, el trabajador social “sabe todo lo que no ven los otros profesionales” (TS: 03, F, 32), lo que resulta fundamental para construir miradas compartidas y definir intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas. De este modo, la colaboración interdisciplinaria se sustenta en la complementariedad de saberes y en la búsqueda de acuerdos respecto a “qué es lo mejor para el usuario desde cada área” (PS: 05, F, 34).

No obstante, los discursos también dan cuenta de tensiones al interior de los equipos, las cuales se asocian principalmente al desconocimiento de los límites y alcances de los roles profesionales. Algunos participantes señalan que, estas fricciones emergen a partir de interrogantes respecto de las funciones propias de cada disciplina, tales como “¿cuál es mi función y cuál es tu función?” (MG: 06, F, 31). Pese a ello, dichas tensiones tienden a resolverse mediante estrategias informales de comunicación y coordinación, destacándose relaciones de trabajo colaborativas y de confianza entre los integrantes del equipo. En este sentido, se valora la existencia de vínculos fluidos con otros profesionales, particularmente con el equipo médico, lo que facilita la resolución de dudas clínicas y la atención oportuna de las necesidades de los usuarios (TS: 03, F, 29).

Sin embargo, la amplitud y flexibilidad del rol del Trabajo Social Clínico también se traduce en una persistente ambigüedad profesional, especialmente en el ámbito de la salud mental comunitaria. Los participantes identifican una falta de claridad respecto de los límites y responsabilidades del Trabajo Social Clínico, que influye en la sobrecarga de funciones y

a la intensificación del trabajo, particularmente en territorios rurales donde las brechas de acceso a especialistas y recursos son estructurales (Manzanares, 2024). Esta indeterminación del rol, si bien permite responder de manera flexible a las demandas del territorio, también expone a los profesionales a exigencias excesivas y a una dilución de la función terapéutica.

Desde una perspectiva analítica, la relación interdisciplinaria emerge como un eje central para comprender el significado y alcance del rol terapéutico del Trabajo Social Clínico. Los equipos son descritos como espacios diversos, con una fuerte orientación comunitaria, en los cuales el Trabajo Social Clínico cumple una función mediadora entre dimensiones sociales, familiares y subjetivas que no siempre son visibles para otras disciplinas. Esta comprensión se alinea con la literatura que sostiene que las intervenciones integrales en salud mental se fortalecen cuando los equipos reconocen las competencias específicas de cada profesión y las articulan en torno a un plan de cuidados compartido (White, 1993; Riessman, 2008). No obstante, los mismos discursos evidencian que la ausencia de una definición clara del rol dificulta esta articulación, reforzando la necesidad de fortalecer los espacios formales de coordinación, comunicación y formación interprofesional.

A nivel práctico e institucional, los resultados sugieren la necesidad de avanzar hacia: (a) programas de capacitación especializada en intervención clínica y salud mental comunitaria para trabajadores sociales; (b) el reconocimiento normativo del Trabajo Social Clínico en el Código Sanitario; (c) el establecimiento de lineamientos institucionales que regulen las cargas laborales y aseguren tiempos efectivos destinados a la atención clínica; (d) el desarrollo de perfiles profesionales diferenciados que distingan funciones clínicas, comunitarias y administrativas; y (e) estrategias sistemáticas de fortalecimiento del trabajo interdisciplinario, orientadas a reducir tensiones y optimizar la coordinación de los cuidados en Atención Primaria de Salud.

