Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

# “TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: PERCEPCIONES DEL PERFIL PROFESIONAL”

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL

**ALUMNAS:** MACARENA CORTEZ ESCOBAR
CRISTINA CUBILLOS OLAVE
JAVIERA HERMOSILLA IBACACHE

**PROFESORA GUIA:** SARA SALUM ALVARADO

**2018**

## Tabla de contenido

CAPÍTULO I ..... 5
Informe Institucional ..... 5
Presentación ..... 6
I. Identificación de la institución ..... 7
II. Tipo de institución ..... 7
III. Cobertura ..... 7
IV. Radio de acción ..... 8
V. Políticas de la institución ..... 10
VI. Objetivos de la Institución ..... 11
VII. Trabajo Social en la Institución ..... 12
VIII. Rol y Funciones del Trabajo Social en la Institución ..... 12
IX. Niveles de Intervención Social ..... 13
X. Problemáticas Sociales más frecuentes ..... 14
XII. Vinculación con otras instituciones o redes sociales ..... 15
CAPÍTULO II ..... 17
Marco Referencial ..... 17
Presentación ..... 18
I. Definición de percepción ..... 19
II. Definición de perfil profesional ..... 20
III. Definiciones de Salud Mental ..... 20
IV. Historia de la Salud Mental Internacional: Proceso de Reforma ..... 22
V. Historia de la Salud Mental en Chile: Fase Manicomial - Fase Comunitaria ..... 23
VI. Drogodependencias y alcohol: Contexto Nacional ..... 28
VII. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol ..... 30
VIII. Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental Internacional-Nacional ..... 31
IX. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 ..... 35
X. Incorporación del Trabajo Social en el Sistema de Salud de Chile ..... 36
XI. Funciones del Trabajo Social en Salud ..... 39
XII. Modelos de Intervención en Salud del Trabajo Social ..... 42
XIII. Trabajo Social en Salud Mental Internacional - Nacional ..... 43
XIV. Trabajo Social y Equipo de Salud Mental ..... 50
XV. Funciones del Trabajo Social en Salud Mental ..... 53
XV.I Funciones del Trabajo Social en psiquiatría ..... 58
XV.II. Funciones del trabajador social en drogodependencias ..... 63
XV.III. Función terapéutica del Trabajo Social ..... 66
XVI. Funciones del Trabajo Social en Salud Mental en Chile ..... 68
CAPÍTULO III ..... 70

Diseño Metodológico ..... 70
Presentación ..... 71
I. Fundamentación del problema ..... 72
II. Delimitación del problema ..... 75
III. Antecedentes metodológicos ..... 75
III.I Paradigma de Investigación Cualitativa ..... 75
III.II Enfoque de Investigación: Carácter exploratorio - descriptivo ..... 77
IV. Pregunta de investigación ..... 78
V. Sistema de objetivos ..... 78
V.I Objetivo General ..... 78
V.II Objetivos Específicos ..... 78
VI. Técnicas e instrumentos de recolección de información en el proceso de investigación ..... 79
VI.I Entrevista Semiestructurada ..... 79
VI.III Revisión de documentos, registros y materiales ..... 80
VII. Diseño de la muestra ..... 81
VII.I Colectivo de investigación ..... 81
VII.II Muestra cualitativa ..... 82
CAPÍTULO IV ..... 87
PLAN DE ANÁLISIS ..... 87
Presentación ..... 88
I. Plan de Análisis ..... 89
II. Categorías de análisis ..... 89
III. Técnica de análisis cualitativo para el proceso de investigación ..... 90
III.I Etapa preparatoria: ..... 91
III.II Etapa de trabajo de campo: ..... 92
III.III Etapa analítica: ..... 93
III.IV. Etapa Informativa: ..... 98
IV. Matriz de Categorías de Análisis ..... 98
CAPÍTULO V ..... 103
Análisis e Interpretación de los datos ..... 103
Presentación ..... 104
I. Análisis de los datos cualitativos ..... 105
I.I Análisis Categoría N°1 ..... 105
I.II Análisis Categoría N°2: ..... 154
I.III Análisis Categoría N°3: ..... 165
I.IV. Triangulación de fuentes ..... 174
CAPÍTULO VI ..... 177
Conclusiones ..... 177
Presentación ..... 178

I. Conclusiones Profesionales de Categorías de Análisis....179
I.I Conclusiones Profesionales de los/as Trabajadores/as Sociales sobre el Perfil Profesional del Trabajo Social en Salud Mental....179
I.II Conclusiones Profesionales del Equipo de Salud Mental sobre el Perfil Profesional del Trabajo Social en Salud Mental....184
I.III Conclusiones Profesionales de los/as Usuarios/as sobre el Perfil Profesional del Trabajo Social en Salud Mental....186
CAPÍTULO VII....188
Propuesta de Intervención Profesional....188
Presentación....189
I. Propuesta de Intervención Profesional....190
Bibliografía....193
ANEXOS....199
I. Protocolos de Entrevistas Semiestructuradas a Sujetos de Estudio....200
I.I Protocolo Entrevista Semiestructurada a Profesionales del Equipo Multidisciplinario....200
I.II Protocolo Entrevista Semiestructurada a Profesionales del Equipo Multidisciplinario....202
I.III Protocolo Entrevista Semiestructurada a Usuarios y Usuarias....203
II. Formato de consentimiento Informado a Sujetos de Estudio....204
III. Entrevistas realizadas a sujetos de estudio....205
III.I Entrevistas a Trabajadores/as Sociales del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota....205
III.II Entrevistas a profesionales miembros del equipo multidisciplinario del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota....275
III.III Entrevistas a usuarios/as atendidos/as dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota....292
IV. Matriz de datos cualitativos escogidos....305

# CAPÍTULO I

# Informe Institucional

## Presentación

El presente capítulo contiene lo que respecta al Informe Institucional proveniente de la organización que respalda esta investigación, la cual se denomina Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol CTA Villa Alemana, perteneciente al Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca, Región de Valparaíso, Chile.

En su interior, se encuentran detallados los datos generales de la institución como su cobertura, radio de acción, políticas y sus objetivos. A demás, información con respecto a nuestra profesión, como el rol que tiene el/la trabajador/a social en la institución, los niveles de intervención, problemáticas sociales más frecuentes, ente otros.

## I. Identificación de la institución

- Nombre de la Institución: Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol CTA Peñablanca, Villa Alemana.
- Ubicación geográfica**:** Calle Aranda N°284, con esquina Ecuador, Villa Alemana.
- Zona de Ubicación: Urbana.
- Coordinador: Sr. Ramón Aguilar Ruiz.
- Teléfono: (032)-2575870 y 2575871
- Correo institucional: ctadrogodependencias@gmail.com

## II. Tipo de institución

El Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependencias y alcohol de Villa Alemana, corresponde a una Institución de carácter pública, sin fines de lucro. Es por lo anterior, que sus prestaciones se encuentran explícitamente dirigidas a la población usuaria/beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en los distintos tramos en los cuales ésta se compone.

La organización depende administrativamente del Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca, ubicado en calle Sargento Aldea Nº660, Peñablanca, y se rige bajo el Decreto 4 aprueba el Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas.

Además, cuenta con la asesoría y supervisión técnica de la Unidad de Salud Mental de la red del Servicio de Salud Viña del mar - Quillota y del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol región de Valparaíso, el cual atiende al Convenio 1 entre éste y el Ministerio de Salud, por lo que ambas instituciones se supervisan y fiscalizan.

## III. Cobertura

La organización cuenta con 31 cupos, para ofrecer tratamiento, de los cuales su financiamiento se divide en lo siguiente: 21 cupos corresponden al Convenio SENDA-MINSAL y 10 cupos al PAD de la res del Servicio de Salud Viña del mar - Quillota. Dichas atenciones son entregadas por medio del Programa Ambulatorio Intensivo.

En la actualidad, la organización atiende aproximadamente alrededor de treinta usuarios en dos turnos, correspondiente a diurno en un horario de 9:00 a 13:30 horas; y vespertino de 19:00 a 21:00 horas. cuenta El modo de ingreso, se compone de dos modalidades las cuales son, consulta espontánea o por derivación (referencia), siempre que presenten una dependencia por consumo de drogas y/o alcohol u otras substancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicas y a su vez presenten daño biopsicosocial calificado como moderado o severo.

Además, cabe mencionar que el Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependencias y alcohol de Peñablanca, cuenta con un equipo de tratamiento multidisciplinario conformado por profesionales y técnicos de la salud mental. Este equipo ha diseñado un Programa de Tratamiento cuyas actividades y prácticas, se encuentran basadas en ejercicios continuos de sistematización y reflexión del quehacer cotidiano de la organización y de su intervención y/o tratamiento a los usuarios. Junto con ello existe una práctica de redes orientada a entregar a los usuarios y a sus familias la mejor alternativa de atención de acuerdo con sus necesidades, otorgando una respuesta integral, con el fin de dar el mejor tratamiento posible, adecuándose a las exigencias y problemáticas de cada usuario y su entorno familiar.

## IV. Radio de acción

Los usuarios atendidos en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependencias y alcohol de Peñablanca residen en distintos sectores de la comuna de Valparaíso, principalmente en Villa Alemana y Peñablanca. Cabe mencionar, que la definición de perfil de usuario o paciente que la organización está en condiciones de atender se constituye considerando los protocolos del programa contenido en el convenio 1 mencionado con anterioridad. Además, es importante tener en consideración las características de las instalaciones de la institución, así como también los recursos técnicos y administrativos, y los requerimientos de la red local de salud mental y psiquiatría.

Por lo tanto, teniendo en consideración lo anterior, el Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependencias y alcohol de Peñablanca atiende a usuarios:

- Hombre o mujer mayor de 18 años.

- Estar inscrito en Fondo Nacional de Salud FONASA, tramos A-B-C o D o ser beneficiario de Programa de Reparación en Atención Integral en Salud (PRAIS) y Derechos Humanos.
- Tener un patrón de consumo calificado como dependencia, de carácter moderado o severo, según los criterios de dependencia que indica el DSM-IV.

Este último criterio según el DSM-IV en su ítem Trastornos relacionados con sustancias indica de manera general que Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

La definición del perfil de usuario o pacientes que el CTA está en condiciones de atender se constituye considerando los protocolos del programa contenido en el Convenio 1 SENDA-MINSAL y las guía u orientaciones que entregan estas instituciones, contemplando los requerimientos de la red local de salud mental y psiquiatría, de esta forma quienes soliciten intervención profesional para el Tratamiento y rehabilitación de consumo de drogas y alcohol deben cumplir los criterios que estas instituciones indican, es decir, relacionadas al consumo este ser clasificado como dependencia y con un RBPS moderado o severo.

Cabe mencionar otro aspecto importante al momento de que un/a usuario/a ingrese al tratamiento, el cual corresponde a la necesidad de que cuenten con una red mínima de: apoyo psicosocial, apoyo familiar u otro responsable que ayude al proceso de rehabilitación. Por ende, cabe esclarecer que quedan excluidas de atención personas con patología psiquiátrica no compensada y otra condición que los incapacite para integrarse a las actividades del centro, sumado a personas que manifiesten conductas antisociales que imposibiliten el respeto de normas mínimas al interior de la organización.

## V. Políticas de la institución

El Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependencias y alcohol de Villa Alemana a través de la entrega de un tratamiento ambulatorio e intensivo a personas con consumo problemático de drogas, establece como prioridad el bienestar del individuo y el desarrollo biológico-psicológico y social óptimo, lo cual colabora en el mejoramiento de la calidad de vida, del usuario que recibe el tratamiento y por consecuencia de su entorno tanto familiar como social.

Por otra parte, según los lineamientos del programa y protocolo de la organización, se considera por una parte la dimensión biomédica con sus variables Anatómicas-Fisiológicas y Patológicas, para comprender y posteriormente intervenir desde la relación entre el sujeto y la droga en su consumo, uso y abuso de estas.

Concretamente en la intervención, se establece como indispensable la utilización de dimensiones, considerando imprescindiblemente abordar desde una dimensión de tipo psicológica, realizando énfasis en la utilización del modelo transteórico del cambio (Pacheco, 2012) y la utilización de la entrevista motivacional de ingreso (Miller & Rollnick, 1999)

Por otro lado, también se considera la dimensión social/ entorno y de contexto, es decir, los aspectos relacionales y el ambiente en que se desenvuelve la persona y en cómo se relaciona con el consumo de drogas, lo que permite trabajar la relación sujeto como ser biopsicosocial/entorno y el contexto. Por lo cual el proceso de tratamiento y rehabilitación se da de manera sistemática e integral considerando los factores antes mencionados asociados al consumo de drogas y alcohol.

De manera conjunta se desarrolla el enfoque de Integración Social, reconociendo esta variable social, como una dimensión orientada al desarrollo pleno de las personas, como ciudadanos sujetos de derecho por medio de acciones que promuevan el fortalecimiento de recursos personales y la equidad de oportunidades. De esta forma las intervenciones están orientadas, al fortalecimiento de las redes sociales y el desarrollo óptimo de las determinantes sociales que son transversales en los ámbitos y ciclo de desarrollo de las personas. Esto responde a la necesidad con el fin de fomentar los procesos de desarrollo, recuperación e inclusión social, lo que les permitiría a los y las usuarias mantener en el tiempo los avances obtenidos durante su

periodo de tratamiento y por consiguiente una integración social más adecuada.

Lo precedente se desarrolla por el reconocimiento de que el ser humano debe ser visto y tratado en sus distintos niveles de manera conjunta a través de una mirada holística, que permite conocer y entender el cómo y porqué de la evolución del consumo de drogas, fenómeno que interviene y afecta de manera biopsicosocial al individuo, el que a su vez se presenta de manera cambiante y situado en distintos contextos, lo anterior permite por parte de la Institución y los profesionales, la búsqueda e incorporación de nuevas visiones, técnicas y prácticas para abordar el fenómeno.

La organización, considera también dentro de sus políticas y misión la perspectiva y el Enfoque de Género, otorgando importancia a que este tipo de programas sea equitativo, ya que se reconoce la dificultad no solo personal sino también familiar y social que se presentan tanto en hombres y mujeres que se encuentran inmersos en el consumo de drogas, y por tanto en los usuarios atendidos por la organización.

## VI. Objetivos de la Institución

En cuanto a los objetivos de la institución, se distinguen los siguientes:

- Objetivo General

"Orientar hacia un cambio en el estilo de vida de las personas con un consumo problemático o dependiente de sustancias, favoreciendo niveles de autonomía que les permitan tomar decisiones más racionales sobre su consumo de drogas" (CTA, Hospital de Peñablanca,Villa Alemana, s.f).

Lo anterior por medio de la entrega de un tratamiento ambulatorio intensivo a personas con abuso y/o dependencias según los instrumentos pertinentes calificada como moderada y severa de drogas. En la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

- Objetivos Estratégicos

- Contribuir a disminuir el estigma social de los consumidores de drogas.
- Favorecer un tratamiento en el ámbito comunitario de las personas.
- Reducir costos en relación a los tratamientos residenciales.

- Desarrollar costo-efectividad en el tratamiento integral de personas con abuso o dependencias de drogas.

    - Objetivos Clínicos

- Favorecer la abstinencia, un estilo de vida libre de consumo de drogas.
- Proveer una autonomía y autorregulación más adaptativa en el paciente.
- Fortalecer los recursos personales y familiares de los usuarios.
- Desarrollar conductas de autocuidado y de afrontamiento de las problemáticas, así como también el desarrollo de habilidades psicosociales en general.

## VII. Trabajo Social en la Institución

- Objetivo General de la Intervención

- "Promover un cambio en el estilo de vida de las personas de manera tal que logren recuperar su autonomía en los distintos ámbitos de la vida".

- Objetivos Clínicos Específicos

- Apoyar a la desintoxicación, el logro y mantención de la abstinencia de sustancias.
- Modificar conductas adictivas.
- Potenciar los recursos personales para el cambio y la prevención de recaídas.
- Potenciar recursos familiares.
- Fortalecer conductas de autocuidado en general.
- Fortalecer el ejercicio de la ciudadanía.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.

## VIII. Rol y Funciones del Trabajo Social en la Institución

Es importante mencionar que el coordinador del CTA de Peñablanca corresponde al profesional de Trabajo Social, por lo tanto, se dedica a realizar funciones de coordinación y dirección del Centro de Atención Ambulatoria para Drogodependencias, además del cumplimiento de la organización, dirección y liderazgo del grupo correspondiente a CTA Peñablanca. Sin embargo, realiza

ocasionalmente determinadas funciones tales como; realización de informes sociales, o asesorías y consejerías a las familias o usuarios del centro que así lo requieran.

Entre las funciones o intervenciones que realiza el Trabajador Social como coordinador del CTA Peñablanca, podemos mencionar algunas como:

- En su rol coordinador velar por el buen funcionamiento del centro, tanto en aspectos técnicos como administrativos como: programación, implementación, ejecución y evaluación de los planes de tratamiento.
- Dirigir el Programa ambulatorio intensivo.
- Diagnosticar necesidades e implementar actividades de capacitación del equipo.
- Efectuar talleres psicoeducativos a usuarios y/o familiares del CTA Peñablanca.
- Realizar Informe Social y/o de Caso para tribunal u otras instituciones que lo requieran. Entregar orientación a pacientes y familiares sobre recursos u ofertas existentes en la red institucional que las pueda favorecer.
- Dar orientación y/o consejería a familiares o pacientes.
- Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo como: el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota.

## IX. Niveles de Intervención Social

En la institución de CTA de Peñablanca-Villa Alemana, se trabaja principalmente el nivel de caso y familia, entendiendo a que cada usuaria/o es un ser individual con necesidades, capacidades, vivencias y problemáticas distintas, sin embargo el tratamiento contempla la realización de talleres grupales, por lo que también se interviene grupalmente, en estos las apertura de cada uno hacia el grupo, la visibilización que tienen autorreferente, el compartir experiencias de vida relacionadas al consumo y el cómo traducen las del otro, conforman una herramienta de autoayuda y resignificación en cuanto a su situación problema. En ambos niveles de intervención el respeto y la empatía son elementos primordiales para la relación usuaria/o y profesional.

En relación con el nivel de intervención de Caso, el centro incorpora la importancia del factor social en la significación y tratamiento de la situación problema, entendiendo con esto que dicha actividad atraviesa y afecta simultáneamente la integralidad de desarrollo y promoción de las personas que tienen un consumo perjudicial de drogas. El logro de este objetivo permite y facilita el mantenimiento y continuidad del tratamiento, ya que es un ámbito que facilita o coarta el desarrollo íntegro de las personas. Al abordar los distintos niveles de intervención tanto individual, como familiar y grupal, las dimensiones son vistas principalmente desde el ámbito psicológico, a través del "modelo transteórico del cambio" (Pacheco, 2012), junto con La Entrevista Motivacional de William R. Miller y Stephen Rollnick, quienes indican que "las personas cambian de muy diversas maneras y por una multitud de razones diferentes" (Miller & Rollnick, 1999)

## X. Problemáticas Sociales más frecuentes

En el CTA de Peñablanca ingresan frecuentemente personas con problemáticas de consumo de alcohol, cocaína, pasta base y marihuana, presentado alta dependencia a las drogas mencionadas con anterioridad.

Una de las principales problemáticas que debe enfrentar el equipo del CTA de Peñablanca es el abandono de los pacientes del proceso de rehabilitación, dejando de asistir a la institución y volviendo a insertarse en un ambiente de vulnerabilidad, aumentando su consumo y empeorando su situación y estado de salud. Otra problemática que se da frecuentemente es la recaída que pueden sufrir algunos pacientes, esto se da en la mayoría de las ocasiones por un hecho que desencadene de algún tipo de conflicto, o incluso por influencia de sus cercanos, bajo ciertas circunstancias, mayoritariamente de recreación.

Cabe mencionar algunos resultados relevantes de ocurrencia en la institución, mediante lo cual se ha podido comprobar la tasa de deserción en los últimos años, lo que se ha podido vincular principalmente a la baja motivación y la falta de apoyo de alguien cercano, ante lo cual se realizaron talleres, y reuniones de acogida más largas, para de esta forma los pacientes se sintieran bien recibidos y como en su hogar al momento de realizar las actividades y asistir al CTA de Peñablanca, lo que facilitó la asistencia de los pacientes y fomento el entusiasmo a continuar el proceso de rehabilitación. Debido a eso se da énfasis en el trato cercano con las personas, y en el día a

día con los pacientes, como es el caso de desayunar y almorzar juntos, además de presentar un trato equitativo, es decir, una relación de tipo más horizontal entre pacientes y equipo técnico.

## XII. Vinculación con otras instituciones o redes sociales

Tanto en estos programas como en cualquier otro es de suma importancia la vinculación con otras instituciones o redes puesto que permiten la movilidad de recursos profesionales y tecnológicos, que en la mayoría de los casos los usuarios desconocen o no logran definir sus necesidades por lo tanto tampoco lo que les serviría para generar oportunidades de desarrollo. De esta forma es necesario entender las redes como lazos entre personas e instituciones, que permiten el intercambio de información, beneficios, recursos materiales, físicos, así como también apoyo emocional y motivacional. La integración social puede ir beneficiándose de lo precedente en cuanto se origina una apertura a la gestión, intercambio social, identidad social, etc.

Las redes sociales sirven como enlace entre el individuo y el apoyo social que este necesita, esto lo han logrado percibir las instituciones que son encargadas de articular los espacios sociales y de facilitar nuevas formas de relación, formando así oportunidades de equidad en ingreso y acceso, lo cual genera movilidad de recurso que van en apoyo de los objetivos de los actores que necesitan y aquellos que satisfacen dicha necesidad. Por lo que el contar con una Estrategia de Redes que permita gestionar relaciones y vínculos con otras instituciones de salud, servicios públicos, organizaciones de la sociedad civil y las familias de nuestros usuarios es de suma importancia.

El CTA en cuanto a esta temática ha fijado una ruta lógica para la realización de su Estrategia de Redes, donde sus principales objetivos son los siguientes:

- Visibilidad y Posicionamiento comunal y regional.
- Intercambio de conocimientos, visiones y perspectivas.
- Movilización de recursos complementarios financieros, tecnológicos, humanos y logísticos.
- Desarrollo de capacidades, aprendizajes y capital humano.
- Para ello se han identificado 3 momentos relevantes:

- Identificar a los distintos actores y agentes institucionales locales con quienes se pueda establecer una relación productiva y funcional a los objetivos de nuestra institución.
- Describir formas de relación, asociatividad y perspectivas de colaboración entre los diversos agentes y actores locales.
- Programar actividades que ayuden y faciliten la vinculación con estos agentes de modo de ir constituyendo una Red que permitan potenciar la gestión de oportunidades de relevancia para nuestros objetivos.

# CAPÍTULO II

# Marco Referencial

## Presentación

El presente capítulo contiene lo que respecta al Marco Referencial. En su interior, se encuentra todo el sustento teórico necesario para poder desarrollar el proceso de investigación.

Además, se desarrollarán diversas temáticas que corresponden a las bases de la evolución de diferentes ámbitos del trabajo social y el área de salud mental tanto en el ámbito internacional como nacional, además de contrastes realizados por las propias investigadoras. Todo el contraste teórico utilizado, servirá posteriormente para la relación con la información obtenida en las entrevistas, y por lo tanto relacionar las percepciones de los tres sujetos de investigación, es decir, a los/ las trabajadores/as sociales, profesionales integrantes del equipo multidisciplinario y usuarios/as pertenecientes al área de salud mental, en el nivel secundario y terciario del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota durante el año 2018.

A continuación, se inicia el marco referencial de nuestra investigación, el cual tiene por objetivo respaldar teórica y referencialmente, como a la vez complementar y abordar de manera óptima los análisis e interpretaciones de los resultados de la investigación. Comenzaremos con definición teóricas relevantes y culminaremos con las referencias necesarias para el desarrollo de la investigación.

## I. Definición de percepción

Es importante dar inicio al marco referencial, comenzando por la definición del concepto de percepción, entendiendo que el Proyecto de Título se basa en las percepciones que poseen los tres sujetos de intervención, los cuales a su vez de distinguen las tres categorías, compuestas por el concepto de percepción.

En este sentido, básicamente el concepto de percepción se entiende de la siguiente manera, "acción y efecto de percibir" (Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, 2001). Es decir, se liga netamente a las acciones de cada sujeto y a lo subjetivo en cuanto a estas son percibidas. En cuanto a otra definición, siguiendo a una corriente teórica, es importante hacer la relación de percepción en cuanto a lo desarrollado por la Gestalt:

> la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante (...) los sujetos perceptuales toman tan sólo aquella información susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones; juicios, categorías, conceptos, etc. (Oviedo, La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría gestalt, 2004, pág. 90)

Por lo anterior, se entiende que el proceso que conlleva al término de percepción consiste en un proceso subjetivo, en el cual los sujetos extraen

información relevante del medio externo, es decir, del contexto en el cual se desenvuelven, y a partir de esto cada uno genera representaciones diferentes, hecho el cual se relaciona a las diversas percepciones que las personas poseen en relación a las vivencias que cada uno tiene. Entendiendo lo anterior, los sujetos logran a partir de su accionar la construcción de percepciones en relación con temáticas, situaciones, circunstancias, entre otros.

## II. Definición de perfil profesional

El perfil laboral o profesional es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión o trabajo.

## III. Definiciones de Salud Mental

La OMS define salud mental como un "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (Organización Mundial de la Salud, 2013, pág. s.n).

Para el Ministerio de Salud de Chile, Salud Mental es

> la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 31)

Otra definición de salud mental consiste en:

> la generación del capital social mediante la gestión de las Determinantes Sociales de la Salud, orientado a la intervención profesional hacia el aumento del bienestar subjetivo del paciente, su familia y la comunidad en la cual se inserta, disminuyendo la marginación social y previniendo de manera focalizada la cronicidad

> de la sintomatología asociada a los cuadros crónicos, a través de una praxis basada en conocimiento teórico que guía el desarrollo de acciones coherentes. (Colectivo de Salud Mental de trabajadores sociales de la Red Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, 2018, pág. s.n)

Respecto a las definiciones expuestas con anterioridad, es importante contrastar las primeras dos con la descrita en tercer lugar, principalmente respecto a que la última fue confeccionada explícitamente desde la profesión de trabajo social. Además, se encuentra presente la distinción de las dos primeras en cuanto al enfoque médico o bien clínico, si bien contienen elementos que consideran las potencialidades y/o capacidades en el bienestar de la persona a nivel comunitario, no contienen el suficiente componente social, el cual debiese incluirse en la intervención presente en el área de salud mental. Por tanto, cabe destacar la importancia que se obtiene al realizar el contraste con la tercera definición de salud mental, ya que se visibiliza el hincapié que se ejerce respecto a la subjetividad del paciente, dando importancia a la distinta realidad y entorno en el cual se encuentre inmerso cada uno de ellos. A su vez, se orienta estrechamente a las estrategias y plan nacional vigente en nuestro país, referido imprescindiblemente al modelo integral comunitario, ya que incluye expresamente el bienestar además de la familia y comunidad de la persona. Finalmente, cabe destacar de la última definición el énfasis que se da en la praxis y en el conocimiento teórico como base para la dirección adecuada en la realización de las intervenciones desde la profesión.

A partir de la reforma del sector en 2005 el Sistema Público de Salud chileno se organiza sobre la base del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, entendido éste como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige más que a la persona individual o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. Este modelo sitúa a las personas y sus necesidades como el eje central del quehacer del Sistema de Salud y se sustenta en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, que considera a la persona como un ser integral

e indivisible física y mentalmente, en una interacción permanente con un entorno familiar, cultural y comunitario.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría fortaleció la instalación progresiva del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, intentando superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con las estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales.

Para las personas con trastornos mentales, cuyo proceso salud-enfermedad está instalado en el lugar donde vive, estudia o trabaja, escenario natural de cualquier persona, se presentan condicionantes que complejizan, agravan y afectan negativamente su proceso de recuperación, como el estigma, la marginación social o laboral, el desarraigo social con la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de la sociedad a reconocerlos como actores de su vida o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, incluso burla); todos ellos fenómenos sociales que requieren ser reconocidos y abordados en la atención de toda persona que tenga un trastorno mental grave.

## IV. Historia de la Salud Mental Internacional: Proceso de Reforma

La enfermedad mental, se reconoce como tal, en el siglo XIX donde predomina una conciencia analítica que delimita científicamente el límite entre la cordura y la locura, convirtiendo a ésta última en objeto de estudio. Es ahí, cuando al “loco” se lo encierra, se lo separa, es objetivado y analizado por una disciplina particular y emergente, a saber, la Psicopatología. Es ésta la que dará respuesta a las demandas e interrogantes sociales sobre la conducta de los “desviados”, dándole la identidad de “enfermedad mental” a tales comportamientos. Por lo tanto, es la medicina mental y la consecuente medicalización la que legitima al hospicio.

La psiquiatría materializa las demandas de orden y control de la sociedad moderna, dándole legalidad científica, y sustituye lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación y cuidado, sin que la función anterior se eliminará completamente. Y, al igual que otras ciencias, se resguarda en la objetividad científica y está influenciada por la corriente del positivismo solamente en aquél entonces. Con el advenimiento de la modernidad se dejan de lado las explicaciones religiosas o mágicas respecto de las enfermedades mentales, prevalece la razón y se legitima la figura del médico.

Respecto a la atención en sí de la salud mental hacia las personas con trastornos mentales, ha evolucionado con profundos cambios en los dos últimos siglos (Thornicroft & Tansella, The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services, 1999, pág. 24) han propuesto diferenciar tres períodos en esta historia: a) el desarrollo de los manicomios (hospitales psiquiátricos), b) la reducción de estos manicomios, y c) la reformulación de los servicios de atención en salud mental. A modo de síntesis, se plantea que son cuatro los procesos centrales de la Reforma Psiquiátrica: 1) la desinstitucionalización de pacientes crónicos y la disminución en la entrada de nuevos pacientes a estas dependencias de larga estadía; 2) el desarrollo de alternativas de atención en la comunidad; 3) la creación de redes de servicios que aseguren la continuidad y diversidad de estos; y 4) la capacitación y empoderamiento de los usuarios y sus familiares.

## V. Historia de la Salud Mental en Chile: Fase Manicomial - Fase Comunitaria

En Chile, al igual que en el resto del mundo, la atención en salud mental también fue testigo de un cambio, desde una atención manicomial a una, con enfoque comunitario. Es por esto que, en la historia de salud mental nacional, se realiza una separación en periodos, comprendiendo una fase manicomial y una fase comunitaria. Además, en Chile cobra una especial atención, debido a que también existe un periodo pre-dictadura y otro post dictadura; periodos en los cuales, la atención en salud mental se vio también modificada. A continuación, se presentan y desarrollan ambos periodos.

a) Fase Manicomial

La historia de la psiquiatría en Chile surge con la instalación de la Casa de Orates en el año 1852, cuyo funcionamiento duró hasta el año 1952, es

decir, que hasta el año 1852 en Chile, no existía una atención especial para las personas con problemas de salud mental.

- Período Fundacional (1852-1891)

La Casa de Orates fue fundada en los inicios del gobierno conservador de Manuel Montt, a iniciativa del Intendente de Santiago, Tte. coronel Fco. Ángel Ramírez. Se Inauguró en calle Los Olivos el 12 de septiembre de 1858, quedando casi fuera de la ciudad. Dos años después de abierta, se contó con médicos. El Dr. Ramón Elguero quien llegó a ser miembro de la Cámara de Diputados, fue el primer médico que ocupó la cátedra de enfermedades nerviosas y dio clases en la Casa de Orates. Ejerció, y enseñó la Medicina Interna. También es rescatable la importancia que asignó al alcohol como agente etiológico y la advertencia que hizo sobre la poca colaboración que prestaban los familiares.

- Período de Desarrollo Institucional (1891-1931)

A fines de 1930, la Casa de Orates incluía la Sección Hospital Psiquiátrico para los enfermos en observación y voluntarios, el Manicomio para los crónicos, Asilo de Temperancia para los bebedores y el Open Door para la rehabilitación.

- Período de Consolidación Institucional (1931-1952)

En 1931, Jerónimo Letelier llega al cargo de director, quedando la administración del hospital a cargo de médicos, obteniendo de esta forma, un rol más protagónico entre el equipo de salud, para luego surgir nuevos proyectos en cuanto a la salud mental. El Dr. Elías Malbrán, 2º director médico del Hospital, y luego, en 1939, los Drs. A. Vivado, C. Larson y Víctor Arroyo presentan sendos informes que tratan el tema de la Asistencia Psiquiátrica en Chile (Escobar Miguel, Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952), 2002, pág. 6), fue el primer Asesor de Salud Mental, revisó los problemas más urgentes de la salud mental, enfatizando la necesidad de crear Hospitales Psiquiátricos para agudos y centros especializados para crónicos. Se crean en 1936 cargos de enfermeras promovidas desde la Clínica Psiquiátrica

Universitaria y se duplican los cargos de trabajadores sociales, profesión que había iniciado actividades años antes.

b) Fase Comunitaria

La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, imitando el desarrollo del National Health Service británico, permitió extender la cobertura de salud que iba desde hospitales de alta complejidad hasta los centros de atención primaria, por lo que, más del 90% de los chilenos se atendían en el sistema. Pese a esto, el Servicio Nacional de Salud, no incorporó a la salud mental en su concepción, aunque ya se tenía por conocimiento algunas precoces iniciativas de salud mental en hospitales generales, sin embargo, los recursos se seguían concentrando en unos pocos hospitales psiquiátricos, en donde primaba la atención de tipo manicomial.

Desde fines de los cincuenta hasta inicios de los setenta, hubo experiencias de gran interés como las lideradas por Luis Weinstein, Juan Marconi y Martín Cordero, quienes desarrollaron tres experiencias que fueron las primeras en el campo de la salud mental comunitaria. La primera, fue ejecutada por el Dr. Luis Weinstein, cuyas experiencias se desarrollaron en algunas poblaciones del sector centro-poniente de Santiago. La segunda fue dirigida por el Dr. Juan Marconi y se implementó en la zona sur de Santiago. Ambas tenían como base una alianza entre la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud. Y la tercera fue encabezada por el Dr. Martín Cordero en la ciudad de Temuco. Todas estas experiencias se detuvieron debido a la instauración de la dictadura militar en 1973. Sin embargo, la iniciativa encabezada por el Dr. Marconi logró un mayor grado de institucionalización en el mundo académico y en los servicios sanitarios, por lo que su influencia ideológica perduró hasta el retorno de la democracia en 1990.

Con la dictadura, se inició una época de oscurantismo en esta área de la salud: se fortalecieron las prácticas de institución total de los hospitales psiquiátricos y se retrocedió a la atención ambulatoria intramural casi exclusiva. Paralelamente, la dictadura inició una profunda transformación del sistema de salud en Chile, en el marco del modelo neoliberal que se impuso al país. Sin embargo, el modelo predominante para la atención psiquiátrica siguió siendo el mismo, centrado en el hospital.

En 1977 nace el Hospital Psiquiátrico de Putaendo, de la unión del Hogar de Menores y el Sanatorio y para albergar a los pacientes del Hogar de

Menores dentro de la institución de adultos, se creó el Departamento de Psiquiatría Infantil. Durante la década de los ochenta, se instalan algunos dispositivos intracomunitarios para tratamiento de jóvenes consumidores de drogas “Centros de Adolescencia”, administrados por los municipios, cuya finalidad era el desarrollo de actividades de prevención del consumo de drogas y el tratamiento de jóvenes con este tipo de problemas. Además, ocurre que la cobertura de los seguros privados para atenciones en salud mental fue mínima, por lo que, no se desarrolló un mercado prestador privado fuerte, lo que sí sucedió en las otras especialidades médicas.

Finalizada la dictadura, la atención estaba centrada en cuatro hospitales psiquiátricos que consumían gran parte del presupuesto, cercano al 1% del total de salud. Las personas recluidas en éstos sufrían condiciones de hacinamiento, maltrato, atención insuficiente y casi nulas posibilidades de rehabilitación y reinserción social. “La atención ambulatoria era absolutamente insuficiente para los requerimientos de la población” (Minoletti, Rojas, & Sepúlveda, Capítulo: Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile, 2010). La Unidad de Salud Mental creada en el primer Ministerio de Salud post dictadura, fue la encargada de iniciar los procesos de cambio. Ello coincidió con el impulso dado por la Organización Panamericana de la Salud a la desinstitucionalización psiquiátrica en América Latina “Conferencia de Caracas” (Pan American Health Organization, 1990) y la cooperación internacional de consultores europeos, protagonistas en sus países de procesos similares en décadas anteriores.

En los primeros años de los 90 se desarrollaron diversos debates, siendo el más importante el que se realizó a fines de 1991 (Ministerio de Salud, 1991, págs. e, 13 – 16) y que culmina con el “Acuerdo de Santiago” sentando las bases generales para la reforma en la atención psiquiátrica. El siguiente paso, fue la formulación del Primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en 1993, “que definió el modelo y la ruta que la política iba a seguir” (Penjean, El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile: 1990 a 1996., 1996, pág. 5). El plan, “incorpora medidas como: atención de salud mental en APS, creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), hospitales de día, PRAIS, programas de rehabilitación psicosocial y hogares protegidos” (Republica de Chile, 1993). También, “se constituyeron Unidades de Salud Mental en los Servicios de Salud, referentes técnicos coordinadores en la construcción de redes locales de dispositivos y en la articulación del trabajo de salud mental de los diferentes

niveles de atención" (Minoletti & Zaccaría, Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia., 2005, págs. 346 – 358)

El primer plan nacional promulgado en 1993 incluyó en sus prioridades a la Atención Primaria de Salud (APS). En esta atención, muchos profesionales como: médicos generales; enfermeras; y asistentes sociales, fueron capacitados para poder atender problemas de salud mental, como, trastornos emocionales y violencia doméstica, como también realizar intervenciones preventivas de salud mental en la educación básica. Dentro de la APS, se comenzó a trabajar psicosocialmente, con la incorporación de psicólogos dentro del equipo de salud.

El Segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000, señala lo siguiente:

> que es una construcción colectiva con aportes de cientos de personas a nivel nacional. Se implementa organizando una red de salud mental nacional, incremento gradual del presupuesto, sistematización en guías y normas, determinación de cinco trastornos prioritarios, incorporación masiva de psicólogos a APS, apoyo y capacitación continua a profesionales de APS mediante consultorías, estímulo a la formación de agrupaciones de usuarios y familiares, normativas de protección de derechos, desinstitucionalización masiva de personas desde los hospitales psiquiátricos, principalmente a hogares y residencias protegidas, e intentos de establecer políticas de calidad y un trabajo intersectorial. (Ministerio de Salud, 2001, pág. 3)

En el 2006, el Programa Integral de Salud Mental en la APS, se expande, incorporando la atención en: depresión; violencia intrafamiliar; consumo de alcohol y otras drogas; trastornos hipercinéticos; y maltrato. Pese a los esfuerzos, las acciones de promoción de salud mental y prevención de enfermedades mentales planteadas en el plan nacional habían tenido un bajo nivel de implementación, debido a la falta de apoyo político y financiero. Una oportunidad interesante surgió a partir del 2007, con el programa de desarrollo infantil temprano llamado "Chile Crece Contigo" (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

El nuevo plan propone objetivos estratégicos y metas a cumplir en líneas de acción complementarias y sinérgicas entre sí, como: la Regulación y Derechos Humanos; la Provisión de Servicios de Salud Mental; la

Financiación; la Gestión de la Calidad; y la Intersectorialidad y Participación. Por su parte, el Subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, destacó que:

> el proceso para elaborar el Tercer Plan Nacional de Salud Mental fue ampliamente participativo y convocó a profesionales y técnicos de la salud mental del sector público de salud, a representantes de la Academia, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Organizaciones No Gubernamentales, otros sectores del Estado y a Organizaciones de Usuarios y de Familiares de Usuarios de Salud Mental. (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. s.n)

## VI. Drogodependencias y alcohol: Contexto Nacional

- Antecedentes en contexto nacional

En Chile, los primeros antecedentes de tipo legal respecto a la temática de drogas se remontan al año 1873 fecha en la cual se redactó el Código Penal, cuyo artículo 313, enmarcado en los "crímenes y simples delitos contra la salud pública", señala lo siguiente: El que *"*sin hallarse competentemente autorizado elaborare substancias o productos nocivos a la salud o trafique en ellos estando prohibida su fabricación o tráfico, será castigado con reclusión menor en su grado medio i (sic) multa de 100 a 500 pesos*"* (Ley de Chile, 1874). Dicho artículo si bien no hace hincapié directamente a las drogas, puede ser aplicada a éstas, sancionando su fabricación y comercialización no autorizada, sin embargo, no hace referencia al consumo. La citada normativa se mantuvo en curso hasta el año 1969 fecha en la cual, a través de la Ley Nº 17.155, se introduce explícitamente el término *"sustancias estupefacientes"* y se sanciona, más severamente (con penas superiores a las de delitos como violación u homicidio), el tráfico ilícito de estupefacientes. Posteriormente, en 1973 la Ley Nº 17.934 endurece todavía más las sanciones para el delito de tráfico ilícito, aun cuando los documentos preparatorios de la Ley reconocían que el problema era limitado y no suscitaba mayor alarma, lo que hace pensar que dicha modificación legal se condice más con la presión internacional, respecto a la prohibición de drogas, que con la realidad nacional (Pavez & Prat, 2006).

Con posterioridad en 1985 se dicta la ley Nº18.403, fecha en la cual el consumo de sustancias como la marihuana se había popularizado por lo que

se aplicaron penas más drásticas, sin sancionar aún el consumo y tipificándose por primera vez la figura de asociación ilícita para el tráfico. En agosto de 1990, entra en vigencia el Convenio de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, con lo cual Chile debe adecuar su legislación en base a lo pactado en la citada Convención. Ese mismo año se crea el Consejo Nacional para el control de Estupefacientes (CONACE). En 1995 entra en vigencia la Ley Nº 19.366, la cual amplía y especializa las sanciones del tráfico. Por primera vez, se tipifica el consumo de drogas como una falta.

Por otra parte, en materia legislación y políticas públicas es importante destacar los momentos a los cuales se remontan los inicios de la rehabilitación como tal en el área de drogodependencias y/o adicciones en Chile. Este hecho comienza a ser discutible y problemático a comienzos del siglo XX siendo el consumo de sustancias una preocupación pública, específicamente en el ámbito del área de la salud. Desde ahí la ebriedad se consideraba como una enfermedad mental adquirida y se le denominaba “locura tóxica”. Debido a lo anterior se comienza a constituir como un problema de carácter social y da inicio a la realización de las primeras intervenciones que servirán de base al modelo que posteriormente tratará otras toxicomanías. En 1912 la Ley de Alcoholes decreta la inauguración de una entidad pública denominada Asilo de Temperancia, que se ubicará en las inmediaciones de la Casa de Orates (también utilizada en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos).

En las décadas siguientes, la preocupación por el tema del consumo de alcohol se irá incrementando, abriéndose más centros de tratamiento y desintoxicación, así como a la vez grupos de autoayuda tales como; Alcohólicos Anónimos,(AA) y la Unión de Rehabilitación de Alcohólicos de Chile, (URACH).Vale destacar a además que en la década de los ochenta organismos no gubernamentales (ONG) comienzan a desarrollar programas enfocados en poblaciones y problemáticas específicas, como el consumo de solventes en menores en situación de calle.  No obstante, de momento no existía ninguna política de tipo estatal que diera un respaldo en forma definida y especializada en el tema.

Lo anterior obtiene respuesta finalmente hasta el año 1990, con la creación del Consejo Nacional para el control de Estupefacientes (CONACE, actual Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, SENDA), y el año 1993, con la proclamación de la “Política y Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud”, con el que *“beber”* como

problema (concepto que reemplazó al término alcoholismo) y el *"consumo de drogas"* se asumen como prioridades programáticas. Posteriormente, y como será mencionado en el presente marco referencial, es importante destacar la promulgación de la ley Nº 20.000, que establece el marco regulatorio referente a drogas hasta la actualidad mediante el Ministerio de Salud (MINSAL) crea el "Programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol" (CONACE, 2007). Posteriormente, CONACE formula la "Estrategia Nacional sobre Drogas 2003- 2008", "Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018" y "Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014". Cabe mencionar que estas últimas se separan conforme al cambio de gobierno entre ambos períodos.

## VII. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias y fue creado el 21 de febrero de 2011 por la ley N°20.502. Conforme a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N°2 – 20.502, que creó la planta funcionaria, inició oficialmente sus funciones el 1 de octubre de 2011 .

A su vez, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, tiene como misión principal la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol, además de políticas dirigidas al tratamiento y rehabilitación de las personas, sumado al trabajo que conlleva la posterior integración social de éstas.

En este mismo sentido es importante destacar los ámbitos de trabajo que SENDA despliega hacia la comunidad, siendo éstos prevención, tratamiento, integración social, SENDA previene y observatorio. Cabe hacer hincapié específicamente en el ámbito de prevención, ya que se encuentra al interior de éste el nivel comunitario, orientado a la prevención comunitaria, la cual constituye un esfuerzo institucional por conocer, promover y apoyar las capacidades de autogestión de las comunidades frente a los riesgos del consumo de drogas y alcohol, especialmente aquellas que se configuran en

contextos con altos niveles de vulnerabilidad y exclusión social. Este a la vez, sigue las orientaciones del enfoque de determinantes sociales de la salud, buscando una mayor cercanía de los diseños programáticos con las complejidades específicas que enfrentan las personas, los grupos o las comunidades que viven en estas condiciones socioeconómicas, procurando el desarrollo de diseños flexibles que motiven la implicación vecinal en la búsqueda activa de estrategias preventivas sostenibles.