Desafíos y Proyecciones

En relación con los desafíos para el desarrollo del rol terapéutico del Trabajo Social Clínico, los resultados evidencian una serie de factores estructurales y formativos que limitan su consolidación en Atención Primaria de Salud. Entre estos se identifican la insuficiente capacitación especializada, la ausencia de reconocimiento en el Código Sanitario, la sobredemanda asistencial y la falta de perfiles claramente diferenciados entre Trabajo Social Clínico y Trabajo Social de gestión. Estas problemáticas coinciden con estudios chilenos y latinoamericanos que sostienen que el fortalecimiento de la salud mental comunitaria requiere políticas orientadas a la profesionalización, el reconocimiento normativo y una distribución más equitativa de las cargas laborales, especialmente en contextos de Atención Primaria (OPS, 2007; Alvarado & Oyarce, 2015; Dávila et al., 2024). A continuación, se desarrollan estos puntos señalados:

1) Capacitación:

Uno de los principales desafíos identificados se relaciona con la formación especializada del Trabajo Social Clínico. Los discursos revelan que muchos profesionales no se sienten suficientemente preparados para abordar problemáticas complejas en salud mental, lo que genera inseguridad en el ejercicio del rol terapéutico. Como señala un participante, “quizás el trabajador social no se siente capacitado para ciertas cosas, entonces deberíamos capacitarlos para que se sienta cómodo haciendo lo que el programa o la atención de salud necesita finalmente” (MG: 06, F, 31). Esta percepción se vincula con diagnósticos regionales que advierten una brecha entre la formación generalista del Trabajo Social y las exigencias clínicas que impone la salud mental comunitaria en Atención Primaria (Montero, 2004; Alvarado et al., 2018).

En esta línea, se enfatiza que la intervención en salud mental requiere competencias clínicas específicas y procesos de especialización progresiva, ya que “no cualquiera puede trabajar con gente con problemas de salud mental, requiere más especialización” (TS: 03, F, 29). Estudios chilenos han señalado que la ausencia de formación clínica sistemática en el pregrado obliga a los profesionales a adquirir competencias de manera informal, lo que puede afectar la calidad y seguridad de la intervención (Aylwin & Solar, 2016; Valenzuela & Correa, 2020).

Asimismo, se releva la necesidad de fortalecer habilidades vinculadas a la identificación de sospechas diagnósticas, la evaluación psicosocial y la articulación con redes de rehabilitación, aspectos coherentes con el modelo biopsicosocial promovido por el sistema de salud chileno (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018). En este sentido, se reconoce que el enfoque clínico del Trabajo Social debe ser profundizado mediante formación de posgrado y capacitación continua, particularmente en territorios donde el Trabajo Social Clínico asume funciones de primera acogida y evaluación inicial (MG: 06, F, 31).

2) Reconocimiento en el Código Sanitario:

Otro desafío central se vincula con la ausencia del Trabajo Social Clínico en el Código Sanitario chileno, situación que tiene efectos directos en la legitimidad y autonomía del ejercicio profesional. Los participantes señalan que “el trabajador social no tiene código sanitario, entonces eso genera ya una merma en los procesos adecuados... desde el área clínica, desde la atención al usuario” (PS: 05, F, 34). Esta exclusión ha sido problematizada por diversos autores nacionales, quienes advierten que la falta de reconocimiento normativo limita el desarrollo del rol clínico y reproduce jerarquías biomédicas en los equipos de salud (Aguayo & Castillo, 2019; Santana, 2021).

Desde la perspectiva de los profesionales, la incorporación del Trabajo Social Clínico al Código Sanitario permitiría fortalecer derechos laborales, reconocimiento institucional y condiciones de ejercicio clínico. Tal como señalan los discursos, “hay que apuntar a darle un cambio de mirada al trabajo social clínico, porque desde ahí nacemos, desde la salud” (TS: 03, F, 32). En concordancia, estudios latinoamericanos destacan que el reconocimiento legal de las profesiones psicosociales incide directamente en la calidad de la atención, la continuidad terapéutica y la estabilidad de los equipos interdisciplinarios (Carballeda, 2013; Saforcada et al., 2010).