A modo de mencionar otras funciones de las cuales SENDA debe dar cumplimiento, impulsar y apoyar, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de ministerios o servicios públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo. Por tanto, es de suma importancia la función relativa a la elaboración de programas de capacitación y difusión, orientados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, y estimular la participación ciudadana en estas materias.

Finalmente, es importante mencionar que la búsqueda primordial por parte de SENDA corresponde a que las propias personas desarrollen ciertos recursos o capitales de recuperación para lograr un mejor nivel de calidad de vida, imponiendo el desafío de establecer estrategias que permitan que estos cambios se mantengan en el tiempo, considerando durante todo el proceso, una actitud en la intervención desde la mirada y promoción del ejercicio de ciudadanía, de esta forma evitando e ignorando las situaciones de exclusión vivenciadas, las cuales desencadenaron probablemente el consumo problemático de alcohol y/o otras sustancias.

## VIII. Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental Internacional-Nacional

La Atención Comunitaria en Salud Mental, es entendida tanto “como fundamento de la política sanitaria de la que surgen los dispositivos de atención, como orientación general del tipo de trabajo a desarrollar desde los mismos” (Laviana Cuetos, 2006, pág. 348).

Este modelo corresponde netamente a un cambio de enfoque en la atención en salud mental pone en relevancia que más aún, del énfasis sobre la enfermedad mental, hay una preocupación por la salud mental y su correlación con las circunstancias sociales, políticas, económicas, geográficas

y ecológicas, es decir, con todo lo que contribuye al bienestar y la mejoría de la calidad de vida de la población.

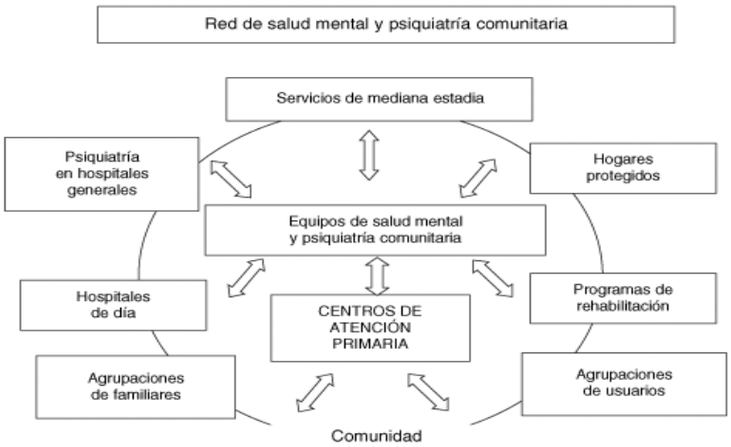
En cuanto al Modelo de Atención Comunitario, desde la década de 1950, diversos factores como el desarrollo de nuevos psicofármacos y el establecimiento del nuevo enfoque respecto de los trastornos psiquiátricos graves basado en criterios psicológicos, sociológicos y antropológicos han contribuido a la evolución de los modelos de intervención para trastornos psiquiátricos, desde el nivel hospitalario hasta el comunitario.

Durante los últimos 10 años, en Chile tras las políticas aprobadas por medio del Estado, se ha ido incorporando dentro de los sistemas de salud, el modelo comunitario, el cual es considerado como uno de los mejores modelos para tratar a las personas con trastornos psiquiátricos, ya sea, éticamente como terapéuticamente. Las investigaciones realizadas, para concluir que el modelo comunitario es uno de los más aptos para el tratamiento, ha sido debido a que:

> los factores biológicos sólo explican una parte de la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedes.
> El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. (Minoletti & Zaccaria, 2010, pág. 248)

Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria, lugar en donde el Trabajo Social se encuentra inmerso.

**Figura 1.** Esquema de la red de salud mental y psiquiatría. Chile, 2004




**Fuente:** Ministerio de Salud, Chile.

Cómo se muestra en la Figura 1, la Red de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de Chile en el año 2004, planteaba que los equipos de salud mental trabajan en conjunto con los diferentes recintos hospitalarios, teniendo una priorización en los Centros de Atención Primaria, para luego diversificarse en la red de salud pública. Los equipos de salud mental no solamente trabajan con los recintos hospitalarios, sino que también con las comunidades, en donde participan tanto los familiares de las personas atendidas en salud mental, como también los mismos usuarios.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, este es el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, cuyos elementos fundacionales animaron ya la Conferencia y la Declaración de Caracas, pero que adquirió forma precisa en el Informe Mundial de Salud 2001 de la OMS, estableciendo que es “un modelo de atención que ha dirigido de cierta forma la transformación de la atención psiquiátrica dentro de la región, por lo que ha servido para guiar y respaldar a los grupos de profesionales que se encuentran avanzando en esta transformación” (Rodríguez & González, 2007, pág. 44).

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, son modalidades de atención utilizadas como prioridad dentro del sistema de salud primario, debido a los enfoques comunitarios y la atención personalizada que estos requieren para sus usuarios. Sin embargo, esto es anexo a la moderna orientación de atención y tratamiento para las personas que sufren de alguna patología o de alguna dependencia al consumo de sustancias en lo que concierne a salud mental. Es anexo, debido a que en general, en los sistemas de salud primarios, este

enfoque comunitario es acorde para todas las áreas, no solamente para el área de salud mental. Según señala el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2017, tanto el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria como el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, entienden a la salud como:

> un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. En cuanto a principios, los dos modelos plantean la integralidad, la territorialización, el ejercicio de Derechos Humanos, la continuidad de los cuidados en un sistema integrado de atención; y donde el quehacer de ambos se relaciona y complementa, encontrándose finalmente en el espacio donde la persona que presenta una enfermedad cursa su vida, reconociendo que las personas con trastornos mentales son parte de una comunidad determinada, donde existen determinantes que condicionan su enfermedad y su calidad de vida. (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 36)

Frente a esto último, ambos modelos, también incentivan a que los equipos de salud se relacionan tanto con las personas a tratar, sus familias y la comunidad en la cual ellos se encuentran inmersos. Reconocen a las personas como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, en donde los miembros deben ser activos en cuanto al cuidado de su salud. El sistema sociocultural en donde viven las personas con problemas de salud mental tiene directa relación con su proceso de salud-enfermedad, debido a que en su contexto social, político y económico surgen condicionantes que los marginaliza y obstaculiza para su correcto desarrollo individual, afectando negativamente su proceso de recuperación. Estos condicionantes se pueden ejemplificar como:

> el estigma, la marginación social o laboral, el desarraigo social con la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de la sociedad a reconocerlos como actores de su vida o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, incluso burla); todos

> ellos fenómenos sociales que requieren ser reconocidos y abordados en la atención de toda persona que tenga un trastorno mental grave. (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 36)

Finalmente, ambos modelos, se encuentran se implementados en la Red Temática de Salud Mental, insertándose en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria ya que tienen como prioridad la participación social, el empoderamiento, y la organización de sus usuarios o beneficiarios y sus familias, ya sea, individual y colectivamente. Estos elementos son importantes para la co-construcción que debe existir entre ellos, de modo tal que sean ellos mismos agentes activos en sus respectivas recuperaciones y en el manejo de sus tratamientos

## IX. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025

El propósito del plan es lograr que se mejore la salud mental de las personas "mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario*"* (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 38).

El desafío actual tiene que ver con el enfoque de "recuperación", que en los últimos años le ha dado una nueva fuerza y perspectiva al modelo comunitario y a la participación de los usuarios en los servicios de salud mental, saltando desde el rol pasivo de pacientes al proactivo de "expertos" en el manejo de las enfermedades mentales y en el funcionamiento de los servicios de salud mental. Una participación efectiva de los usuarios requiere de un cambio cultural en la forma que el equipo de salud mental se relaciona con sus usuarios, de modo que éstos puedan acceder a un mayor nivel de poder en el control de sus vidas y del dispositivo de atención.

Analizando los dos Planes Nacionales de Salud Mental de los últimos años, se genera la preocupación sobre la discordancia existente entre el ideal de una gestión basada en el modelo comunitario de salud mental y las exigencias que representa la gestión que está basada principalmente en mediciones y evaluaciones cuantitativas en torno a las metas que se deben cumplir en el área salud mental, metas cuantitativas que se encuentran

presentes en todos los niveles de complejidad y que no necesariamente responden a las necesidades que posee la comunidad.

Lo anterior, distrae la atención de las autoridades locales, provocando que las acciones de promoción y prevención en salud mental pasen a segundo plano, de esta forma, se dificulta la participación real y efectiva de la comunidad en temas de salud, ya que, no se le otorga la importancia que en realidad tiene la participación de la población para llevar a cabo un modelo comunitario en salud mental.

Es por esto, que se destaca la importancia que posee dentro de una participación efectiva de usuarios/as y familiares que exista un cambio cultural en la forma que los equipos de salud, en los niveles de salud pública y redes asistenciales, se relacionan con sus usuarios/as, de modo que éstos tengan la posibilidad de acceder y obtener un nivel mayor de autonomía en el control de sus vidas y un papel más activo, que no sólo sea como pacientes en los diferentes establecimientos de salud.

Ante esto, el Plan Nacional de Salud Mental espera avanzar sobre aspectos concretos en diferentes niveles de participación, yendo más allá de la mera participación instrumental. Se busca alcanzar este objetivo a través del desarrollo de un sistema de comunicación de información dirigida a usuarios/as, a sus familiares y a la comunidad. Además de fortalecer la creación y el funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otros asociados a salud mental, generando así una participación ejecutora, es decir, que los usuarios y usuarias sean tomados en cuenta y que su opinión y participación logre cambios reales dentro del área salud mental, teniendo el poder de tomar decisiones saliendo de la posibilidad de tener sólo un papel de pacientes.

## X. Incorporación del Trabajo Social en el Sistema de Salud de Chile

La incorporación del trabajo social en el sistema de salud chileno comenzó en abril del año 1925 en donde se fundó la primera Escuela de Servicio Social *"como un organismo dependiente de la Junta de Beneficencia de Santiago, encargada del funcionamiento de los hospitales públicos. De ahí proviene el marcado carácter sanitario de la profesión en sus orígenes"* (Morales, 2015, pág. s.n).

Sin embargo, el comienzo de la profesión en Chile no se encuentra ausente dentro de la historia de su formación, como se relata en lo siguiente:

> los eventos traumáticos no son ajenos a la memoria profesional de Trabajo Social. Desde su fundación en Chile en 1925, con la creación del primer centro de formación a nivel nacional y en Latinoamérica, Trabajo Social ha desarrollado un proceso de profesionalización especializada en la contingencia social, con fuertes vínculos con las ciencias sociales y con la intervención social en contextos de necesidades y demandas de la población. Estos vínculos y saberes distintivos atravesaron un período de censura y persecución política durante la dictadura militar chilena, que obligó a la profesión a establecer una lógica de sobrevivencia en los contextos universitarios y laborales, en atención a la cuestionada labor social contingente desarrollada en los años anteriores al golpe militar. (Castañeda & Salamé, 2012, pág. 26)

La escuela anteriormente mencionada fue pionera en Latinoamérica, fue una forma formal de responder al Estado frente a la crisis política y social que vivía el país en aquel momento, sobre todo las empobrecidas condiciones sociales, económicas y de salud pública que afectaba a la población.

El Servicio Social, en ese entonces, fue el resultado de un montón de esfuerzos de carácter científico para responder a los aconteceres sociales, fue una suerte de espíritu modernizador de la acción estatal que hasta ese momento seguía siendo de carácter muy paternalista, que seguía visualizando a los sectores populares como pasivos y dependientes.

A inicios de los años 60, Chile se encontraba enfrentando problemas sanitarios y se caracterizaba por ser un país afectado por el subdesarrollo económico, con preeminencia demográfica de la población joven y un acelerado proceso de urbanización en plena conformación.

Además, en la década de 1960, se renuevan los ámbitos de desempeño tradicional, dado que se amplifican las tareas tradicionales y suman nuevos referentes. A su desempeño clásico de asistencia social en salud, se incorporan las tareas de educación sanitaria en torno a las nuevas políticas de planificación familiar y de participación comunitaria en salud que se comienzan a implementar en el país.

El abrupto cambio de las condiciones políticas del país en 1973, no solo dejaron sin efecto las iniciativas legales llevadas a cabo por los Gobiernos de Frei y Allende, sino que despojaron de funcionalidad a las acciones

profesionales, fragilizando la valía que representaban sus aportes. Los procesos de cambios estructurales en que Trabajo Social se involucró durante el período 1960-1973, estaban avalados por la institucionalidad estatal y por los cuerpos legales correspondientes, generando la paradoja que los cambios estructurales necesarios para un nuevo orden estaban definidos dentro de la legalidad.

Durante el referido período 1960-1973, trabajo social -como integrante histórico de los equipos de salud- aportó su saber profesional en torno al nuevo desafío que representó integrar la participación social a las acciones sanitarias. Su desempeño asistencial tradicional se vio resignificado, permitiéndole aportar de manera destacada en la convocatoria de la participación social que buscaba enfrentar propositivamente los desafíos por los que atravesaba el país en materia de salud.

Estos periodos contribuyeron en la redefinición de trabajo social desde una concepción asistencialista hacia una valorización de la promoción y organización social, dicha redefinición ha quedado plasmada en el concepto “agente de cambio social”. La definición de agente de cambio social, la síntesis que ilustra la profunda reflexión que impulsó el cuestionamiento su rol tradicional asistencial y funcionalista y su renovada propuesta de condiciones de mayor protagonismo y compromiso social.

El concepto de agente de cambio social significó para la profesión lo siguiente:

> dicho concepto amplificó los desempeños profesionales tradicionales posibles de reconocer en las orientaciones institucionales del sector salud y aportó a un contexto histórico político mayor, caracterizado por cambios estructurales impulsados por el Estado y dirigidos a amplios sectores poblacionales, laborales, sindicales, educacionales, organizacionales y agrarios a lo largo del país que a la fecha sufrían una importante situación de postergación y rezago respecto a los avances en calidad de vida que presentaban sectores de mayores ingresos. Estas acciones profesionales superaron la propia estructura del Servicio Nacional de Salud y avanzaron en el fortalecimiento de una concepción de participación social que, a partir de las preocupaciones sanitarias de la época, trascendió en la búsqueda de oportunidades para influir socialmente en la toma de decisiones vinculadas al desarrollo económico, social y cultural del país, posición que encontró

favorable acogida en la formación y ejercicio profesional de la época. (Castañeda Meneses & Salomé Coulon, 2014)

Frente a situaciones susceptibles de ser intervenidas, el trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas que impiden el acceso igualitario a oportunidades para incrementar el bienestar, la calidad de vida y como resultado, mejorar el acceso a la salud, actuando a nivel individual, familiar, grupal, comunitario y social.

El trabajo social se enmarca plenamente en la orientación y lineamientos de las funciones esenciales de la salud pública, en tanto desempeña un rol indiscutible, irremplazable e insustituible, dada su condición de profesión conocedora e investigadora de realidades y entornos sociales que rodean a los individuos, familias y comunidades, así como por su aporte al análisis, reflexión y propuestas de intervención social situada en estos contextos sociales de naturaleza compleja y esencialmente dinámica y cambiante.

## XI. Funciones del Trabajo Social en Salud

- Función de atención y resolución de problemas socio sanitarios: responde a la atención de individuos grupos que presentan, están en riesgo de presentar problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por si mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social.

- Función preventiva: actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas, la resolución de las personas con su entorno físico y social, y, en general, de los determinantes sociales de la salud. Evaluación y ejecución de proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos.

- Función de promoción de la salud: diseñando, implementando y evaluando acciones orientadas a la generación de estilos de vida y entornos saludables que favorezcan la salud y contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.

- Función de apoyo a la inserción social: se realiza mediante actuaciones encaminadas restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. También mediante el diseño y la implementación de las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales.

- Función de planificación: es la acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de 17 orientaciones y normas Técnicas del Trabajo Social en Salud análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma. Esta función se puede desarrollar a dos niveles: micro social, que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales y macrosocial, que comprende el diseño de programas y servicios sociales.

- Función docente: con el objetivo de impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de Servicios Sociales, tanto en las propias escuelas universitarias de Trabajo Social, como en otros ámbitos académicos, así como contribuir a la formación teórico-práctica pregrado y posgrado de alumnas/os de Trabajo Social y de otras disciplinas afines.

- Función de mediación: en la función de mediación el/la profesional del Trabajo Social actúa como catalizador, posibilitando el acceso equitativo a la información necesaria para facilitar la negociación, el acuerdo y la unión de las partes implicadas en el conflicto, con el fin de posibilitar con su intervención, que sean las/os propias/os interesadas/os quienes logren la resolución de este.

- Función de supervisión: proceso dinámico de capacitación mediante el cual, las/os Trabajadores/as Sociales responsables de la ejecución de una parte del programa de un servicio, reciben la ayuda de un/a profesional del Trabajo Social con la finalidad de aprovechar de la mejor forma posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes de forma que

ejecuten sus tareas profesionales de un modo más eficiente y con mayor satisfacción, tanto para ellos mismos como para el servicio.

- Función de evaluación de estrategias de intervención social: tiene la finalidad de constatar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempo empleados. También la de asegurar la dialéctica y retroalimentación de la intervención. Indica errores y disfunciones en 10 realizado y permite proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorece las aportaciones teóricas al trabajo social.

- Función gerencial: se desarrolla cuando la/el trabajador/a social tiene responsabilidades en la planificación, dirección de centros o establecimientos de salud, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales.

- Función de investigación: proceso metodológico utilizado para descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas a fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada.

- Función de coordinación: para articular mediante la metodología adecuada las actuaciones de un grupo de profesionales, dentro de una misma organización pertenecientes a diferentes organizaciones, a través de la concertación de medios, técnicas y recursos, a fin de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto.

- Función de protección, defensa y promoción de los derechos humanos en salud: acciones de promoción y facilitación del ejercicio de la ciudadanía activa, colaborando en la organización y movilización de las comunidades afectadas por situaciones de vulneración de derechos (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 17).

## XII. Modelos de Intervención en Salud del Trabajo Social

Como mencionan las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018) para el desarrollo de sus funciones, el trabajo social utiliza distintas herramientas y métodos de intervención social sustentados en marcos epistemológicos y modelos teórico - prácticos que orientan su acción. El concepto de modelo en trabajo social integra en un todo, en una unidad, todos los aspectos que forman parte de una intervención social: los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una determinada forma de llevar a cabo la práctica profesional.

Buscan contribuir a una integración teórico-práctica y especificar los fines a que sirven esos principios de acción y los métodos y técnicas que ellos emplean. Los modelos representan formas diferentes de analizar los hechos o problemas sociales, diferentes formas de observarlos, que condicionan la forma de intervenir sobre ellos.

Los modelos que tienen mayor consistencia teórica y metodológica y que históricamente han ejercido una mayor influencia en la práctica del trabajo social en salud a nivel individual, familiar y comunitario son:

- Modelo de intervención en crisis

Realiza terapias breves de intervención, La intervención en crisis es un método de ayuda dirigido a apoyar a una persona y/o familia o grupo para que pueda afrontar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore e incrementa la posibilidad de crecimiento, de nuevas habilidades, opciones y perspectivas vitales.

“La intervención en crisis significa, de alguna forma, apoyar de forma activa en la situación vital a una persona que está experimentando una ruptura vital y apoyarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y así recuperar el equilibrio emocional” (Swanson & Carbon, 1989).

- Modelo crítico/de transformación social

El Trabajo Social crítico sostiene que los sujetos no son ni parcial ni totalmente culpables de las circunstancias personales y sociales a las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva. hostil. Se apuesta por una forma de intervención liberadora desde el Trabajo social, que parta de la base de que el cambio se encuentra en los protagonistas de este, en las personas. Son ellos, los propios sujetos, los que a través de un proceso de toma de conciencia de su situación se transforman en personas activas, en protagonistas del cambio individual y social.

- Modelo de resolución de problemas

Tiene directa influencia de la teoría psicosocial del desarrollo individual de Erik Erikson. Los principales conceptos del modelo plantean que el ser humano se ve enfrentado a un sinnúmero de problemas desde que nace, a los cuales debe dar solución para la mantención de su equilibrio. las crisis bajo este modelo son oportunidades y aprendizajes que aumentan las competencias de la persona. Este momento resulta importante para el accionar del trabajador social quien proporciona la ayuda a la persona a través de tres fases: Fase de contacto; fase de contrato; y fase de acción.

## XIII. Trabajo Social en Salud Mental Internacional - Nacional

El área de la Salud Mental como práctica del trabajo social posee una relación con un proceso histórico similar, uno como disciplina y el otro, como un inmenso campo de intervención de los trabajadores sociales que aún no ha sido suficientemente sistematizada. los límites de la intervención son difusos, puesto que, por ejemplo, un trabajador social que se desempeñe en cualquier otra área, pero que realice una intervención orientada al fortalecimiento de la red familiar, estará contribuyendo en alguna medida al mejoramiento de la salud mental de esa persona y su grupo familiar.

El trabajo social, siempre ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, y las corrientes ideológicas sobre la concepción de los enfermos mentales, también el marco normativo a nivel nacional y los planes de salud mental de los distintos países. es en este marco que el trabajo social

ha ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional marcado por una especificidad propia en este ámbito. La especialización y la formación continua han sustentado un aporte creciente y especialización en salud y psiquiatría, constituyéndose en un valioso aporte en distintas líneas de intervención terapéutica. Es necesario abordar en el concepto de especialización, el que se puede definir como:

> el saber especializado es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para ser un profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir. (Trevithick, Habilidades de comunicación en intervención social: Manual práctico, 2002, pág. s.n)

Además, la misma autora señala que los elementos básicos de un saber especializado en el trabajo social son:

> un marco normativo en donde se incluyen los planes de salud mental, las instituciones en las que trabajamos y sus objetivos; un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en salud mental, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención; y un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarnos adecuadamente con los pacientes, ya que trabajamos directamente con el sufrimiento humano y con el malestar emocional. (Trevithick, Habilidades de comunicación en intervención social: Manual práctico, 2002, pág. s.n)

Desde la década de los años 80, se evidencia un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser un sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica psicológica y social.

Desde la década de los años 90, los problemas de salud mental han ido desbordando el ámbito sanitario, expresándose cada vez más en dimensiones de índole psicosocial y vinculándose a determinantes sociales (pobreza, violencia, discriminación, rechazo, entre otras). Esto ha impuesto la necesidad

de mirar la salud desde un punto de vista integral, relacionando las condiciones de vida, con el desarrollo emocional e intelectual, laboral y la necesidad de integración de las personas con trastornos de salud mental en su medio ambiente social y cultural.

Las nuevas políticas de salud mental han ido definiendo líneas estratégicas de acción que contempla un abordaje biopsicosocial y gestión de redes intersectoriales e integración de los distintos dispositivos sociales y de salud.

En la actualidad, y con mayor énfasis desde el 2010, en el sistema de salud chileno se han introducido una serie de cambios en el modelo de atención, buscando superar las prácticas institucionalizadas. Hoy, el objetivo es avanzar hacia un modelo comunitario y familiar que incorpora una visión integral con pleno respeto de los derechos de los pacientes, sus familias y comunidades. En este contexto, a nivel sectorial de la red salud pública en los distintos niveles de atención, el trabajo social se integra junto al equipo multidisciplinario, en programas de salud mental en tareas de promoción y prevención, rescatando el tejido social y el empoderamiento de las organizaciones sociales hacia prácticas saludables. en el campo de la psiquiatría y la clínica, aportando a las intervenciones de creciente complejidad técnica como consultas de salud mental y grupal especializada, hasta psicoterapia e intervención individual y familiar.

El proceso del diagnóstico en trabajo social, más allá de lo que en la práctica significa para determinar el plan de intervención, debiese permitir la búsqueda de evidencias para la intervención del trabajo social. sin embargo, existen vacíos y dilemas respecto de estas áreas de accionar de los trabajadores sociales. Se parte del supuesto que un buen diagnóstico asegura una buena intervención, de ahí la importancia y el énfasis en este proceso inicial de conocimiento de una situación de conflicto que va a indicar si requiere ser intervenida.

Un diagnóstico útil entre la investigación y la intervención planificada; que le otorgue sentido a la primera determinando, por su propia estructura, qué datos son o no atingentes; qué hechos importan y en qué medida; qué nos importa analizar significativamente de esos datos, al mismo tiempo que "facilite el estudio eficiente de la prefactibilidad de los cambios propuestos; y, en consecuencia, que haga posible planear e instrumentar la acción de acuerdo a objetivos profesionalmente claros que liberen al trabajo social de los riesgos

de la improvisación y el inmediatismo*”* (Quintero & Genisans, 1985, pág. 49). Ello requiere de preparación constante, planificación y evaluación de las acciones, es la respuesta que debería darse el trabajo social para no arriesgar el caer en rutinas, que en algún momento se pudieran constituir en una limitación de la intervención, más aún, porque trabajando con personas, no son aplicables los mismos métodos a todos por igual y no siempre es posible generalizar la eficacia de una acción y obtener conclusiones que puedan servir a otros casos.

Según Ituarte (1992):

> un trabajador social clínico está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer de servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por estrés social o psicológico o por deterioro de salud. (pág. s.n)

Los/as trabajadores/as sociales en salud mental han ido construyendo un modo de hacer y configurando un perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del desarrollo del trabajo social en salud mental han sido la especialización, la formación continua y el trabajo interdisciplinario.

Si analizamos el desarrollo del trabajo social psiquiátrico, éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del trabajo social. En los EE. UU. a principios del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos, con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones, comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y, en consecuencia, el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte fundamental de los equipos de salud mental. en chile, ésta influencia que llega importada de los EE. UU., comienza a darse a conocer con fuerza a partir de la década de los '30 y viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales. El trabajador social (entonces, asistente social), profesionalizando la actuación que anteriormente había

ejercido órdenes religiosas, que trabajaban como voluntariados en instituciones psiquiátricas. la figura del trabajador social psiquiátrico, poco a poco en el campo sanitario y en el ámbito psiquiátrico, se fue desarrollando y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica. AI final de la década de los sesenta, el Trabajo Social, recibe una fuerte influencia de la escuela inglesa de Psicoanálisis, siendo un importante referente en la formación de los Trabajadores Sociales.

A fines de la década de los 90, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental a nivel mundial, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones, que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. El concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud define como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad, va configurando el marco normativo que propicie el desarrollo de importantes reformas psiquiátricas, tanto en nuestro país, como en el resto del mundo.

En este momento los objetivos del trabajo social en salud mental están orientados a la búsqueda de la normalización del paciente a su ámbito social. En la década de los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordaron el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresaron en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento, etc.).

Todos estos aspectos, van formando parte del escenario en que se desarrolló la actividad profesional de los trabajadores sociales, de forma que no solo es necesario atender la problemática psiquiátrica en particular, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social y comunitaria.

La Ley 20584 (2012) sobre "Derechos y deberes de las personas en su atención de salud", ha devuelto dignidad respeto y consideraciones éticas a las personas con trastornos mentales, con artículos específicos para su implementación.

El país ha suscrito Convenciones Internacionales al respecto, como son: La Convención contra la tortura y otros crueles tratos inhumanos y degradantes, la Convención de Derechos Humanos de las personas con discapacidad. También han ido implementándose leyes, Ley W 20422 sobre

la Igualdad de oportunidades e inclusión de personas con discapacidad, y Ley W 18600 sobre discapacidad Intelectual, entre otras, avanzan hacia una comprensión y acción de respeto y dignidad. Es en este contexto que el trabajo social aporta hacia el deber ético de humanizar las relaciones entre los sistemas sociales y el sufrimiento de las personas. También en el favorecer y promover el ejercicio de los derechos humanos hacia buenas prácticas en salud, libres de discriminación y estigmatización hacia los enfermos mentales.

Para los/as trabajadores/as sociales, que intervienen en salud mental, es fundamental la definición y construcción del motivo de consulta en las personas que ingresan a la atención, éste es el primer momento, que consiste en aproximarse e investigar para posteriormente definir los caminos de acción. Este proceso, en la medida que avanza, deja a la luz nuevos elementos que modifican el escenario, respecto de la situación original; las personas involucradas son clave en el ejercicio de reconstrucción de esa realidad conflictuada de tal manera de ir retroalimentando los detalles del problema y de cuál es su participación en el mismo.

Según la Evaluación de Salud Mental en Chile realizada por el Ministerio de Salud en el año 2014, la desproporción en el número de los distintos profesionales de salud mental que se estaban formando en Chile, descrita en el informe WHO-AIMS del año 2004, se ha acentuado en el transcurso de los últimos ocho años. La tasa de formación de psicólogos clínicos, a través de diversos programas de pre o postgrado con al menos un año de duración, fue cuatro veces mayor el 2012 que el 2004 (aumentando de 1,92 graduados por 100.000 habitantes en el 2004 a 7,52 en el 2012). Esto significa que se están graduado ocho veces más psicólogos clínicos que terapeutas ocupacionales con formación de salud mental, 27 veces más que psiquiatras, 57 veces más que trabajadores sociales con formación de salud mental y 69 veces más que enfermeras con formación de salud mental. La tasa de graduación de psiquiatras y de trabajadores sociales y enfermeras con formación de salud mental se ha mantenido aproximadamente en el mismo nivel que hace ocho años.

Alrededor de un 20 a 40% de los profesionales y técnicos de salud mental del sistema público tuvieron la oportunidad de asistir en el 2012 a capacitación de dos o más días en intervenciones psicosociales (definidas en un sentido amplio, incluyendo psicoterapia, apoyo social, orientación, rehabilitación, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, etc.). En comparación con el 2004, los trabajadores sociales, terapeutas

ocupacionales, psicólogos, técnicos de enfermería y otros profesionales y técnicos duplicaron su porcentaje de participación en este tipo de actividades.

El trabajo social tiene como objetivo de estudio al individuo y al medio con el que se relaciona. En salud mental define la intervención con personas que tienen problemas de salud mental y con sus familias, potenciando sus capacidades y utilizando los recursos sociales necesarios con la finalidad de elevar la calidad de vida.

- Objetivos del Trabajo Social en Salud Mental:

  - Facilitar que las personas con trastornos o problemas de salud mental mejoran la relación con el medio intra y extrafamiliar.
  - Apoyar un proceso de cambio de las personas que conforman el entorno social, de acuerdo con sus recursos internos y externos.
  - Favorecer modificaciones socio ambientales para sustentar los cambios en la situación de las personas con problemas de salud mental.

La intervención Social, por lo tanto, responde a los objetivos del Plan de Tratamiento que cada Equipo profesional multidisciplinario, propone en relación con el paciente y su grupo familiar y acorde a las metas asistenciales propias de las instituciones de salud. Se sustenta en una evaluación de aspectos como:

  - Capacidad de un individuo y/o Grupo familiar, de proveer recursos que satisfagan las necesidades básicas de cuidado, tales como vestuario, alimentación y vivienda.
  - Rendimiento Ocupacional (Nivel de estudios, trabajo remunerado, labores domésticas)
  - Funcionamiento en Redes Familiares y Desempeño de Roles Sociales.
  - Funcionamiento en Redes Socio-comunitarias (vinculación con otros miembros de la comunidad, participación en organismos o actividades de esparcimiento, tales como Junta de Vecinos, clubes deportivos, culturales, etc.)

El trabajo social en salud mental ha sido denominado Trabajo Social Clínico y su finalidad es:

> pesquisar y reconocer problemas de patología mental, así como también realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares. Por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social emplea estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas. En conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal. (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013, pág. 9)

## XIV. Trabajo Social y Equipo de Salud Mental

> El trabajo del equipo y especialmente en el área de salud mental, facilita la supervisión y la consulta entre los diferentes miembros de este, esta facilitación permite que se pueda desarrollar una mejor atención hacia las personas atendidas dentro del área. La tarea que realiza el equipo de salud mental es tanto interdisciplinar como multidisciplinar: la multidisciplinariedad en salud mental hace referencia a una problemática que afecta a diferentes disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la política sanitaria, etc., y como tal ha de ser abordada. Necesita por tanto que los distintos profesionales reflejen los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda. (García Lopez, 2004, pág. 278)

En cambio, la interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. "Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática

determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo*”* (García Lopez, 2004, pág. 278).

Dentro del artículo “Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?” de Raquel García, se plantea la pregunta, de cómo en la realidad, en el quehacer del día a día ese trabajo interdisciplinario se traduce y se desarrolla, trabajo que se aplica en la intervención clínica, en la planificación de los recursos y en la satisfacción que deben generar los diferentes recursos que intervienen en un aspecto específico, como lo es el caso de las personas a las cuales van dirigidas aquellas intervenciones. En el mismo artículo, señala que la respuesta es que la realidad que aborda el equipo y las funciones que desempeñan, van mucho más allá de lo que ellos pueden generar, por lo que, se daría origen a una red en donde se sustenta y se desarrolla plenamente la práctica de la salud mental comunitaria, por ende, el artículo llega a la conclusión, de que la interdisciplinariedad trascendiera a los propios equipos de salud mental. En cuanto al contexto histórico de la incorporación del trabajo social en los equipos de salud mental, se puede mencionar que:

> el Trabajo Social dentro del equipo de salud mental, se puede decir, que, con anterioridad al proceso de reforma en cuanto a la atención psiquiátrica, la experiencia que obtenía un profesional de Trabajo Social dependía de la solicitud de quienes formaban parte del equipo para que él/la profesional de Trabajo Social pudiese intervenir. Esto habla, de que, pese a que la profesión era parte del equipo de salud mental, su poder decisorio y de intervención, dependía de profesionales pertenecientes a la Psiquiatría, Enfermería, Administradores, entre otros. Todo esto con el objetivo de subsanar alguna «deficiencia social» del paciente internado. (García Lopez, 2004, pág. 280)

Por lo tanto, como se plantea en el artículo de García, el trabajo social, sólo intervenía por requerimientos del mandato institucional y no, por un abordaje interdisciplinar.

Posteriormente, como se señala anteriormente, con la Reforma Psiquiátrica, el mandato institucional cambia y se crean los equipos multidisciplinares, con una atención interdisciplinar. Por lo tanto:

> los equipos son insertados en la comunidad y van a tener que dar respuesta a toda una serie de nuevas demandas de atención que antes quedaban fuera de la atención psiquiátrica. Los profesionales se empiezan a relacionar con diferentes formas de «enfermedad» y «sufrimientos» que no aparecían en la psiquiatría tradicional. Se cambia el objetivo, la asistencia tradicional está basada en la enfermedad, el trastorno y en la curación, mientras que en la atención comunitaria se quiere poner el acento en la prevención y la promoción de la salud. (García Lopez, 2004, pág. 280)

La reforma psiquiátrica propone una atención global a la salud mental, siendo el espacio comunitario el referente básico de atención a la población. Dentro de esta atención, se utilizará:

> una intervención socio-comunitaria, en donde se encuentra el modelo de Acompañamiento Terapéutico, el cual se puede definir como un dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social. (Saiz Galdós & Chévez Mandelstein, 2009, pág. 81)

En síntesis, un Acompañante Terapéutico es un agente de salud socio-comunitario al servicio de una intervención clínica.

El modelo de acompañamiento terapéutico, “su intervención se recomienda en casos de aislamiento social, enfermedad mental crónica y drogodependencias” (Muchinik & Seidmann, 1998, pág. s.n), sobre todo en aquellos casos en los que el usuario no dispone de los recursos necesarios ya sean, estos físicos, psíquicos o sociales, para acceder a los recursos sanitarios regulares de forma autónoma y sostener su tratamiento en el tiempo.

El trabajo social en salud mental desarrolla una “Intervención Socio-Comunitaria y ha surgido tras la evolución del tratamiento, el cual ha oscilado desde la propuesta de un tratamiento centrado en la hospitalización del enfermo, a otro en el cual se aborda su problemática desde una perspectiva

psicosocial" y "en el medio socio-comunitario" (Clark, 1982, Rodríguez & Sobrino, 1997, citado en Galdós y Chévez, 2009, pág.77).

Al mismo tiempo, al trabajador/a social le corresponde tener que evaluar la "red social del paciente y eliminar los obstáculos que limitan el transcurrir institucional del mismo. El Acompañante puede aportar información acerca de la red social personal de paciente y motivarlo a resolver aquellas cuestiones administrativas que limiten su recorrido institucional" (Dabas, 2000, citado en Galdós y Chévez, 2009, pág.82).

A la vez que se propone como articulador con el entorno in situ, trabajando el día a día. Mientras que el Trabajador Social trabaja "con la Red", el acompañante terapéutico trabaja "en la Red" (Sluzki, 1996, citado en Galdós y Chévez, 2009, pág. 82). Pese a esto, el acompañamiento terapéutico, puede también ser ejecutado por otros profesionales, como, por ejemplo, psicólogos, enfermeros, educadores, entre otros. Poseyendo cada uno las funciones propias de su perfil profesional y ejerciendo igualmente de "acompañantes" cuando sea necesario.

El que pueda ser realizado por otros profesionales, significa que se habla de un trabajo en equipo multidisciplinario, el cual es necesario para la atención en salud mental comunitaria. Para ello, como se mencionó con anterioridad, se crearon los Equipos de Salud Mental, equipos formados por distintos profesionales y distintas áreas de conocimiento. Se ve anteriormente, que los profesionales que suelen formar estos equipos son: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y con frecuencia terapeutas ocupacionales.

La trascendencia del Trabajo Social y su particularidad, es que brinda la visión social y familiar, sus intervenciones se centran mayoritariamente en aspectos sociofamiliares, otros relacionados con la provisión y también orientaciones de recursos y para formar parte de un equipo de salud mental, debe contar un título que avale, que ha estudiado Trabajo Social en un establecimiento reconocido en el ámbito universitario y por el estado.

## XV. Funciones del Trabajo Social en Salud Mental

En términos generales, y a modo de efectuar una distinción con el trabajo social en el área de salud mental y el trabajo social como tal, se encuentra que principalmente las/os trabajadores/as sociales, efectúan funciones de orientación a los diversos casos, grupos y/o comunidades,

asesorando y buscando alternativas que permitan satisfacer las diferentes necesidades, dando cumplimiento al mejoramiento en la calidad de vida de los sujetos de atención.

Lo anterior es conocido como función de consejería y se define como:

> el proceso a través del cual se ayuda a una persona o familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual al de su familia o a la modificación de conductas, comportamientos que implican un riesgo o un daño individual o familiar. (Flores, 2012)

Además, se genera un cierto rol de "educador informal", ya que en cierta medida canaliza y da a conocer los recursos institucionales disponibles, informando a su vez sobre los servicios que ofrece para hacerlos más accesibles en la mayor forma posible. Por tanto, facilita información sobre otros servicios o recursos externos a los que es posible recurrir.

Al mismo tiempo, las y los profesionales de trabajo social realizan investigaciones aplicadas, recopilando y analizando datos para identificar necesidades o problemas sociales de carácter individual, grupal o comunal. Esto se vincula a la vez, con el acompañamiento que se genera a los individuos de grupos, organizaciones o colectividades a formular y desarrollar programas comunales para satisfacer las necesidades, resolver problemas y promover un mejoramiento en la calidad de vida.

Otra importante función dice relación con el rol de animador y facilitador en cuanto al acceso a ámbitos de participación social, fomentando la creación de grupos y organizaciones, asesorando a las personas para el logro de la creación de actividades que sirvan para mejorar las condiciones de vida, estimulando la creación de nuevas formas de participación.

La intervención social en Salud Mental, trata de ayudar a la persona a tratar de comprender a qué obedecen sus conductas y cómo todo ello incide en las personas que le rodean, trabajando las posibilidades enmarcadas dentro de la realidad y superando crisis, dificultades, carencias y pérdidas implicando a la persona en la resolución de sus problemas y la gestión de los recursos sociales, permitiendo en todo momento que resurjan alternativas tanto en lo personal, familiar o social a través del soporte que se estable en el tiempo que dura la relación terapéutica. En cuanto a la especialización, se puede afirmar que:

> en este campo fue necesaria desde sus comienzos y hoy en día se hace todavía más imprescindible si tenemos en cuenta la complejidad de situaciones que se presentan. El análisis específico del sector, de su situación actual, la profundización de las teorías propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, la adquisición de determinadas habilidades, la formación teórica práctica en Psicopatología, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis, son contenidos fundamentales de los estudios de especialización. (Garcés E. , El trabajo social en salud mental, 2010, pág. 348).

Si bien las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con el Centro donde prestan sus servicios, la finalidad del dispositivo y los objetivos del equipo, según (Garcés E. , El trabajo social en salud mental, 2010, pág. 341), podemos partir de una serie de funciones básicas:

- Función de atención directa

Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud. El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye:

1. Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
2. Valoración socio-familiar.
3. Diagnóstico social.
4. Planificación de la intervención social:
    - Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
    - Entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
    - Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
    - Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.

- Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
- Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.
- Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
- Conexión y derivación del usuario a recursos adecuados.

5. Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

- Función preventiva, de promoción e inserción social

Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración de este a través de:

1. Los recursos normalizados.
2. Los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral).
3. Fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados, etc.

- Función de coordinación

Según Díaz, E., (2002) citado en (2010) en la función de coordinación, se puede afirmar que:

> dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad. (pág.342)

"La importancia que lo social adquiere en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad, y el hecho de que cualquier tipo de

intervención adquiere la categoría de acción terapéutica supone un necesario replanteamiento de las estrategias de salud mental" (Pons, 2006). En cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental "al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales*"* (Pellejero, Brise, & Tizon García, 1992). En concreto, los "trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias" (Guimon, 2002). Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. De hecho, las actividades de los trabajadores sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos sociolaborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos. (Citado en Garcés E. , 2010)

> El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del enfermo, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad para cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él pudieran depender, es decir, el profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención. Por otra parte, cada vez con más frecuencia, se recurre a nosotros para delegarnos funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria y estas intervenciones terapéuticas van a venir determinadas por las características personales y profesionales, y de la formación, experiencia y competencia del trabajador social.
>
> Hay que mejorar su formación específica porque de ellos dependerá en gran parte la evolución de la salud mental. Deberían adquirir más experiencia en el trabajo en red y poder asumir las funciones de "gestores de casos." (…) En el futuro deberían asumir la realización de algunos tipos de Psicoterapias, para lo que tendrían que realizar una formación parecida a lo de los psicólogos. Guimon (2002) citado en Garcés E. (2010)

## XV.I Funciones del Trabajo Social en psiquiatría

El trabajo social clínico es una rama especializada del trabajo social que se encarga de la investigación, desarrollo y aplicación de tratamientos para los problemas psicosociales que afectan la salud mental de las personas. En este sentido, el trabajador social clínico realiza estrategias de intervención dirigidas a personas, parejas, familias, grupos y comunidad. Además, se señala que:

> nosotros pensamos que actualmente el trabajador social en la salud mental está experimentando un proceso de contracción (saber-conocer-intervenir) y de expansión disciplinar que conlleva hacia una demanda especializada de conocimientos que no están presentes en pregrado. Por lo general, estos conocimientos se relacionan con la psicoterapia, espiritualidad, neurociencias, microsociología, investigación cualitativa, antropología de la familia, psicopatología, por nombrar algunos ejemplos. Por otro lado, estos se han vuelto a su vez indispensables para el campo de acción, pero al mismo tiempo, son transformadores de la praxis profesional (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, El Trabajo Social en Salud Mental: Un trabajo social clínico, 2013, pág. 14).

A través de un vínculo terapéutico entre el trabajador social clínico y usuario (s) en una institución de salud mental; mediante la administración de la psicoterapia y la aplicación de los métodos del trabajo social adaptados a la psicopatología, se busca resolver las problemáticas que afectan el funcionamiento psicosocial de las personas. Esto se debe a que el trabajo social clínico se encuentra invisibilizado en Latinoamérica, ya que, la profesión se ha visto expuesta a diversos problemas políticos, epistémicos y metodológicos que han afectado su consolidación como saber-hacer.

A partir de esto es necesario identificar qué es lo que caracteriza al/la trabajador/a social y cuáles son sus rasgos particulares. Según Quinteros (1999) citado en Antipan Pilquinao & Reyes Barría (2013) existen dos rasgos particulares y originales de los trabajadores sociales clínicos:

- El uso de las técnicas de planeación social y organización de la comunidad en cambios efectivos y promoción de grupos más poblados.

- El uso de la intervención clínica dirigida hacia el desarrollo y cambio en individuos, familias, grupos pequeños y en situaciones que influyen en ellos, puede ser conceptualizado como más allá de la psicoterapia.