3) Sobredemanda asistencial:

Un tercer desafío identificado corresponde a la elevada demanda asistencial, vinculada a intervenciones terapéuticas, gestión de casos complejos y abordaje de problemáticas psicosociales crónicas (Matus, 2018 y Centro Latinoamericano de Trabajo Social, 2021), evidenciado en la sobrecarga laboral, ampliación informal de funciones clínicas y tensiones entre el modelo biomédico predominante y el enfoque biopsicosocial propio del trabajo social clínico (Aguayo & Valdés, 2020; Morales & Pérez, 2019). Los discursos evidencian que el trabajador social es requerido transversalmente para múltiples funciones, bajo la lógica de la flexibilidad y la disponibilidad permanente, como señala la Trabajadora Social, “el trabajador social siempre lo ocupan para todo” (TS: 03, F, 32). Esta situación ha sido ampliamente descrita en estudios sobre Atención Primaria en Chile, donde el Trabajo Social aparece como una profesión altamente demandada para la gestión de problemáticas sociales complejas, muchas veces en desmedro de su rol terapéutico (Bustos, 2005; MINSAL, 2018).

La sobredemanda se profundiza en territorios rurales y aislados, donde la escasez de especialistas refuerza la polifuncionalidad del rol y aumenta la carga emocional y laboral del

profesional (Manzanares, 2024; Alvarado et al., 2018). Estas condiciones estructurales reducen las horas efectivas de atención clínica y tensionan la implementación del modelo biopsicosocial, favoreciendo la persistencia de enfoques biomédicos centrados en la resolución rápida de la demanda (Saforcada et al., 2010).

4) Perfil del Trabajo Social Clínico:

Los profesionales destacan la necesidad de definir perfiles diferenciados dentro del Trabajo Social, distinguiendo claramente funciones clínicas, comunitarias y administrativas. Se plantea la importancia de “definir bien perfiles de trabajo social... si va a participar más en el área clínica o si hay otro trabajador social con un perfil más de gestión” (MG: 06, M, 31). Esta demanda se alinea con planteamientos latinoamericanos que advierten que la indefinición de roles contribuye a la fragmentación de la intervención y a la pérdida de identidad profesional en contextos institucionales complejos (Carballeda, 2013; Rozas, 2017).

Asimismo, se reconoce que el desarrollo del rol clínico no depende únicamente de condiciones institucionales, sino también de la disposición subjetiva y ética del profesional para asumir procesos terapéuticos profundos. Tal como señalan los discursos, no todos los trabajadores sociales presentan el perfil o la motivación necesaria para desarrollar intervención clínica sostenida, lo que refuerza la necesidad de procesos formativos diferenciados y criterios claros de asignación de funciones (MG: 06, F, 31).

5) Reconocimiento de horas clínicas:

Finalmente, los resultados evidencian la falta de reconocimiento formal de las horas clínicas del Trabajo Social Clínico como una barrera significativa para el desarrollo de la intervención terapéutica. Pese a la alta demanda de atención en salud mental, los trabajadores sociales continúan asumiendo tareas administrativas que disminuyen su disponibilidad para

la atención clínica (MG: 06, M, 31). Esta situación ha sido descrita en investigaciones nacionales como un factor que desvaloriza la intervención psicosocial y refuerza la hegemonía del modelo biomédico en Atención Primaria (Aylwin & Solar, 2016; Alvarado & Oyarce, 2015).

En consecuencia, aunque el discurso institucional promueve un enfoque integral y psicosocial, en la práctica persisten condiciones organizacionales que limitan el desarrollo pleno del rol terapéutico del Trabajo Social Clínico, afectando la calidad y continuidad de la atención en salud mental comunitaria.

Conclusiones

La presente investigación permitió analizar en profundidad los discursos y prácticas profesionales en torno al rol terapéutico del Trabajo Social Clínico en el Programa de Salud Mental en Atención Primaria de la comuna de Aysén, evidenciando tanto avances significativos en su reconocimiento como persistentes tensiones estructurales que limitan su consolidación. En un contexto territorial marcado por el aislamiento geográfico, la escasez de especialistas y una alta demanda asistencial, el Trabajo Social Clínico emerge como un actor clave para la implementación del modelo biopsicosocial y comunitario promovido por la política pública en salud mental.

En primer lugar, los resultados muestran que existe un reconocimiento progresivo del rol terapéutico del Trabajador Social Clínico por parte del equipo interdisciplinario, particularmente en lo relativo a su capacidad para integrar dimensiones sociales, familiares, emocionales y comunitarias en la intervención. Médicos generales y psicólogos valoran al Trabajo Social Clínico como la primera puerta de entrada al sistema de salud mental, destacando su rol en la evaluación inicial, la contención emocional, el establecimiento del vínculo terapéutico y la articulación con redes formales e informales de apoyo. Este

reconocimiento, sin embargo, no se encuentra plenamente institucionalizado, sino que se sostiene mayoritariamente en la experiencia cotidiana, en la confianza interpersonal y en prácticas colaborativas informales al interior de los equipos, lo que genera una valoración ambivalente y dependiente de los contextos locales y de las trayectorias profesionales individuales.

En segundo lugar, la investigación evidencia que la ausencia de reconocimiento del Trabajo Social Clínico en el Código Sanitario tiene un impacto directo y estructural en el desarrollo del rol terapéutico, especialmente en lo referido al reconocimiento y protección de las horas clínicas. La falta de respaldo normativo limita la autonomía profesional del Trabajo Social Clínico, debilita su legitimidad como agente terapéutico y favorece la asignación de tareas administrativas y de gestión en desmedro del tiempo destinado a la intervención clínica. Esta situación no solo afecta las condiciones laborales de los profesionales, sino que también incide negativamente en la continuidad del cuidado, la calidad de la atención y la implementación efectiva del modelo biopsicosocial en Atención Primaria. En consecuencia, el no reconocimiento en el Código Sanitario refuerza jerarquías biomédicas al interior del sistema de salud y reproduce una visión restringida del quehacer clínico, excluyendo aportes terapéuticos fundamentales del Trabajo Social.

En tercer lugar, los hallazgos permiten identificar que la falta de un lenguaje clínico consolidado en el Trabajo Social Clínico constituye una barrera relevante para su reconocimiento interdisciplinario y normativo. Si bien los profesionales desarrollan prácticas terapéuticas complejas y sostenidas, estas no siempre son nombradas, registradas ni comunicadas utilizando categorías clínicas compartidas con otras disciplinas de la salud. Esta dificultad no responde a una ausencia de competencias, sino a brechas formativas históricas, a la ambigüedad del rol y a la tensión entre enfoques comunitarios y clínicos en la formación

y ejercicio profesional. La carencia de un lenguaje clínico común debilita la visibilización del aporte terapéutico del Trabajo Social Clínico, dificulta su inclusión en dispositivos formales de atención clínica y limita su posicionamiento en espacios de toma de decisiones institucionales.

En conjunto, las conclusiones de este estudio permiten afirmar que el Trabajo Social Clínico desempeña un rol terapéutico fundamental en la Atención Primaria de Salud Mental, particularmente en territorios rurales y aislados como la comuna de Aysén. No obstante, su consolidación requiere avanzar simultáneamente en el reconocimiento normativo del rol, en la protección efectiva de las horas clínicas, en la delimitación clara de perfiles profesionales y en el fortalecimiento de un lenguaje clínico propio, situado y dialogante con otras disciplinas de la salud. Abordar estos desafíos no solo contribuiría a fortalecer la identidad profesional del Trabajo Social Clínico, sino que también permitiría mejorar la calidad, integralidad y equidad de la atención en salud mental comunitaria.

Finalmente, esta investigación aporta evidencia relevante para el debate académico y político sobre el lugar del Trabajo Social Clínico en el sistema de salud chileno, subrayando la necesidad de políticas públicas que reconozcan explícitamente su rol terapéutico como parte constitutiva de los equipos de salud mental en Atención Primaria.