Además, se necesitaba evidenciar qué hace un/a trabajador/a social clínico y qué diferencia su práctica de sus colegas o de las otras profesiones. Para esto nos basaremos en la Asistente Social Chescheir (1984) citado en Reyes (2012) donde según ella, existen cinco áreas que le competen al trabajador social, las cuales están especificadas a continuación:

1. Trabajo con personas en el contexto de su situación social: Al trabajador social clínico le interesa establecer un equilibrio entre las necesidades personales y las oportunidades que ofrece la vida. La meta es lograr un ajuste entre lo que le conviene al individuo con lo que le conviene al sistema social. Uno de los principales objetivos es relacionar a las personas con los recursos y comenzar en cualquier extremo del medio continuo psicosocial, ya sea con la persona o con el sistema social. Los cambios externos son indispensables cuando los recursos no están disponibles para proporcionar los alimentos necesarios para vivir. Los cambios internos son indicados cuando las personas están emocionalmente acabadas o físicamente traumatizadas. Un trabajador social clínico debe saber cómo ayudar a personas de todas las clases y condiciones para que se adapten a situaciones realistas, y cómo cambiar estas condiciones sociales para adecuarlas a las necesidades de las personas.

2. Trabajo con la familia como medio de ayuda: Al trabajador social clínico le interesa tanto evitar una desintegración familiar como reconstituir familias desintegradas, esto es debido a que no solo interesa la intervención en familias en momentos de crisis, sino el sinnúmero de cosas que le ocurren a las familias durante toda su vida juntos, como, por ejemplo: las dinámicas familiares ya que proporcionan un medio de ayuda para el sano crecimiento y desarrollo de sus miembros. Cuando trabajamos con familias, una forma estratégica de potenciar la acción es trabajar en sus propios hogares cuando es necesario, para así, ayudar a movilizar recursos internos

como externos para mejorar y conservar el funcionamiento familiar. La terapia familiar y el asesoramiento matrimonial también le competen a trabajador social, pero no están limitados solamente a estos modelos en particular.

3. Trabajo de terapia con grupos en actividades cuyas tareas estén relacionadas: Los trabajadores sociales clínicos han concebido y utilizado las dinámicas del proceso grupal para conservar y mejorar el funcionamiento social. El conocimiento de la dinámica de grupos se traduce en una buena comprensión del contexto organizacional y le permite al trabajador social buscar cambios en marcos institucionales. El trabajador social capta el valor del conflicto y la cohesión, comprendiendo que los miembros de un grupo a menudo compiten entre sí, aunque al mismo tiempo necesitan confiar en el apoyo mutuo. Los grupos de terapia y socialización ayudan a rehabilitar personas con dificultades de relaciones interpersonales y que carecen de habilidades sociales.

4. Trabajo con organizaciones y sistemas sociales para mejorar situaciones sociales: Los profesionales clínicos comprenden la importancia de sistemas de apoyo naturales y se los presentan a los clientes a medida que los necesitan. Como defensores de los pobres y de los grupos minoritarios, los profesionales clínicos a menudo encuentran defendiendo a aquellas personas que no pueden hacerlo por sí mismas. Cuando las organizaciones e instituciones dejan de funcionar en beneficio de las personas, el profesional clínico se siente obligado a luchar por cambios en los sistemas que volverán más humanas las condiciones y harán del medio más sensible a las necesidades de las personas. Por lo cual, a los trabajadores sociales clínicos les interesa crear un medio que custodie y cuide, donde las personas puedan expresar su preocupación por los demás y trabajar juntos por el bien común.

5. Trabajo con personas que se enfrentan a crisis de situación o de maduración: Continuamente se les pide a los trabajadores sociales clínicos ayuda en toda clase de crisis. Estas pueden ser de situación o de maduración, las primeras son aquellas como un trauma físico o una

pérdida aguda personas significativas, por lo cual pueden ayudar a las personas a recuperar su fuerza anterior, y en algunos casos, incluso mejoran su nivel general de funcionamiento social. Las segundas crisis, que también se llaman de transición de vida (niñez, adolescencia, adultez y senectud) producen crecimiento; pero la forma en que una persona los aborda es el resultado de múltiples factores, incluyendo la organización intrapsíquica individual, los patrones de interacción familiar y la presencia o ausencia de sistemas de apoyo naturales. Por lo tanto, los trabajadores sociales clínicos están capacitados para ayudar a las personas a adaptarse y a manejar la gama completa de crisis de situaciones o de maduración y conocen las expectativas reales, tanto para sí mismos como para sus clientes (Chescheir, 1984).

Por otro lado, en España, el "Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya" (Col·legi Oficial de Treball Social, 2001, pág. s.n), creó un documento en el cual especifica las funciones del trabajador social en Salud Mental, a continuación, destacaremos la hospitalización psiquiátrica y los centros de día.

### XV.I.I Funciones del Trabajo Social en hospitalización psiquiátrica

El modelo asistencial de hospitalización sea ésta completa o parcial, es un instrumento terapéutico útil para poder desarrollar un programa de trabajo, en consonancia con el conjunto de estructuras, que posibilite un continuo asistencial.

Los objetivos terapéuticos del internamiento prevén la remisión de la sintomatología y la restitución de las capacidades de adaptación a la vida social (relaciones familiares, actividad laboral, programas rehabilitadores).

El/la trabajador/a social, como un miembro más del equipo, tenderá con su intervención a promover o a conseguir la rehabilitación y la reinserción social de las pacientes, con el objetivo de vincularlos a los recursos normalizados (o terciarios sociosanitarios y de atención primaria en salud mental); sin que el alta implique una interrupción violenta de la hospitalización.

1. Atención directa

1.1 Trabajo individual o familiar

a) Entrevistas de acogida.

b) Trabajo del caso en el equipo interdisciplinario.

c) Intervención social.

- Trabajo directo con el usuario.
- Trabajo con familias.
- Trabajo dirigido a utilizar recursos.

1.1.2 Trabajo grupal.

Está dirigido a facilitar la resolución de conflictos interpersonales y a fomentar la relación entre los pacientes. Se lleva a cabo mediante grupos socioeducativos y socio terapéuticos. Además, el trabajador social participa también como coterapeuta en otros grupos que dirigen otros profesionales.

1.2 Atención indirecta

1.2.1 Coordinación.

1.2.2 Trabajo comunitario

1.2.3 Gestiones

1.2.4 Documentación

1.2.5 Planificación y evaluación

1.2.6 Asesoramiento y apoyo

## XV.I.II. Funciones del Trabajo Social en los Centros de Día

El/la trabajador/a social del centro de día, como un elemento más dentro del equipo y desde su disciplina, aporta los instrumentos necesarios para alcanzar los objetivos para los que se creó el recurso: contención, rehabilitación y reinserción comunitaria del trastorno mental severo (TMS).

De estos tres elementos, probablemente es la rehabilitación psicosocial la que requiere más esfuerzos. La rehabilitación psicosocial pretende ayudar a las personas con trastornos psiquiátricos a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial. El objetivo es que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en las condiciones más normales e independientes posibles.

2. Atención directa

2.1 Trabajo individual y familiar

a) Entrevistas de acogida o primera visita del trabajador social.

2.1.2 Trabajo del caso en el equipo interdisciplinar

2.1.3 Intervención social

- Trabajo directo con el usuario:
- Trabajo directo con familias.
- Trabajo dirigido a utilizar recursos.

2.1.4 Trabajo grupal

El trabajo social grupal es un proceso de atención dirigido al grupo de usuarios a sus familias a partir de la detección de dificultades colectivas. El trabajo en grupo permite interrelacionar personas con una misma problemática, aprender del otro, escuchar, evitar el aislamiento… A parte de esto, complementa la intervención individual y facilita poner en contacto los recursos y las potencialidades de cada uno.

2.2 Atención indirecta

2.2.1 Coordinación

2.2.2 Trabajo comunitario

2.2.3 Documentación

2.2.4 Planificación y evaluación

## XV.II. Funciones del trabajador social en drogodependencias

A continuación, se presentan una serie de autores, que plantean las funciones de la profesión en drogodependencias.

> Las drogodependencias son uno de los fenómenos más complejos y problemáticos de la sociedad actual, sobre todo en los países más desarrollados o en vías de desarrollo (...) parece evidente que los consumos de drogas guardan dos vínculos con lo social: por un lado, podemos observar que las personas drogodependientes se vuelven consumidoras por motivos que se encuentran en la esfera de lo

> microsocial (estilos educativos familiares, la desestructuración familiar o los conflictos familiares mal resueltos) o en la esfera de lo macrosocial (como los valores sociales dominantes, los discursos en torno al tema de las drogas, etc). Por el otro lado, los consumos de drogas generalmente producen un gran impacto social, ya que, provocan un deterioro de la salud pública o del bienestar. (Martín V. , Las drogas entre nosotros: una mirada desde la educación social, 2009)

> La drogodependencia, en la actualidad es considerada como un fenómeno multifactorial que no responde sólo a lo biológico, sino que también obedece a elementos constitutivos situados en la psiquis de la persona, su entorno y vida social, por lo cual se comprende y aborda desde una mirada biopsicosocial. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

> No existe un tratamiento único para las drogodependencias, de ahí la variedad de recursos que hoy existe para los problemas de drogas, pero todos comparten una característica común y es la necesidad de contar con equipos interdisciplinares que de modo conjunto pongan en marcha las soluciones; trabajadores sociales, médicos, educadores, psicólogos, abogados, entre otros. (Matellanes , 1999)

Es por lo anterior, que, en el marco de la intervención en adicciones, existe la necesidad de contar con profesionales con capacidades singulares, que sean capaces de identificar variables ambientales, familiares e individuales, para evitar que se genere un reduccionismo de la persona, o cometer el error de no percatarse ni tener en cuenta elementos que pueden influir o condicionar la situación a tratar.

Por esta y otras razones que los y las trabajadores/as sociales se han transformado en profesionales indispensables al momento de buscar una intervención que posea impacto real en las personas, familias y comunidades.

Se indica que, “en el ámbito de las drogodependencias, los profesionales del Trabajo Social junto a otros profesionales forman parte de un conjunto de mediadores sociales que constituyen una estrategia preventiva en el ámbito comunitario” (Gutierrez, Drogodependencias y Trabajo Social, 2007).

Como indica este autor, la prevención apunta a detectar y reducir los factores de riesgo, así como a potenciar los factores de protección. La prevención contempla el fenómeno de las drogas como fenómeno social complejo en el que se contemplan los factores asociados a las sustancias, a la persona y al contexto social y medioambiental.

> La intervención profesional en drogodependencias con los valores del Trabajo Social en sus diversas etapas de desarrollo, tanto en el mundo como en América Latina, se basan en el bienestar de las personas, sus familias y comunidades, con una mirada que busca integrar los diversos niveles de desarrollo humano, logrando la consideración de éste como un todo en permanente vinculación con su medio, es decir, se necesita personal idóneo para desarrollar una óptima intervención, así es como esta disciplina va logrando notoriedad de manera progresiva en las áreas de formación, legitimación social y organización profesional. (Aylwin, 1995, citada en Muñoz, pág. 1)

Se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las Drogodependencias como:

> una forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial. (Gutierrez, Drogodependencias y Trabajo Social, 2007)

Centrándonos en las funciones del trabajador social en general, podemos hablar de las siguientes: funciones en el área familiar, funciones en el área educativa, funciones en el área laboral, funciones en el área relacional y de ocupación de ocio y tiempo libre, funciones en el área legal, etc. Pero:

> el objetivo del trabajador social para el adicto será entonces, corregir al máximo sus problemas de personalidad, reemplazar la sensación de ansiedad e inseguridad que lo caracteriza por una de bienestar, proporcionándole los medios para que pueda adquirir firmeza,

> confianza y seguridad en sí mismo, así como sentido de responsabilidad personal, familiar y con su entorno social en el que se desenvuelve. (Barreto-Pico, 2017, pág. 321)

Finalmente, se puede inferir que la fortaleza del trabajo social está dada en lo que se considera su debilidad, ya que, ésta disciplina profesional se construye a partir de aportes realizados de diversas ciencias y áreas específicas de intervención preponderantemente sociales, las cuales permiten describir, comprender, analizar, intervenir y evaluar, no sólo desde una mirada, sino que desde diversos prismas y así lograr una comprensión de la realidad más global e integrativa, aportando desde lo general a lo particular y con ello considerando variables que desde otras ciencias son obviadas o desvalorizadas, lo anterior va a permitir el transformar a los trabajadores sociales en profesionales indispensables a la hora de crear estrategias de intervención tan complejas y multifactoriales como es el caso de las drogodependencias, área desde donde se está requiriendo cada vez más los conocimientos, destrezas y ética de estos profesionales de las ciencias sociales humanas.

### XV.III. Función terapéutica del Trabajo Social

Para comenzar con la función terapéutica es necesario en primera instancia saber qué es terapia y psicoterapia, por lo tanto, el primer concepto se puede definir como "El término terapia se define como "tratamiento" de cualquier enfermedad o trastorno" y el segundo como "tipo de terapia que se utiliza para el tratamiento de las enfermedades mentales o emocionales mediante *procedimientos psíquicos o psicológicos"* (Moya, 2015).

Previamente a dar conocimiento de la consistencia de la función terapéutica del trabajador y/o trabajadora social en el área de salud mental, es importante contextualizar los conceptos de los cuales proviene dicha función. Por lo tanto, en primer lugar, es relevante comenzar por el término de la intervención terapéutica. En este sentido hablar de intervención terapéutica implica describir otro término utilizado en varias disciplinas de las ciencias sociales y por ende a su vez en el trabajo social, correspondiente a la "relación de ayuda" como contexto de la intervención social propiamente tal. Es por lo anterior, que a continuación se presentan algunas definiciones ligadas a la relación de ayuda, a modo de comprender íntegramente lo que significa la

intervención terapéutica y por tanto la función terapéutica utilizada desde el trabajo social clínico entre el trabajador(a) social y el sujeto de intervención en el área de salud mental.

Al hacer un análisis respecto a la relación de ayuda, se visualiza cómo se vincula estrechamente con la función terapéutica que ejerce el profesional de trabajo social en la intervención con el usuario. Esto se refleja en primera instancia con el mejoramiento en la calidad de vida y bienestar del sujeto, relacionado a un sufrimiento desencadenado por una problemática de salud mental. A su vez, se promueve principalmente todo lo que dice relación con el desarrollo de las capacidades de la persona en cuanto a un funcionamiento íntegro de todos los ámbitos que involucra la vida de una persona, lo cual se ve relacionado a la vez con las definiciones que la organización mundial de la salud otorga a la salud mental óptima. Del mismo modo, se extrae de las definiciones expuestas con anterioridad, como el trabajador/a social, interviene directamente en una relación de ayuda de tipo terapéutica ligada a las modificaciones de problemáticas internas de la persona atendida.

Por último, se destaca la reflexión realizada que pone de manifiesto cómo el trabajo social y la relación de ayuda mantienen una relación simbiótica, configurándose de forma evidente la relación de ayuda como principal sustento de los sujetos de intervención en el nivel de intervención de caso y familia, por lo tanto, la relación se ayuda se compone como principal herramienta en el trabajo social de casos o individualizado. Se constituye como el pilar fundamental para la relación de ayuda. Dicha relación de ayuda parte de la configuración de un sistema de acción directamente con el individuo, corresponde a un tipo de interacción mutua o interpersonal que se fomenta con un propósito claro y definido correspondiente a crear ese espacio terapéutico positivo, libre de amenazas externas e internas sobre el problema social y el individuo afectado.

Es importante diferenciar y por ende destacar la función terapéutica de parte del trabajador/a social con relación a la función tradicional que se ejerce en otras áreas de intervención. Por lo tanto, específicamente en el planteamiento "terapéutico" cabe destacar la siguiente definición:

> el trabajador social se coloca ante el cliente en posición de escucha, de aprendizaje: sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarle a comprender, a su vez que es lo que le sucede y de qué

manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades. (Ituarte, 1992, citado Herrera 2015)

Es decir, el/la trabajador/a social en dicha área toma una posición ligada a la terapia clínica de escucha y entendimiento al usuario en su condición de afectado/a por una problemática que incide en el bienestar óptimo de su salud mental.

Por otra parte, es importante hacer referencia a la definición de Trabajo Social Clínico que propone Ituarte (1992) citado en (2015), siendo la siguiente:

> el Trabajo Social Clínico es una forma especializada del Trabajo Social que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social.(pág.13)

En base a la definición anterior, queda en manifiesto que la función terapéutica desprendida del Trabajo Social Clínico, utiliza diferenciadamente de otras áreas un proceso psicoterapéutico, ya que el tratamiento con personas afectadas por problemáticas de salud mental debe hacerse atendiendo tanto los factores psíquicos como sociales, a modo de desarrollar capacidades que enfrenten tanto los factores sociales como los factores de riesgo propios de las condiciones psíquicas.

## XVI. Funciones del Trabajo Social en Salud Mental en Chile

Según las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 49) las Funciones del Trabajo Social en Salud Mental son:

1. Trabajo Social con personas en el contexto de su situación social, a fin de lograr un equilibrio entre las necesidades personales y sociales.
2. Trabajo Social con familias como medio de ayuda a fin de reconstruir familias desintegradas y disfuncionales, movilizando recursos personales internos y externos.
3. Terapia de grupos, usando dinámicas del proceso grupal a fin de conservar y mejorar el funcionamiento y la cohesión social.
4. Trabajo Social con organizaciones y sistemas en la mejora de dinámicas sociales, hacia sistemas más humanos y más sensible a las necesidades de las personas.
5. Trabajo Social con personas que enfrentan crisis, a fin de recuperar la estabilidad interior y lograr mejoras en su funcionamiento.
6. Trabajo social con comunidades con el fin de fortalecer redes de apoyo, sistemas de acogida, comunidades terapéuticas, entre otras.

# CAPÍTULO III

# Diseño Metodológico

## Presentación

Para poder llevar a cabo la investigación es necesario tomar decisiones metodológicas que guíen todo el proceso, es por esto, que, en el presente capítulo, se darán a conocer todas las decisiones metodológicas que como investigadoras tomamos para llevar a cabo esta investigación. Considerando que para nosotras son las decisiones más pertinentes para realizar todo el proceso y cada uno fue decidida en post de que el objetivo del proyecto de título sea alcanzado. Esto incluye la fundamentación y la delimitación del problema, antecedentes metodológicos, pregunta de investigación, objetivos, técnicas e instrumentos de recolección de información y diseño de la muestra.

En seguida, en los siguientes puntos, se especifica cada una de las decisiones mencionadas anteriormente. Estas decisiones están fundamentadas de forma teórica para luego ser llevadas a la práctica.

## I. Fundamentación del problema

En referencia al objeto de estudio que concierne el presente proyecto de título, se aboca a conocer el perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales pertenecientes al área de salud mental, específicamente dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota correspondiente al nivel secundario y terciario. Conocer el perfil profesional es necesario para evidenciar las funciones más desarrolladas por la profesión dentro del área y de esta manera, además, obtener la certeza de las fortalezas y de los aspectos por mejorar en cuanto al desempeño profesional.

La labor profesional actual del/la trabajador/a social, se desarrolla en función del área específica en la cual se esté desenvolviendo. En el caso referente al área de salud mental, se tiene por conocimiento que desarrollan una labor de intervención frente al usuario, pero que no ha dado oportunidad de que se establezca y se conozca en cabalidad un perfil profesional más completo respecto al área. La postergación a esta definición también ha influido en las relaciones multidisciplinarias y transdisciplinarias con otros/as profesionales que se desempeñan en el área debido a que ellos/as, no poseen claridad respecto a lo que puede elaborar y ejecutar el trabajo social, generando en reiteradas ocasiones una desvalorización y desconocimiento de la capacidad e identidad profesional que posee la profesión, especialmente en el área de la salud.

Por lo mencionado anteriormente se han generado ciertas dudas al respecto, dejando a él/la trabajador/a social en una situación de desventaja en comparación a otras profesiones, sobre todo al momento de trabajar con un equipo amplio de profesionales, quienes se han hecho cargo de muchas tareas que eran realizadas por trabajadores sociales, debido a que se ha descuidado la especialización en el área, lo que implica, ir disminuyendo las oportunidades laborales para los/as futuros/as egresados/as que se insertarán en el campo laboral.

Sin embargo, en la actualidad, aunque no repercute con gran fuerza aún en Chile y Latinoamérica, el Trabajo Social Clínico ha avanzado y ha demostrado que un profesional del trabajo social puede desempeñar funciones

que no son de la naturaleza propia de la disciplina, sino más bien, que corresponden a otras profesiones, entre las más conocidas, la Psicología, en donde el/la trabajador/a social realiza intervenciones orientadas hacia la terapia y psicoterapia. Esto último ha sido cuestionado y debatido tanto dentro del círculo de profesionales del trabajo social como por otras profesiones, quienes se han manifestado tras que el nueve de marzo del 2018, el Ministerio de Salud de Chile aprobó, para todo el país, una norma que establece las nuevas "Orientaciones y normas técnicas del Trabajo Social en Salud". En esta norma se reconoce al trabajo social en el área de Salud Mental como un Trabajo Social Clínico y su finalidad:

> es pesquisar y reconocer problemas de patología mental, así como también realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares. Por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social emplea estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas. En conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal. (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013, pág. 9)

Las nuevas Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud, también destaca que el objeto de estudio del Trabajo Social Clínico es el individuo y el medio con el que se relaciona. En salud mental se define la intervención con personas que tienen problemas de salud mental y con sus familias, potenciando sus capacidades y utilizando los recursos sociales necesarios con la finalidad de elevar la calidad de vida.

Las funciones de el/la trabajador/a social, se encuentran actualizadas a la contingencia nacional según lo explicitado en las nuevas orientaciones y normas técnicas. Sin embargo, la comunidad atendida y no atendida dentro del sistema de salud, no posee un mayor conocimiento sobre lo que efectivamente realiza la profesión dentro del área, la cual sigue siendo vista

como destinada a realizar funciones de tipo más asistencialista. El desconocimiento de la población, de los/as mismos/as trabajadores/as sociales y de las otras profesiones, sobre lo que realmente realiza el trabajo social, en parte ha sido culpa de la misma profesión, en donde los/as profesionales han manifestado, por medio de otras entrevistas que se han realizado durante la carrera, que debido a que no existen los espacios ni los tiempos disponibles para reflexionar sobre la profesión y el quehacer de esta, no ha habido una suficiente sistematización de experiencias profesionales, particularmente dentro de la salud mental.

En conjunto a lo anterior, cabe mencionar que las experiencias de los/as profesionales se encuentran cerradas, es decir, el conocimiento generado por la experiencia de cada profesional no es plasmado ni difundido a otros profesionales, perdiéndose así la oportunidad de desarrollar una retroalimentación entre ellos/as. Las vivencias no son transmitidas entre trabajadores/as sociales de manera formal, generando un intercambio de manera informal y superficial, de modo que se pierde la oportunidad de evidenciar dichos aprendizajes y que sean compartidos con la finalidad de enriquecer el quehacer profesional.

Se considera que es importante, conocer el perfil profesional actual y que establezca y dé a conocer, las aptitudes, capacidades, herramientas y funciones específicas que desarrolla y otorga el/la trabajador/a social en esta área, teniendo en cuenta la verosimilitud entre los resultados que arroje la investigación y lo expuesto en las *Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud Mental* (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018). De esta forma, se destacaría y daría a conocer lo que el trabajo social realiza actualmente, específicamente en los centros de atención secundarios y terciarios pertenecientes al Servicio de Salud Viña del mar - Quillota.

Para dar a conocer este perfil actual, es necesario plasmar: las percepciones de los/as trabajadores/as sociales; las percepciones de los/as usuarios/as; y por último las percepciones que tienen los/as otros/as profesionales miembros del equipo en el área de salud mental de la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, y que se transforme en una herramienta útil tanto para el quehacer profesional, como para ayudar a definir la identidad profesional, la cual se está transformando debido a la influencia que ha ejercido las Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud Mental en este quehacer.

## II. Delimitación del problema

Para el presente proyecto de título se hace imprescindible concretar específicamente cuál es el objeto de estudio de la investigación, y a su vez a los sujetos de estudio, a modo de precisar qué es lo que se quiere investigar concretamente. Es por lo anterior, que, conforme al proyecto de título a realizarse, se define que se investigará, por medio de las propias experiencias, vivencias, opiniones y/o percepciones de los/as entrevistados/as, cuál es el perfil más actual de los/as profesionales de trabajo social específicamente en el área de salud mental.

Conforme a lo mencionado con anterioridad, se delimita que los sujetos de estudio corresponderán a la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, dentro de las cuales se ha seleccionado: la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar; el Hospital de Día perteneciente al Hospital de Marga Marga de Quilpué; la Unidad de Psiquiatría del Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca; y el Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol de Villa Alemana. Cabe destacar que los sujetos de estudio están sujetos a cambio, con el fin de conseguir resultados en la investigación.

A su vez, se delimita que en las instituciones los sujetos están conformados tanto por: profesionales trabajadores/as sociales; como también por otros profesionales del área, tales como psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, enfermeras/os entre otros, que formen parte del equipo; y finalmente serán incluidas en la investigación las percepciones de los/as usuarios/as que se atiendan de forma constante en las instituciones anteriormente mencionadas.

## III. Antecedentes metodológicos

### III.I Paradigma de Investigación Cualitativa

Para el presente proyecto de título, se ha decidido utilizar la metodología de investigación cualitativa, la cual, siguiendo al objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, permite indagar y recolectar de manera profunda la información directa de cada uno de los sujetos de estudio.

Dicha información, será obtenida mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a un número determinado de los sujetos mencionados, en

donde cada entrevista será elaborada de acuerdo con el perfil de los/as entrevistados/as.

El paradigma elegido, además contribuye en el correcto análisis de la información recolectada a través de las entrevistas. En cuanto a su definición, se presenta la siguiente:

> con él término "investigación cualitativa", entendemos cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones(…) Al hablar sobre análisis cualitativo, nos referimos, no a la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico. (Strauss, Corbin, & Zimmerman, 2002, pág. 20)

En cuanto a las características de la investigación cualitativa y a sus criterios de rigor, se encuentra lo siguiente:

- Cuadro Nª1:

| Características de la Investigación Cualitativa |
|---|
| ● Es inductiva.<br>● Los datos producidos son descriptivos, ya sean las palabras habladas o las conductas observadas.<br>● El análisis de la información intenta captar el significado de las perspectivas del sujeto participe de la investigación.<br>● La información obtenida no es adulterada puesto que el investigador interactúa con el sujeto en su hábitat utilizando el mismo lenguaje.<br>● Es holística puesto que aborda todas las situaciones.<br>● Los métodos cualitativos son esencialmente de las ciencias sociales.<br>● Hace referencia a la comunicación cara a cara, personal e inmediato. |
| Fuente: Nora Mendizábal “Los componentes flexibles en la investigación cualitativa pág.68” |

- Cuadro N”2

| Criterios de rigor de la Investigación Cualitativa | | |
|---|---|---|
| **Aspecto** | **Criterio de Rigor** | **Procedimiento a utilizar** |
| Verdad | Credibilidad | Triangulación de fuentes |
| Aplicabilidad | Transferibilidad | Desarrollo de descripciones minuciosas |
| Consistencia | Dependencia | Pistas de revisión (cuadernos de campo, notas de las entrevistas, etc.) |
| Neutralidad | Confirmabilidad | Ejercicio de reflexión epistemológica. |
| Fuente: Criterios de credibilidad en la investigación naturalista (Guba, 1981, pág. 104). | | |

## III.II Enfoque de Investigación: Carácter exploratorio - descriptivo

Considerando por una parte la metodología de investigación cualitativa a utilizar, además del tema a abordar en el presente proyecto de título, se realizará una investigación con enfoque de tipo ***exploratorio***. Lo anterior, fue delimitado conforme a que dicho método se utiliza para examinar un tema o problema de investigación, del cual aún no se tiene claridad concisa, por lo que se da la existencia de ideas erróneas o bien de una suma importante de dudas por parte de la población involucrada. Lo anterior justifica la utilización del enfoque exploratorio ya que este se visualiza mediante lo siguiente: “Se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o un problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se han abordado antes” (Hernández Sampieri , Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 79).

Lo anteriormente mencionado responde a que, en la presente investigación, se tiene en conocimiento la existencia de un perfil y por tanto de funciones correspondientes a los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental. Sin embargo, las funciones que se desempeñan no dotan de un reconocimiento y/o visualización claramente definido por parte de las demás profesiones con las cuales convergen en la intervención del área de salud mental y en parte de los/as mismos/as trabajadores/as sociales. Además, tampoco se reconoce un perfil claramente definido por los/as usuarios/as atendidos/as en el área en cuanto a las funciones que ejercen los/as

trabajadores/as sociales específicamente en el área de salud mental, lo cual consecuentemente ha generado una imagen generalizada del profesional de trabajo social, de carácter más asistencialista, invisibilizando todas las herramientas y capacidades técnicas que despliegan en el área.

Por consiguiente, el enfoque utilizará un carácter ***descriptivo***, puesto que, para la identificación y recolección de las percepciones de trabajadores/as sociales, profesionales del equipo de salud mental y usuarios/as atendidos/as en algunos de los dispositivos del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se deberá recurrir a la utilización de técnicas cualitativas, respectivas a: entrevistas; y revisión de documentos y registros. Las cuales tornan la investigación en un enfoque descriptivo, ligado a capturar las propias percepciones de los/as involucrados/as en la investigación, desde su posición y visión individual.

Con la mirada de estas dos perspectivas, se logra una mixtura de enfoques siendo ***exploratorio-descriptivo***, dando lugar a la construcción del análisis desde un enfoque más integral.

## IV. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones que poseen los/as trabajadores/as sociales, de los/as profesionales del equipo de salud mental y de los/as usuarios/as atendidos/as, respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área de Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario durante el año 2018?

## V. Sistema de objetivos

### V.I Objetivo General

- Conocer el perfil profesional del/la Trabajador/a Social en el área Salud Mental en los niveles secundario y terciario dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

### V.II Objetivos Específicos

- Identificar las percepciones que poseen los/as trabajadores/as sociales respecto a su perfil profesional en el área de salud mental del nivel

secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

- Identificar las percepciones que poseen los/as profesionales del equipo multidisciplinario del área de salud mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en torno al perfil profesional los/as trabajadores/as sociales.
- Identificar las percepciones que poseen los/as usuarios/as atendidos/as en el área de salud mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en torno al perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales.

## VI. Técnicas e instrumentos de recolección de información en el proceso de investigación

### VI.I Entrevista Semiestructurada

La entrevista, Canales la define como "la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto" (Canales Cerón, 2006).

La entrevista semiestructurada se compone de un entrevistador y un entrevistado, los cuales participan de una conversación cara a cara, en donde la persona entrevistada es portadora de una perspectiva relevante para el entrevistador. El entrevistado participa dentro o fuera de la temática a investigar (protagonista, observante directo, entre otros). Se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que "se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista. De manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario" (Flick, 2007).

La entrevista es muy ventajosa principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración, así como para diseñar instrumentos de recolección de datos (la entrevista en la investigación cualitativa, independientemente del modelo que se decida emplear, se caracteriza por los siguientes elementos: tiene como propósito obtener información en relación

con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; y el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado). Con frecuencia la entrevista se complementa con otras técnicas de acuerdo con la naturaleza específica de la investigación.

### VI.III Revisión de documentos, registros y materiales

Diferentes Fuentes de información:

| Fuentes | Definición | Ejemplos |
|---|---|---|
| Fuentes primarias | Son informes de investigaciones reales efectuadas y aparecen como artículos en revistas científicas u otro tipo de obras originales. | Revistas y libros científicos, resúmenes bibliográficos, memorias, tesis, etc. |
| Fuentes Secundarias | Consiste en recopilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento particular. | Libros sobre temas específicos, reseñas de investigaciones |
| Fuentes terciarias | Se trata de documentos que compendian nombres | Periódicos, seminarios noticiosos, revistas populares. |

Fuente: Documento IPLACEX 2010

Las fuentes de información se componen principalmente de todos los recursos documentales que contengan datos formales, informales, escritos, orales o multimedia. Se pueden conseguir tanto de los individuos directamente involucrados, como de aquellos que son participantes indirectos (familiares y/o grupos), además de la institución (Hernández Sampieri , 2006).

Estas fuentes de información se clasifican en individuales y grupales, a continuación, se pasará a describir las utilizadas en esta investigación.

- Individuales:
  - Documentación personal: documentos de certificaciones oficiales, estos idealmente son de dominio público; documentos personales, como notas, cartas o diarios; documentos preparados por razones profesionales, como libros, revistas, artículos, etc.; cuya difusión es generalmente pública.

- Artefactos individuales: artículos utilizados para ciertos fines por una persona, como ropa institucional, instrumentos de trabajo, computador, entre otros.
- Archivos personales: colecciones o registros privados de un individuo.

- Grupales:
  - Documentos grupales: Documentos generados con cierta finalidad oficial por un grupo de personas.
  - Documentos y materiales organizacionales: memos, evaluaciones, cartas, fotografías, publicaciones internas, entre otras. Aunque algunos son producidos por una persona, afectan a la totalidad de la institución. Como, por ejemplo, actas de reuniones técnicas, actas de evaluaciones en equipo multidisciplinario a los usuarios, etc.

## VII. Diseño de la muestra

A continuación, se presenta lo respecto al colectivo de la investigación, a la muestra cualitativa, y al muestreo estratificado.

### VII.I Colectivo de investigación

El universo de este proyecto de título está conformado por los/as trabajadores/as sociales de nivel secundario y terciario; otros profesionales del equipo de salud mental; y finalmente, los/as usuarios/as atendidos/as en el área de salud mental, junto con sus familiares. Dicha triangulación de participantes se encuentra tanto en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA) Villa Alemana, del Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca y otras instituciones insertas en la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, tales como: Hospital de día de Quilpué; Unidad de Psiquiatría del Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca; Centro de Tratamiento Residencial para Drogodependencias y Alcohol del Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca; y la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar.

### VII.II Muestra cualitativa

La muestra de esta investigación se encuentra compuesta, en lo que corresponde a cada unidad por: uno a dos trabajadores/as sociales; dos a tres usuarios, entre hombres y mujeres; y finalmente, dos profesionales del equipo pertenecientes al área salud.

Cabe destacar que lo anteriormente mencionado se encuentra sujeto a modificaciones, ya que dependerá de la disponibilidad de la respectiva unidad. Por lo tanto, será un total que dependerá del número de instituciones que se incorporen en el estudio, lo cual a su vez repercutirá en la cantidad de profesionales trabajadores/as sociales, miembros del equipo y de usuarios. Los participantes mencionados con anterioridad se utilizarán como muestra para el levantamiento de información para conocer el perfil profesional actual de la profesión en el área.

#### VII.II.I Muestreo estratificado

A continuación, se declara que tipo de muestreo es el utilizado en nuestra investigación, el cual es denominado Muestreo Estratificado, que

> se caracteriza por dividir a la población en diferentes estratos o categorías y luego se saca una muestra de cada uno de los estratos. Se recomienda no hacer muchos estratos, o sea, tomando muchas variables. Un ejemplo puede ser estratificar por: edad, ingreso promedio, sexo, nivel educacional, etc. (Pastén, 2016).

En la investigación este muestreo estratificado se encuentra establecido en el siguiente ítem.

#### VII.II.II Perfil de individuos a entrevistar

- Cuadro N°1:

| **Profesionales del Trabajo Social en Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** | |
|---|---|
| Profesional N°1 | Hospital Juana Ross de Edwards - Peñablanca Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA). |

| | |
|---|---|
| Profesional N°2 | Hospital de Quilpué<br>Hospital de Día de Quilpué. |
| Profesional N°3 | Hospital Dr. Gustavo Fricke.<br>Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil. |
| Profesional N°4 | Hospital Juana Ross de Edwards - Peñablanca<br>Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA). |
| Profesional N°5 | Hospital Juana Ross de Edwards - Peñablanca<br>Unidad de Salud Mental. |
| Profesional N°6 | Hospital San Martin de Quillota.<br>Unidad de Salud Mental. |
| Profesional N°7 | Hospital Juana Ross de Edwards - Peñablanca<br>Centro de Tratamiento Residencial (CTR). |

- Cuadro N°2

| **Profesionales del equipo de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** | |
|---|---|
| Profesional N°1 | Psicólogo<br>Hospital Juana Ross de Edwards - Peñablanca<br>Unidad de Salud Mental. |
| Profesional N°2 | Terapeuta Ocupacional<br>Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA). |
| Profesional N°3 | Psicóloga<br>Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA). |
| Profesional N°4 | Técnico en Rehabilitación<br>Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA). |

- Cuadro N°3:

| **Usuarios/as de establecimientos de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** | |
|---|---|
| Usuaria N°1 | Hospital Juana Ross de Edwards - Peñablanca<br>Unidad de Salud Mental. |
| Usuaria N°2 | Centro de Tratamiento Ambulatorio para |

| | |
|---|---|
| | Drogodependencias y Alcohol (CTA). |
| Usuario N°3 | Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA). |
| Usuario N°4 | Hospital de Quilpué<br>Hospital de Día de Quilpué. |

### VII.II.III Criterios de Inclusión y Exclusión

- Criterios de Inclusión

Para nuestra investigación y la correspondiente elección de los sujetos de estudio, se han generado ciertos criterios de selección, para de esta formar, concluir quienes pueden ser parte de la investigación. En primer lugar, por criterios de inclusión se entiende que "son todas las características particulares que debe tener un sujeto u objeto de estudio para que sea parte de la investigación" (Arias-Gómez , Villasís-Keever , & Miranda-Novales, 2016, pág. 204). Los criterios se dividen en tres perfiles: Perfil de Trabajadores/a Sociales en el área de la salud mental; Perfil de profesionales del equipo de salud mental; y Perfil de usuarios/as atendidos dentro de establecimientos de salud mental, que fueron anteriormente explicados.

- Cuadro N°1:

| **Profesionales del Trabajo Social en Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** |
|---|
| - Trabajadores/as sociales que se encuentren trabajando dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en el área de Salud Mental.<br>- Trabajadores/as sociales con 1 año de experiencia en el área con especialización previa.<br>- Trabajadores/as sociales con 3 años de experiencia en el área de salud mental. |

- Cuadro N°2

| **Profesionales del equipo de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** |
|---|
| - Profesionales del equipo de salud mental que se encuentren trabajando dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.<br>- Profesionales del equipo de salud mental con un año de experiencia en el área. |

- Cuadro N°3

| **Usuarios/as de establecimientos de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** |
|---|
| - Usuarios/as que se encuentren siendo atendidos/as en un establecimiento perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota del área de Salud Mental.<br>- Usuarios/as con un mínimo de seis meses de atención y/o tratamiento en el área. |

- Criterios de Exclusión

En segundo lugar, se encuentran los criterios de exclusión, los cuales *"*se refiere a las condiciones o características que presentan los participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, que en consecuencia los hacen no elegibles para el estudio*"* (Arias-Gómez , Villasís-Keever , & Miranda-Novales, 2016, pág. 204).

- Cuadro N°1:

| **Profesionales del Trabajo Social en Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** |
|---|
| - Trabajadores/as sociales que se desvinculen del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en el área de Salud Mental.<br>- Trabajadores/as sociales que no se encuentren interesados en formar parte de la investigación.<br>- Trabajadores/as sociales que durante la investigación ya no tienen el tiempo necesario para ser parte de ella. |

- Cuadro N°2

| **Profesionales del equipo de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** |
|---|
| - Profesionales del equipo de salud mental que se desvinculen del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en el área de Salud Mental.<br>- Profesionales del equipo de salud mental que no se encuentren interesados/as en formar parte de la investigación.<br>- Profesionales del equipo de salud mental que durante la investigación ya no tienen el tiempo necesario para ser parte de ella. |

- Cuadro N°3:

| **Usuarios/as de establecimientos de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota** |
|---|
| - Usuarios/as que no se encuentren compensados/as al momento de la entrevista de la investigación. |

# CAPÍTULO IV

# PLAN DE ANÁLISIS

## Presentación

El siguiente plan de análisis contiene todas las decisiones que como investigadoras tomamos para llevar a cabo las interpretaciones de los/as entrevistados/as que son parte de la investigación, por lo tanto, servirá para ordenar y tener mayor claridad a la hora del análisis y la interpretación de los datos cualitativos.

A continuación, se presentan las etapas y los pasos respectivos que se realizarán para posteriormente analizar la información entregada por los sujetos de estudio.

## I. Plan de Análisis

En virtud de los objetivos y la pregunta de investigación planteados en el presente proyecto de título, se han establecido a la vez categorías de análisis que distingan a los sujetos entrevistados/as. De esta manera, para analizar e interpretar la información obtenida por medio de la realización de las entrevistas de tipo semi estructurada tanto a los/as trabajadores/as sociales, integrantes del equipo multidisciplinario y usuarios/as de las diferentes unidades de salud mental.

En este capítulo, se toman las decisiones metodológicas correspondientes a todo el proceso de la etapa analítica, es decir, consta de una etapa condicionante en los resultados que posteriormente se obtendrán, ya que en el respetivo plan de análisis las investigadoras organizarán y delimitarán la forma en la cual analizarán y posteriormente interpretarán toda la información obtenida por la aplicación del instrumento de entrevista, y de esta forma facilitarán todo el proceso de esta etapa.

Dicha información será segmentada en unidades de relevancia y significación, es decir, en subcategorías por cada una de las tres categorías, las cuales serán acompañadas por fragmentos representativos seleccionados en base a los criterios demostrados en la matriz de categorías de análisis, para finalmente ser interpretados a través de la triangulación teórica y de fuentes.

## II. Categorías de análisis

- **Categoría N°1:** Percepción de los/las trabajadores/as sociales respecto al perfil profesional del trabajo social dentro del área salud mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario. Hace referencia a cómo los/as propios/as profesionales trabajadores/as sociales accionan y perciben el perfil desempeñado en el área de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en los niveles secundario y terciario.
- **Categoría N°2:** Percepción de los/as profesionales del equipo multidisciplinario respecto al perfil profesional del trabajo social dentro del área salud mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario. Hace alusión a como integrantes del equipo multidisciplinario del área de

salud mental, perciben el perfil desempeñado por los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en el nivel secundario y terciario.

- **Categoría N°3:** Percepción de los/as usuarios/as respecto al perfil profesional del trabajo social dentro del área salud mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario. Se refiere a cómo los/as usuarios/as partícipes de las intervenciones, perciben el perfil de los/as trabajadores/as sociales pertenecientes al área de salud mental en la cual ellos/as son atendidos/as, correspondientes al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en los niveles secundario y terciario.

## III. Técnica de análisis cualitativo para el proceso de investigación

A continuación, se presenta la técnica que las investigadoras decidieron utilizar para el análisis de los datos. Esta corresponde al *análisis de los datos cualitativos*, es decir, al hecho de analizar la información obtenida desde la aplicación del instrumento de entrevista semiestructurada, y, por tanto, de la información proveniente de las propias percepciones, asociada a las vivencias y experiencias profesionales y personales, tanto de los/as trabajadores/as sociales, profesionales integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental y los/as usuarios/as.

"Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones" Spradley (1980, pág. 70) citado en Rodríguez G. (1999).

Se presenta gráficamente el lugar del análisis de datos entre las distintas etapas de la investigación cualitativa, explicitando los principales aspectos que conforman la fase analítica:

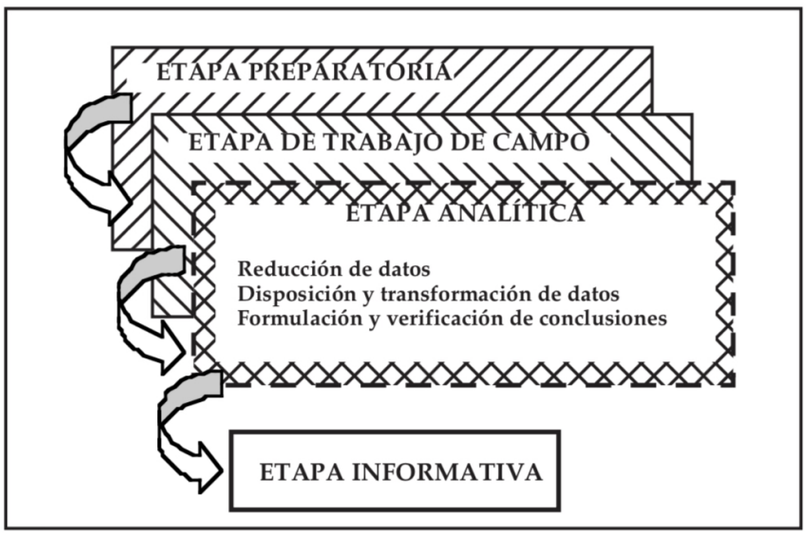



*Fig. 1.* Posicionamiento del análisis de datos en el proceso de investigación cuantitativa. Adaptado de Rodríguez, *et al.* (1996, p. 64).

Antes de desarrollar y explicar la etapa analítica correspondiente al capítulo del plan de análisis, se hará una explicación respecto a todas las actividades desarrolladas en las etapas previas y final las cuales fueron realizadas durante todo el desarrollo por las investigadoras del presente proyecto de título. Las etapas se explican a continuación:

III.I Etapa preparatoria: consta de la primera etapa desarrollada por las investigadoras. En esta, se realizó el proceso de acercamiento a la organización de respaldo, Centro de Tratamiento Ambulatorio para drogodependencias y alcohol de Villa Alemana, se planeó cual sería el espacio en el que se desarrollaría la investigación, siendo finalmente el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Además, se desarrolló la sensibilización y acercamiento a las diferentes unidades de salud mental de la red, lo cual fue efectuado entre las investigadoras y el/la profesional trabajador/a social de la unidad, explicando los objetivos y lineamientos de la investigación y los sujetos de estudio. De esta forma se obtuvo la colaboración de parte de ellos/as y se procedió a calendarizar fechas para la ejecución de entrevistas.