Referencias

- Aguayo, C., & Valdés, X. (2020). Trabajo social y salud mental: Tensiones, desafíos y proyecciones en contextos latinoamericanos. *Revista de Trabajo Social*, (93), 45–62.
- Aguayo, C., & Castillo, R. (2019). Trabajo social, salud y políticas públicas en Chile. RIL Editores.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., & Muñoz, M. (2018). Salud mental comunitaria en

- Chile: Desafíos para la Atención Primaria. *Revista Médica de Chile*, 146(4), 488–496.
- Alvarado, R., & Oyarce, P. (2015). Salud mental y atención primaria en Chile: Avances, desafíos y perspectivas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(2), 156–164. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.37059>
- Aylwin, N., & Solar, M. O. (2016). Trabajo social y salud: Tensiones entre lo clínico y lo comunitario. Ediciones UC.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.
- Bustos, R. (2025). La Atención Primaria de Salud en Chile: una relectura desde la porosidad de los cuerpos vivos. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(3), 5-14. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n3.2025.2305>
- Carballeda, A. (2013). *La intervención en lo social como proceso*. Espacio Editorial.
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social [Celats]. (2021). Trabajo social clínico, trauma y salud mental. *Revista Nueva Acción Crítica*, (9), 23–39.
- Dávila, B., Campos, A., Rodríguez, S., & Reyes, G. (2024). La salud mental: de la evolución histórica al derecho a la atención comunitaria. *Clío. Revista de Historia, Ciencias Humanas y Pensamiento Crítico*, 9(5).
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Díaz, M., López, C., Quintana, C., & Ñancupil, C. (2020). *Salud mental y trabajo social en Chile: “Algunas orientaciones entregadas para la profesión de Trabajo Social en el campo de salud mental”* (Seminario para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social). Universidad Católica Silva Henríquez.

- Goldstein, H. (2001). *Social work practice: A unitary approach*. Oxford University Press.
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., & Larsen, J. A. (2016). *Direct social work practice: Theory and skills* (10th ed.). Cengage Learning.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2025). *Resultados nacionales: Censo de Población y Vivienda 2024*. <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/>
- López, L. (2021) La dimensión terapéutica del trabajo social, *Guía Práctica para el desarrollo del Trabajo Social Clínico, volviendo a su origen humanista y relacional*. Editorial NauLibres.
- Manzanares, M. (2024). Salud mental humanista para las Américas: Erich Fromm en el campo sanitario latinoamericano durante la década de 1960. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, (69), 189-218.
- Matus, T. (2018). Prácticas contemporáneas del trabajo social en salud: Saberes, poderes y tensiones institucionales. *Revista de Trabajo Social*, (92), 9–26.
- Ministerio de Salud. (2018). *Orientación técnica administrativa: Programa salud mental en la atención primaria de salud*. Ministerio de Salud.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.
- Morales, A., & Pérez, C. (2019). Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores sociales del área de la salud. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 24(38), 89–108.
- OpenAI. (2025). ChatGPT (GPT-5.2) [Modelo de lenguaje de gran escala]. Recuperado de <https://chat.openai.com/>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud*. OMS. https://www.who.int/publications/almaata_declaration

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS*. OPS.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. SAGE Publications.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública*. Paidós.
- Santana, P. (2021). Trabajo social clínico y reconocimiento profesional en el sistema de salud chileno. *Cuadernos de Trabajo Social*, 34(2), 289–302.
- Turner, F. J. (Ed.). (2017). *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches* (6th ed.). Oxford University Press.
- Vásquez, M., Fernández, M., Mogollon, A., Rejane, M., & Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (1.ª ed.). Servei de Publicacions – Universidad Autònoma de Barcelona.
- Valenzuela, S., & Correa, P. (2020). Formación en salud mental en Trabajo Social: Desafíos para la APS. *Revista Chilena de Trabajo Social*, 9(1), 21–38.
- White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos* (A. Blanco, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1990).