Junto a esto, se realizó la visita y participación de las investigadoras en una de las sesiones del Colectivo de trabajadores sociales de salud mental de la red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, en donde se explicó los lineamientos y los objetivos de la investigación.

Además de lo anterior, se procedió a confeccionar el capítulo de marco institucional, del cual ya se contaba con antecedentes, debido a una práctica de nivel de intervención de caso realizada por una de las investigadoras. Por otra parte, se decidió realizar un marco referencial, a modo de poder realizar contrastes entre las teorías, conceptos y lo aportado por las investigadoras. El anterior fue un arduo proceso de búsqueda e incorporación de contextualización teórica siempre focalizada en el área de salud mental, en los sujetos de estudio y en las subcategorías de análisis planteadas algunas con anterioridad.

En esta etapa además, se realizó el diseño metodológico de la investigación, en el cual se fundamentó la importancia de ahondar en el perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales de la red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en el nivel secundario y terciario del área de salud mental, además se decidió que la investigación fuese cualitativa, por el hecho de la importancia de recoger desde las propias experiencias profesionales y personales de los sujetos de estudio, conforme a obtener resultados reales en base a sus percepciones. A su vez se escogió el enfoque exploratorio descriptivo, para hacer una correcta relación con la investigación cualitativa, explorar y dar explicación a una problemática de la cual se ha investigado, no obstante, en diferentes enfoques y sin resultados que den cuenta de la realidad.

Finalmente, cabe mencionar que, en la presente etapa preparatoria, se llevó a cabo la confección de la matriz de categorías de análisis, para organizar las categorías de análisis y sus respectivas subcategorías de manera previa a la recolección de los datos, considerando siempre lo utilizado en el marco referencial, y direccionando las dimensiones, indicadores e instrumentos en base a los objetivos de la investigación. En esta etapa se dio término, realizando los protocolos de las entrevistas, en lo cual se decidió hacer tres protocolos diferentes que apuntaran netamente al perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales, sin embargo, se adecuó al sujeto entrevistado/a y se moldeó a las experiencias vivenciadas por ellos/as.

III.II Etapa de trabajo de campo: durante la segunda etapa, las investigadoras efectuaron todo el trabajo en terreno, respectivo a la aplicación de instrumento de todas las entrevistas, es decir, a los tres sujetos de estudio. En primera instancia se realizaron mayoritariamente aquellas dirigidas a los/as trabajadores/as sociales de las diferentes unidades. Luego se dio paso a

realizar las entrevistas de integrantes, profesionales del equipo multidisciplinario de salud mental y a algunos/as usuarios/as. Finalmente se dio término a la aplicación de las entrevistas sólo con algunos/as de los/as usuarios/as faltantes.

III.III Etapa analítica: en la etapa analítica, se puede apreciar que el análisis de datos está configurado en torno a tres grandes tareas admitidas en las técnicas de análisis que las investigadoras decidieron realizar. Las cuales corresponden a las siguientes:

- Reducción de datos.
- Disposición y transformación de los datos.
- Obtención de resultados y verificación de conclusiones.

A su vez, cada etapa está constituida por un conjunto de actividades y operaciones más específicas. Esquemáticamente, dicho entramado puede representarse de la siguiente forma:

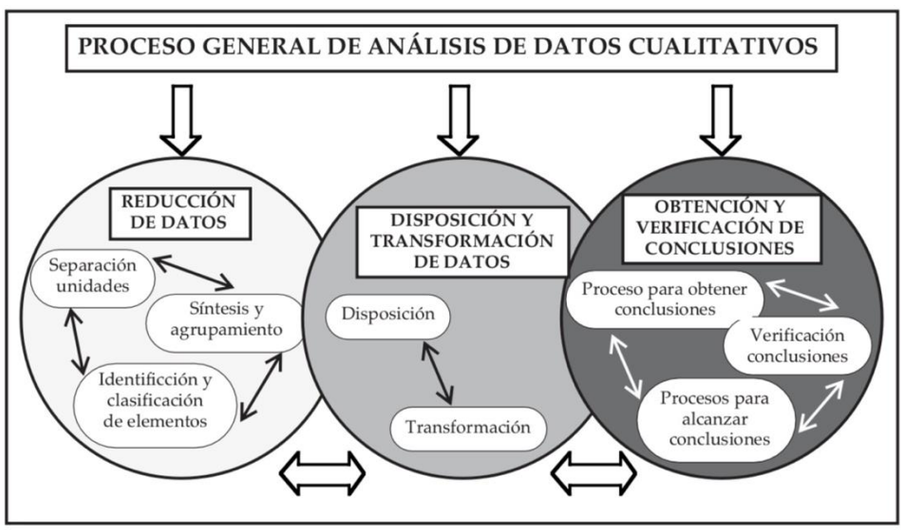



*Fig.* 2. Proceso general del análisis de datos cualitativos.

A continuación, se presentan las etapas a desarrollarse en esta investigación, en base a la técnica de análisis de datos cualitativos:

- Reducción de datos: en esta etapa los procesos de categorización y codificación, aspectos bien distintos pero utilizados como sinónimos en no pocas ocasiones, son las decisiones más inmediatas en el proceso general de reducción de datos. La división de la información en unidades puede realizarse siguiendo diferentes criterios. Para ello, se

puede establecer una secuencia de tres pasos, los cuales se presentan a continuación:

a) Separación de unidades de contenido: (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1996, pág. 140) contemplan diferentes criterios para separar las distintas unidades de registro, organizándolas en torno a los siguientes criterios:
   - Criterios temáticos. es en función del tema sobre el que trate. En este caso, se reducirá según los objetivos específicos de la investigación. Es decir, por las percepciones de los tres sujetos entrevistados/as respecto al perfil profesional del/a trabajador/a social de la red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.
   - Criterios sociales. en este criterio, cada fragmento será diferenciado del resto de los fragmentos en relación con el estatus o rol social que cumpla la persona que lo explicita, es decir, cada fragmento seleccionado de las entrevistas transcritas será clasificado según si la persona entrevistada corresponde a un/a trabajador/a social, un/a profesional del equipo multidisciplinario de salud mental o un/a usuario/a.

b) Identificación y clasificación de elementos: que conlleva una categorización y una codificación: Como segunda tarea de este paso, se debe realizar el proceso de categorización. Esta última se define como el proceso mediante el cual se clasifica conceptualmente una unidad. En nuestro proceso de construcción de categorías corresponde al proceso deductivo, donde “las categorías están establecidas a priori, siendo función del investigador adaptar cada unidad a una categoría ya existente” (Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles, & Herrera Torres, 2005, pág. 141). Se decidió utilizar este tipo de categorización, ya que, desde un comienzo, se estableció que las categorías estarían determinadas por cada objetivo específico.

c) Síntesis y agrupamiento: siguiendo con el paso anterior, en nuestra investigación los fragmentos estarían separados por categorías de análisis, no obstante, dentro de esta pueden surgir otras subcategorías, que muestren conceptos en común y que a la vez faciliten el posterior proceso de análisis.

- Disposición y agrupamiento: en este segundo paso, con el fin de poder establecer algún procedimiento de disposición y transformación de los datos anteriores, se utilizará una matriz de categorías de análisis en donde se integrarán las categorías y subcategorías de análisis, y en donde cada subcategoría estará compuesta por sus determinados fragmentos. Se efectuará una lectura y observación de la información recabada con la finalidad de rescatar una visión general de la información obtenida por medio de las transcripciones, es decir, de todos los fragmentos otorgados por los entrevistados/as en función de los criterios sociales, y de las subcategorías correspondientes. Posteriormente, la selección de los fragmentos a utilizar durante las interpretaciones, serán determinados por medio de indicadores y subindicadores, los cuales se encontrarán en la matriz de categorías de análisis. Esta matriz, facilitará incorporar nuevas subcategorías o realizar modificaciones en caso de ser necesario tras el análisis de las entrevistas semiestructuradas.

  a) Obtención de resultados y verificación de conclusiones: en esta tarea, las investigadoras decidieron establecer relaciones entre los temas, las cuales emergerán a partir de las interpretaciones de manera consciente en relación con las categorías y subcategorías de análisis establecidas, contrastándolas con otros agentes utilizados en la construcción del marco referencial, además de lo mencionado por los propios entrevistados/as. Todo lo anterior, irá constituyéndose en procedimientos útiles para esta fase que culmina con la oportuna estrategia de triangulación.
  b) Proceso para obtener resultados: se realizará la descripción e interpretación de cada categoría de análisis, por lo tanto, la interpretación será de cada subcategoría que compone las mencionadas categorías de análisis. Sin embargo, antes de efectuar el proceso de interpretación las investigadoras definirán cada una de las subcategorías, en relación con cómo es entendida cada una de ellas, y de esta forma facilitar el proceso de selección de los fragmentos, y a su vez los indicadores y subindicadores para escoger los fragmentos adecuados para la interpretación en base a la definición y entendimiento que se le otorga a la categoría. Una vez realizado este proceso se dará paso al comienzo de la interpretación

por cada una de las tres categorías de análisis, y por tanto en base a las subcategorías definidas. En este sentido, en cuanto a la de trabajadores/as sociales, se interpretará en base a las subcategorías correspondientes a; identidad profesional, funciones del trabajo social en salud mental, enfoque comunitario, participación de los/as usuarios en la intervención profesional, especialización del trabajo social en salud mental, orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud, trabajo social clínico y equipo de salud mental. Con relación a la segunda categoría respecto a los/as integrantes del equipo de salud mental, las subcategorías corresponden a: la especialización del trabajo social en salud mental, interdisciplinariedad e intervención profesional. Y en la última categoría de análisis de los/as usuarios/as, las subcategorías son; la evaluación del trabajo realizado por los trabajadores/as sociales, la imagen del trabajo social y el aporte del trabajo social en la intervención social.

c) Proceso para alcanzar conclusiones: aquí se realizará la consolidación teórica, aplicación de otras teorías y la síntesis con resultados de otros investigadores.
d) Verificación de conclusiones y estimación de criterios de calidad: en esta tarea, se llevará a cabo la triangulación de fuentes de datos, en la que metodológicamente se realizará por medio de las percepciones otorgadas por los/as trabajadores/as sociales, integrantes del equipo multidisciplinario de salud mental y por los/as usuarios/as, todos a través de la aplicación de las entrevistas. Del mismo modo, en la triangulación se considerará el contraste que realicen las investigadoras con relación a los relatos de los/as entrevistados/as y lo visualizado a la luz de las referencias teóricas acorde a cada categoría y subcategoría respectivamente. La última triangulación respectiva a lo teórico se aplicará tomando en consideración los elementos obtenidos en la etapa preparatoria, referidos específicamente al marco referencial, con el objeto de encontrar los aspectos complementarios aplicables al tema de la investigación que aportan las distintas perspectivas de los sujetos de estudio, y por ende a las investigadoras.

A continuación, se presentan los tipos de triangulación seleccionados por las investigadoras, para la interpretación de los datos cualitativos:

- Triangulación de fuentes de datos: consiste en la consideración del punto de vista de los diversos grupos que conforman la realidad objeto de estudio. La cual será en referencia a los tres sujetos de estudio, es decir, trabajadores/as sociales, profesionales que integran el equipo multidisciplinario de salud mental, y los/as usuarios/as.
- Triangulación de investigador: Supone la participación del investigador en el proceso y cuyo objetivo es compensar el sesgo potencial derivado del análisis de los datos desde una única perspectiva. Por lo cual, se dará la contratación de parte de las propias investigadoras, con relación al relato de los tres sujetos entrevistados/as.
- Triangulación teórica: Consiste en aplicar en la investigación las distintas teóricas existentes sobre un tema con el objeto de encontrar los aspectos complementarios aplicables al tema de la investigación que aportan las distintas perspectivas. En este caso, una de las tareas realizadas en la etapa preparatoria, conforme a la construcción del marco referencial, será utilizado por las investigadoras, en función de efectuar una interpretación de los datos, que contenga el contraste teórico.

  Por lo anterior, en cuanto a la validación de resultados que se realizarán en el presente proceso de investigación, conforme a la utilización de la triangulación, se adoptará una triangulación múltiple. Esto se visualiza a través de la utilización de triangulación de las fuentes de datos en consideración de los distintos colectivos de los cuales se obtendrán los resultados en base a las percepciones otorgadas. Es decir, los resultados de la investigación se someten al proceso de validación, en consideración de la información aportada por los/as trabajadores/as sociales, profesionales del equipo multidisciplinario de salud mental y de lo proporcionado por los/as usuarios/as. Del mismo modo, se utilizarán fuentes secundarias provenientes de revisiones

documentales y registros o bien orientaciones respectivas al perfil del trabajador/a en el área de salud mental.

III.IV. Etapa Informativa: en la última etapa, es donde las investigadoras darán a conocer los resultados y conclusiones obtenidas a partir de todo el proceso investigativo, tanto de la etapa preparatoria, etapa del trabajo de campo, y principalmente a través de la etapa analítica, correspondiente al análisis e interpretación de los resultados. En donde, darán a conocer lo obtenido a partir de un año de investigación, los cuales respondan a los objetivos de la investigación, y por ende al perfil profesional actual de los/as trabajadores/as sociales del nivel secundario y terciario del Servicio de Salud Viña del mar – Quillota. Todo lo anterior será dado a conocer por medio de la defensa del Proyecto de Título que realizarán las investigadoras.

Además de lo anterior, la etapa informativa constará no solo de la verbalización y visualización de los resultados hacia la comisión evaluadora de la defensa, sino que también, se presentarán los resultados y conclusiones obtenidas a partir de la investigación, a los/as trabajadores/as sociales pertenecientes al Colectivo de trabajadores sociales de la red del Servicio de Salud Viña del mar – Quillota, el cual es conformado por el profesional trabajador social que ha supervisado desde la organización a las investigadoras. Lo cual, permitirá que los/as profesionales de la red del servicio en donde se llevó a cabo la investigación, sean partícipes de los resultados obtenidos.

## IV. Matriz de Categorías de Análisis

A continuación, se desarrollan las matrices de categorías de análisis de nuestra investigación. Cada matriz está compuesta por: subcategorías; indicadores; subindicadores; instrumento de recolección de datos; e instrumento para el análisis de los datos.

Estas matrices respaldan la selección de los datos cualitativos provenientes de los relatos de los sujetos de estudio entrevistados durante el trabajo de campo de nuestro proyecto de título y que serán utilizados durante la interpretación de estos datos, y, por consiguiente, aportarán a la elaboración de las conclusiones de nuestra investigación.

| Matriz de Categoría de Análisis N°1 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Objetivo Específico N°1** | **"Identificar las percepciones que poseen los y las trabajadores/as sociales respecto a su perfil profesional en el área de Salud Mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio Viña del Mar-Quillota."** | | | |
| **Categoría** | Percepción de los y las Trabajadores/as Sociales respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental. | | | |
| **Sub-Categorías** | **Indicadores** | **Sub - Indicadores** | **Instrumentos** | **Instrumento de análisis de datos** |
| Identidad Profesional | Denominación como trabajador/a social.<br><br>Denominación como asistente social. | Rol de agente de cambio.<br><br>Rol asistencialista. | Entrevista Semi Estructurada. | Análisis de los datos cualitativos provenientes de las entrevistas, a través de las categorías y subcategorías de análisis.<br><br>Se espera la identificación de las percepciones que tienen los/as trabajadores/as sociales respecto al perfil que mantienen y ejercen en los centros hospitalarios de salud mental dentro de los niveles secundarios y terciarios de la red SSVQ. |
| Funciones del Trabajo Social en Salud Mental de Chile. | Acciones ejecutadas en el quehacer profesional. | Funciones terapéuticas.<br><br>Función de acompañamiento social.<br><br>Funciones de coordinación y redes.<br><br>Funciones socioeducativas.<br><br>Funciones de promotor de participación comunitaria. | | |
| Utilización del enfoque comunitario en la profesión. | Instalación del equipo de salud mental en el territorio.<br><br>Coordinación de redes de salud mental.<br><br>Modelo biomédico. | Inclusión de usuarios/as y familia en la intervención.<br><br>Contexto territorial en la intervención.<br><br>Clientelismo. | | |
| Participación de los/as usuarios/as en la intervención profesional. | Toma de decisiones. | Poder de los/as usuarios/as.<br><br>Función de acompañamiento terapéutico. | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Integración de las redes sociales del/la usuario/a | Inclusión de los familiares a la intervención del/la usuario/a | | |
| Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud. | Conocimiento del documento. | Reconocimiento de utilización de funciones terapéuticas en la intervención.<br><br>Experiencia y especialización en Salud Mental. | | |
| Trabajo Social Clínico. | Diferenciación de rol terapéutico y tradicional en el ejercicio del área de salud mental. | Conocimiento de las funciones terapéuticas.<br><br>Reconocimiento de la propia realización de acciones terapéuticas. | | |
| Equipo de Salud Mental. | Posicionamiento de la profesión dentro del equipo. | Percepción de valoración positiva.<br><br>Percepción de valoración negativa. | | |

| **Matriz de Categoría de Análisis N°2** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Objetivo Específico N°2** | **"Identificar las percepciones que poseen las y los profesionales del equipo multidisciplinario del área de Salud Mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en torno al perfil profesional de las y los trabajadores/as sociales."** | | | |
| **Categoría** | Percepción de los y las profesionales del equipo multidisciplinario respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental. | | | |
| **Sub-Categorías** | **Indicadores** | **Sub - indicadores** | **Instrumentos** | **Instrumento de análisis de datos** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Especialización del Trabajo Social en Salud Mental. | Consenso del equipo respecto a que debe existir la especialización. | Conocimiento clínico.<br>Intervención profesional. | Entrevista Semi Estructurada. | Análisis de los datos cualitativos provenientes de las entrevistas, a través de las categorías y subcategorías de análisis.<br><br>Identificar y describir la percepción de los/as profesionales del equipo de los centros hospitalarios de salud mental dentro de los niveles secundarios y terciarios. |
| Interdisciplinariedad | Valoración de la interdisciplinariedad como factor determinante en la intervención de salud mental. | Integración del factor social a la intervención del equipo.<br><br>Integración de relación de cercanía con el/la usuario/a. | | |
| | Posicionamiento del trabajo social al interior del equipo de salud mental.<br><br>Rol asistencialista.<br><br>Rol terapéutico. | Aceptación a la participación del trabajador/a social dentro del equipo.<br><br>Negación a la participación del trabajador/a social dentro del equipo.<br><br>Consideración del trabajador/a social en la intervención del equipo.<br><br>Intervención biopsicosocial en salud mental.<br><br>Visualización de funciones tradicionales.<br><br>Visualización de funciones clínicas. | | |

| Matriz de Categoría de Análisis N°3 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Objetivo Específico N°3** | "Identificar las percepciones que poseen las y los usuarios/as atendidos/as en el área de Salud Mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en torno al perfil profesional de las y los trabajadores/as sociales." | | | |
| **Categoría** | Percepciones que poseen los/as usuarios/as atendidos/as en el área de Salud Mental. | | | |
| **Sub-Categorías** | **Indicadores** | **Sub - Indicadores** | **Instrumentos** | **Instrumento de análisis de datos** |
| Evaluación de usuarios/as sobre lo que realiza el Trabajo Social Salud Mental. | Señalización del Trabajador Social como un recurso positivo o negativo para el proceso de intervención. | Intervención biopsicosocial en salud mental.<br><br>Visualización de acciones fundamentales en la intervención. | Entrevista Semi Estructurada. | Análisis de los datos cualitativos provenientes de las entrevistas, a través de las categorías y subcategorías de análisis.<br><br>Identificar y describir la percepción de los/as profesionales miembro del equipo de salud de los centros hospitalarios de salud mental dentro de los niveles secundarios y terciarios de la red SSVQ. |
| Imagen del Trabajo Social en Salud Mental. | Imaginario de lo que hace un/a trabajador/a social en la intervención. | Percepción positiva del/la trabajador/a social.<br><br>Percepción negativa del/la trabajador/a social.<br><br>Percepción asistencialista del/la trabajador/a social. | | |
| Aporte del Trabajo Social en la intervención social (en su proceso de rehabilitación y/o acompañamiento social). | Reconocimiento del trabajador (a) social como elemento influyente en su rehabilitación y/o acompañamiento social. | Aprobación o reprobación de la influencia del trabajador social en su rehabilitación y/o acompañamiento social.<br><br>Cambio positivo en el bienestar social.<br><br>Mejoramiento en la calidad de vida. | | |

# CAPÍTULO V

# Análisis e Interpretación de los datos

## Presentación

El presente capítulo de Interpretación de los datos se relaciona estrechamente con el capítulo anterior, ya que se efectúa considerando todo el trabajo realizado para seleccionar aquellos datos que son acorde a las categorías de análisis planteadas previamente, datos que fueron considerados como relevantes en el discurso de los/las entrevistados/as, tanto como por los trabajadores/as sociales, profesionales integrantes del equipo multidisciplinario y por los usuarios/as.

En este sentido, se despliega todo un trabajo analítico e interpretativo de los datos cualitativos clasificados en cada categoría y sus respectivas subcategorías.

A partir de los relatos de los/las entrevistados/as, se efectúa la triangulación de fuentes, además del contraste teórico entre las percepciones entregadas por ellos/as, visualizando coincidencias o bien contradicciones, además de la integración de las percepciones de las investigadoras con relación a lo que la teoría y la práctica van demostrando en el largo proceso de interpretación.

## I. Análisis de los datos cualitativos

A continuación, se realiza la interpretación de los datos cualitativos, representados a través de fragmentos. La interpretación se realiza por categorías de análisis, que, a su vez, están compuestas cada una por subcategorías.

I.I Análisis Categoría N°1: Percepción de los y las Trabajadores/as Sociales respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario.

I.I.I Subcategorías:

- Identidad Profesional

Por **Identidad Profesional,** se entiende como la forma en que cada profesional se identifica según las características que posee y su manera de desempeñarse en el quehacer profesional.

Para comenzar, es importante contextualizar la historia del trabajo social en Chile, de manera de poner entender ciertas características que ésta posee. Como sabemos:

> los eventos traumáticos no son ajenos a la memoria profesional de Trabajo Social. Desde su fundación en Chile en 1925, con la creación del primer centro de formación a nivel nacional y en Latinoamérica, Trabajo Social ha desarrollado un proceso de profesionalización especializada en la contingencia social, con fuertes vínculos con las ciencias sociales y con la intervención social en contextos de necesidades y demandas de la población. Estos vínculos y saberes distintivos atravesaron un período de censura y persecución política durante la dictadura militar chilena, que obligó a la profesión a establecer una lógica de sobrevivencia en los contextos universitarios y laborales, en atención a la cuestionada labor social contingente desarrollada en los años anteriores al golpe militar. (Castañeda & Salamé, 2012, pág. 26)

Durante los años 60’ al desempeño clásico de asistencia social en salud, se incorporan las tareas de educación sanitaria en torno a las nuevas políticas de planificación familiar y de participación comunitaria que se implementaron en Chile, así mismo lo mencionan Castañeda y Salamé (2012):

> durante el período 1960-1973, Trabajo Social -como integrante histórico de los equipos de salud- aportó su saber profesional en torno al nuevo desafío que representó integrar la participación social a las acciones sanitarias. Su desempeño asistencial tradicional se vio resignificado, permitiéndole aportar de manera destacada en la convocatoria de la participación social que buscaba enfrentar propositivamente los desafíos por los que atravesaba el país en materia de salud. Estos periodos contribuyeron en la redefinición de Trabajo Social desde una concepción asistencialista hacia una valorización de la promoción y organización social, dicha redefinición ha quedado plasmada en el concepto agente de cambio social. La definición de agente de cambio social, la síntesis que ilustra la profunda reflexión que impulsó el cuestionamiento su rol tradicional asistencial y funcionalista y su renovada propuesta de condiciones de mayor protagonismo y compromiso social. (Pág. s.n)

Los periodos mencionados anteriormente contribuyeron a una redefinición de trabajo social, haciendo un cambio desde una visión asistencialista a una encaminada hacia la valorización de la promoción y la organización social, generando así el término de “Agente de cambio social”, el cual, plasma la reflexión y el cuestionamiento del paso de un rol asistencial hacia una concepción sustentada en un mayor protagonismo y compromiso social. Así mismo, Castañeda y Salomé (2014) mencionan:

> el concepto de agente de cambio social amplificó los desempeños profesionales tradicionales posibles de reconocer en las orientaciones institucionales del sector salud y aportó a un contexto histórico político mayor, caracterizado por cambios estructurales impulsados por el Estado y dirigidos a amplios sectores poblacionales, laborales, sindicales, educacionales, organizacionales y agrarios a lo largo del

> país que a la fecha sufrían una importante situación de postergación y rezago respecto a los avances en calidad de vida que presentaban sectores de mayores ingresos. (Pág. s.n)

Luego de este cambio en la concepción del trabajo social, también ocurrió un cambio en el nombre de la profesión, pasando de "Asistente Social" a "Trabajador/a Social". Este cambio a su vez ha generado también confusiones, tanto en los mismos profesionales como en los usuarios. Por eso mismo, a continuación, se realizará un contraste donde se evidencian ambos casos, y las razones por las que cada profesional se identifica con alguna u otra. Teniendo en cuenta que aún se utilizan los dos conceptos, incluyendo el más antiguo de "visitador/a social" demostrando que la profesión a diferencia de muchas otras ha sufrido bastantes cambios que generan esta difusión y confusión en la concepción de la profesión.

*"Yo me identifico como Trabajadora Social (...) yo me identifico más con Trabajo Social por una cuestión que tiene que ver con, con el foco puesto en la transformación social y en el agenciamiento, más que en el asistencialismo."*

Profesional N°4

El fragmento anterior se relaciona con el concepto identidad profesional asociada a la denominación trabajadora social, identificándolo como la representación de transformación social y el agenciamiento, es decir, entregar a las personas las herramientas necesarias para ser los generadores de cambios en sus propias vidas, teniendo en consideración que el/la trabajador/a social es un/a facilitador/a de este cambio, acompañando a el/la usuario/a en este proceso, pero no provocándolo directamente. De esta forma, el cambio es interiorizado por la persona, entendiendo el porqué de este, por lo que existen más posibilidades de que la experiencia se convierta en un aprendizaje y transformación duradera.

Esta visión del Trabajo Social se puede entender desde el trabajo social crítico, el cual sostiene que:

> los sujetos no son ni parcial ni totalmente culpables de las circunstancias personales y sociales a las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva, hostil. Se apuesta por una

> forma de intervención liberadora desde el Trabajo social, que parta de la base de que el cambio se encuentra en los protagonistas de este, en las personas. Son ellos, los propios sujetos, los que a través de un proceso de toma de conciencia de su situación se transforman en personas activas, en protagonistas del cambio individual y social. (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 2018, pág. 29)

Desde ahí se puede divisar, el otro lado del trabajo social, con una mirada de tipo más asistencialista que se remonta a los inicios de la profesión, cuya esencia se encuentra plasmada en el siguiente fragmento.

*"A mí me acomoda un poco el término de Asistente Social en el sentido de que en algunas situaciones puntuales, uno también cae a veces en el asistencialismo, porque a veces las redes no responden a ciertas necesidades que se necesitan y uno en ese sentido como que a veces, no se po, se sale un poquito del rol ya como más evolutivo que es el de generar herramientas para que sean las mismas personas quienes logren desarrollar sus propias...o resolver sus necesidades e intereses y a veces uno cae un poquito en el asistencialismo, en ciertas situaciones puntuales."*
*Profesional N°6*

Como ya se ha mencionado antes, el trabajo social es asistencialista desde sus comienzos hasta que se crea la concepción del "Agente de Cambio Social", concepto que va de la mano de los cambios políticos, culturales y sociales que vive un país, una comunidad.

El asistencialismo en palabras simples, se entiende como "dar algo de alivio para relativizar y frenar el conflicto" (Alayón, 1980, pág. 1), de esta forma, el asistencialismo, es visto y concebido como una forma de paliar un problema de forma rápida y momentánea que no genera ningún tipo de reflexión en el/la usuario/a, este es visto como un actor pasivo dentro de la situación, quien recibe la ayuda social para solucionar su conflicto de la forma más inmediata.

No obstante, es importante mencionar, que, aunque con el pasar de los años la profesión ha ido cambiando, el asistencialismo sigue siendo parte del trabajo social, ya que, si bien, es relevante que las personas sean protagonistas del cambio, en ocasiones, por lo general, de catástrofes o grandes emergencias, el asistencialismo es primordial, para ir en apoyo de quienes lo necesitan. A demás, es esta, una de las características que nos diferencian de otros profesionales.

*"Es muy importante que nosotros tengamos una clara identidad respecto del rol que debemos asumir, entendiendo que obviamente uno flexibiliza y de alguna manera se va acomodando a las necesidades que se tienen en los distintos centros y programas."*

*Profesional N°6*

Según García Lopez (2004):

> el trabajo del equipo y especialmente en el área de salud mental, facilita la supervisión y la consulta entre los diferentes miembros de este, esta facilitación permite que se pueda desarrollar una mejor atención hacia las personas atendidas dentro del área. La tarea que realiza el equipo de salud mental es tanto interdisciplinar como multidisciplinar: la multidisciplinariedad en salud mental hace referencia a una problemática que afecta a diferentes disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la política sanitaria, etc., y como tal ha de ser abordada. Necesita por tanto que los distintos profesionales reflejen los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda. En cambio, la interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. (pág. 278)

Con esta cita, se deja en conocimiento la diferencia de un equipo multidisciplinario y un transdisciplinario, pero hay que tener en cuenta que la manera de trabajar de un equipo dependerá de cuál es su objetivo y en qué tipo de institución se encuentra inserto. Siguiendo en esta línea, los fragmentos expuestos anteriormente, mencionan la importancia de la claridad que deben tener los/as trabajadores/as sociales sobre qué es la profesión, y cómo posicionarse ante el equipo, lamentablemente, existe un desconocimiento por parte del equipo y los usuarios, ya que, de cierta forma, se sigue teniendo una imagen del trabajo social asistencialista, y sigue siendo entendido en muchos casos como un simple dador de beneficios. Es ahí donde cada trabajador/a social, debe posicionarse, y antes de eso, debe tener claridad de su rol dentro de su trabajo para empoderarse de él y colaborar en que la profesión sea respetada y siga creciendo.

- Funciones del Trabajo Social en Salud Mental

Por **funciones del trabajo social en salud mental**, se entiende por las actividades que realizan los y las trabajadores y trabajadoras sociales en su quehacer profesional cotidiano, que son parte influyente en el proceso de intervención, teniendo en consideración la especificidad requerida en el área.

Con respecto a las funciones del/la trabajador/a social, se tiene por conocimiento que la profesión posee muchísimas funciones, sin embargo, existe un desconocimiento sobre las funciones concretas que se deben realizar en el área de salud mental, ya que, debido a su complejidad, existen distinciones sobre estas, manteniéndose de todas formas, las funciones básicas de la profesión. Cabe señalar que la mayor parte de los profesionales entrevistados mencionó realizar este tipo de funciones, vale decir, atención de caso y familias, visitas domiciliarias, diagnósticos, evaluaciones, informes socioeconómicos, entrega de beneficios, realización de denuncias en caso de vulneraciones de derechos. Además de eso, los siguientes fragmentos mencionan funciones diferentes a las que mencionaban la mayoría de los/as trabajadores/as sociales entrevistados/as.

*"Entonces me da la impresión de que el Trabajador Social, debería ser capaz de hacer eso, de integrar lo comunitario incluso en una intervención tan médica, como la intervención en salud, ¿en el caso de adicciones por ejemplo... ¿ya? Y eso no significa solamente ir a hacer una visita domiciliaria en la cual uno conoce a la familia, sino significa, el reconceptualizar el fenómeno de la adicción, de la dependencia, desde estos factores sociales, culturales y políticos. Yo creo que eso hay que aplicar. (...) Esa misión para mi tiene que ser eh, integrar factores que están más allá de lo clínico, más allá de lo biológico, más allá de cómo se está conceptualizando la patología psiquiátrica, tiene que ver con el modo, incluso más allá de cómo lo está viviendo una familia, ¿ya? de cómo determinado tema, eh o problema social aparece en el contexto político, social, cultural inclusive y qué pasa con eso en la intervención."*

*Profesional N°1*

Con relación al fragmento anterior, surge mencionar la importancia que tiene entender la salud mental como un todo, ya que, cada ser humano está constantemente recibiendo estímulos desde diferentes sistemas, y, por lo tanto, existen diferentes factores que influyen en una persona. Según Martín (2009):

> parece evidente que los consumos de drogas guardan dos vínculos con lo social: por un lado, podemos observar que las personas drogodependientes se vuelven consumidoras por motivos que se encuentran en la esfera de lo microsocial (estilos educativos familiares, la desestructuración familiar o los conflictos familiares mal resueltos) o en la esfera de lo macrosocial (como los valores sociales dominantes, los discursos en torno al tema de las drogas, etc.). Por el otro lado, los consumos de drogas generalmente producen un gran impacto social, ya que, provocan un deterioro de la salud pública o del bienestar. (Pág. s.n)

La cita anterior habla específicamente sobre la salud mental en adicción de drogas, sin embargo, puede ser perfectamente relacionado a cualquier tipo de enfermedad relacionada a la salud mental.

Destacaremos la importancia que le otorga a poner el tema comunitario sobre la mesa, señalando que la profesión tiene un valor muy importante y una misión significativa al respecto,

> dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad. Diaz Palacios (2002) citado en Garcés (2010)

Esta cita menciona también a el/la trabajador/a social como el/la encargado/a de integrar el factor social dentro de las intervenciones, considerando que en el área clínica los profesionales no están preparados para entender a el/la usuario/a y su contexto como un todo, relegando, por lo tanto, esta función a quien tiene más conocimientos sobre el tema

Lo anterior, viene de la mano con el trabajo en redes, y la capacidad que tienen los/as trabajadores/as sociales de coordinar y generar vínculos con otras instituciones para poder derivar en caso de que sea necesario a los pacientes y/o usuarios/as. De esta manera, será más difícil que queden excluidos de tratamientos o beneficios.

*"En realidad la función, lo primero, es tener, una fluidez en trabajar con las redes, o sea, lo primero yo creo que, en la percepción y la función más que nada, la función que nosotros cumplimos es trabajar, netamente, articular este sostén justamente en pro del paciente para que no queden vacíos, no queden limbos, donde el paciente a lo mejor o la persona pueda tener recaídas por llamarlo, entonces nuestra función es justamente cumplir con eso, con ese enfoque de que el paciente esté sostenido como por todos lados y no queden vacíos en las derivaciones por ejemplo, que se hagan los acompañamientos permanentes, los seguimientos permanentes, por eso es importante, ese rol como trabajadora social y más como trabajadora social porque, como más ya, como desde la formación terapéutica, el acompañamiento es fundamental".*

*Profesional N°5*

Otra función relevante en el área de salud mental es la de acompañamiento al usuario y a su familia, dentro de la atención en salud mental, se utiliza una intervención socio-comunitaria, en donde se encuentra el modelo de acompañamiento terapéutico, el cual se puede definir como:

> un dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social. (Saiz Galdós & Chévez Mandelstein, 2009, pág. 81)

En síntesis, un acompañante terapéutico es entonces, un agente de salud socio-comunitario al servicio de una intervención clínica.

Este modelo de acompañamiento terapéutico es recomendado por Seidmann y Muchinik (1998), para enfermedades de salud mental, ya sea, de tipo psiquiátrico o de drogodependencias, sobre todo en aquellos casos en los que el usuario no dispone de los recursos necesarios ya sean, estos físicos, psíquicos o sociales, para acceder a los recursos sanitarios regulares de forma autónoma y sostener su tratamiento en el tiempo. El acompañamiento del que hablamos incluye el apoyo tanto dentro de la institución, como familiar y con otras redes comunitarias e institucionales que aportan de diferentes formas a la rehabilitación del paciente.

*"Mi rol, eh, ha sido principalmente, terapéutico, de Trabajo Social, de reparación, eh, donde se trata de facilitar un proceso de las personas, para que puedan resolver sus dificultades, para que puedan tener su propio rol significativo en la comunidad. (...)*
*Profesional N°7*

Es importante diferenciar la función terapéutica de parte del trabajador/a social en relación con la función tradicional que se ejerce en otras áreas de intervención. Por lo tanto, específicamente en el planteamiento "terapéutico" cabe destacar la siguiente definición:

> el trabajador social se coloca ante el cliente en posición de escucha, de aprendizaje: sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarle a comprender, a su vez que es lo que le sucede y de qué manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades (Ituarte A. , 1992, pág. 4).

Es decir, el/la trabajador/a social en dicha área toma una posición ligada a la terapia clínica de escucha y entendimiento al usuario en su condición de afectado/a por una problemática que incide en el bienestar óptimo de su salud mental.

Según Ituarte en Salinas (2006):

> el Trabajo social Clínico en cuanto proceso psicoterapéutico, sigue las reglas básicas de las psicoterapias, tal y como han sido estudiadas y analizadas en la Teoría del Trabajo Social (y más específicamente, en el Casework, Groupwork y el tratamiento familiar) y utiliza las técnicas psicoterapéuticas pertinentes; además de que pueda ser enriquecido con la formación complementaria que el trabajador social pueda tener en una u otra orientación psicoterapéutica. (pág. 7)

Se considera que esta cita es de gran relevancia, ya que, pone al descubierto que el trabajo social desde hace mucho tiempo viene de la mano con la psicoterapia, y que ésta puede ser complementada con todos los otros conocimientos que poseen los/as trabajadores/as sociales, entendiendo que el trabajo social es una profesión que posee preparación en muchas áreas.

Como sabemos, en este caso el foco se encuentra en el ámbito terapéutico que realiza la profesión, siendo una de las pocas entrevistadas cuyo trabajo principal no es tan apegado a lo tradicional y se acerca más al trabajo social clínico.

*Según Martha Chescheir (1984):*

> dentro de las funciones clínicas se encuentra el Trabajo de terapia con grupos en actividades cuyas tareas estén relacionadas: Los trabajadores sociales clínicos han concebido y utilizado las dinámicas del proceso grupal para conservar y mejorar el funcionamiento social. El conocimiento de la dinámica de grupos se traduce en una buena comprensión del contexto organizacional y le permite al trabajador social buscar cambios en marcos institucionales. El trabajador social capta el valor del conflicto y la cohesión, comprendiendo que los miembros de un grupo a menudo compiten entre sí, aunque al mismo tiempo necesitan confiar en el apoyo mutuo. Los grupos de terapia y socialización ayudan a rehabilitar personas con dificultades de relaciones interpersonales y que carecen de habilidades sociales. (Pág.s.n)

De este modo, se entiende que el/la trabajador/a social tiene la capacidad para entender que el proceso de los talleres de cualquier tipo es significativo para los usuarios, convirtiéndose en un espacio de terapia donde la profesional es una facilitadora del espacio, pero la sanación y el entendimiento, el escuchar otras vivencias y el ponerse en el lugar del otro/a son factores que posibilitan y promueven el cambio. Además, el hecho de escuchar a otros les permite comprender que otras personas están pasando por problemas y conflictos similares.

Cabe destacar que la función terapéutica fue mencionada por algunos/as profesionales como una función importante dentro del área de salud mental que se ha realizado por años, pero recientemente ha sido expuesta y ha causado revuelo, todo esto se explicitará de mejor forma en la subcategoría que menciona el trabajo social clínico en específico, al igual que el enfoque comunitario que sigue a continuación.

- Utilización del Enfoque Comunitario en la profesión

Por **enfoque comunitario**, se entiende por cómo los y las trabajadoras/es sociales utilizan e interiorizan dicho enfoque en su quehacer profesional y en las intervenciones realizadas.

El elemento del enfoque comunitario corresponde a uno de los fuertes lineamientos y propuestas del Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025. Se considera como un aspecto imprescindible en la recuperación o rehabilitación de las personas afectadas por problemáticas del área de salud mental en todos los niveles de intervención, así como también en la salud mental respecto a patologías y trastornos mentales, así como al área de drogodependencias y alcohol, las cuales afectan y condicionan el desarrollo biopsicosocial en la vida de las personas y de sus familias.

Por lo anterior, el enfoque comunitario en cuanto a la forma en que los/las trabajadores/as sociales lo comprenden, interiorizan y despliegan en su ejercicio profesional, corresponde a un elemento clave en el desarrollo de las intervenciones y el posterior mejoramiento en la calidad de vida de las personas y su bienestar social.

Reiteradamente se evidencia como los/as profesionales entrevistados/as en distintos discursos, verbalizados en forma diversa llegan a las mismas percepciones respecto a la utilización del enfoque comunitario, y a las ventajas de éste para el proceso de intervención desde el equipo, así como desde el trabajo social, como principal exponente para la incorporación del enfoque comunitario en las intervenciones y posterior bienestar y mejoramiento en la calidad de vida de los/las usuarios/as atendidos en las unidades de salud mental.

Se observa cómo visualizan el despliegue del enfoque comunitario como parte principal de las funciones ejercidas por los profesionales de la disciplina del trabajo social, utilizando nuevamente el elemento de poder en beneficio de la población, tomando el atrevimiento de generar nuevas estrategias que respondan a las necesidades, y que por tanto empoderen a la población desde su propia comunidad.

A continuación, se muestran los relatos más significativos que dan cuenta de lo mencionado con anterioridad.

*"Bueno profesionalmente, hay una crítica con respecto al enfoque comunitario acerca de cómo se ha implementado en el plan de salud mental, porque se implementó también desde una óptica biomédica para, con la intención un poquito de complementar la medicina más biologicista, pero, sin embargo, ni siquiera hizo eso, como que... lo que logró el enfoque comunitario fue abrir un espacio de redes, de centralizar obviamente las atenciones desde los hospitales psiquiátricos o de los niveles de psiquiatría u otros dispositivos comunitarios, pero no tocó el tema del poder y en comunidad, el trabajo comunitario, el tema del poder es central. Por ejemplo, nosotros seguimos ocupando las mismas categorías de diagnóstico y no nos atrevemos a cuestionar los enfoques de trabajo, no nos atrevemos a abrir espacios de participación real, por ejemplo, a las atenciones de usuarios, de familiares, etc. Entonces mientras no sigamos teniendo todo el poder para definir concretamente al fenómeno de la salud mental, nosotros eh, no hay realmente un enfoque comunitario, a lo mejor son experiencias psicosociales muy buenas, positivas, pero comunitario, no creo que exista al menos en Chile, quizás en otros países."*

Profesional N°1

En relación con lo relatado por el profesional en el fragmento anterior, surge una importante visualización respecto del enfoque con el cual se trabaja en el sistema de salud mental, y por ende en las intervenciones llevadas a cabo por el equipo, y por tanto por las/los profesionales de trabajo social. Se clarifica un en el desarrollo y ejecución del actual Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, el cual en sus lineamientos y objetivos describe la utilización del enfoque comunitario como un elemento crucial en el bienestar de los/las usuarios/as atendidos en el área de salud mental. Sin embargo, a través de la percepción del profesional entrevistado se esclarecen aspectos de la realidad con la cual es utilizado el enfoque comunitario. Se pone en evidencia, que aún a pesar de las modificaciones del Plan Nacional de Salud Mental, de las nuevas estrategias propuestas por el Ministerio de Salud y por la incorporación del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, no existe un real entendimiento o bien una intervención que realice lo que es un enfoque comunitario como tal. Es por lo anterior, que se puede realizar un contraste con alguna de las descripciones contenidas en el actual Plan Nacional de Salud Mental.

> Durante los últimos 10 años, en Chile tras las políticas aprobadas por medio del Estado, se ha ido incorporando dentro de los sistemas de salud, el modelo comunitario, el cual es considerado como uno de los mejores modelos para tratar a las personas con trastornos psiquiátricos, ya sea, éticamente como terapéuticamente. Las

> investigaciones realizadas, para concluir que el modelo comunitario es uno de los más aptos para el tratamiento, ha sido debido a que los factores biológicos sólo explican una parte de la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes. (Minoletti & Zaccaria, 2010, pág. s.n)

Por ende, ciertamente el enfoque comunitario que se desea ser aplicado, reconoce y se desvincula de los factores netamente biologicistas, comprendiendo la necesidad de la incorporación del enfoque comunitario en las intervenciones, entendiendo que los factores sociales son condicionantes en la detonación de los trastornos asociados a la salud mental de un individuo. Sin embargo, la definición de los autores liga el enfoque comunitario netamente al reconocimiento de factores o elementos del entorno social y mundo circundante más inmediato de una persona, no tomando en consideración los cambios desde las propias personas afectadas por alguna problemática que dificulte su salud mental.

Por otra parte, siguiendo con lo mencionado por el profesional, existe otro elemento para la interpretación de los datos. Esto dice relación con el poder, enfocado en cómo los/as profesionales de trabajo social articulan sus intervenciones y se empoderan en realizar otras intervenciones que den cuenta de lo que realmente es un enfoque comunitario, y lo que efectivamente requieren y son necesidades de las personas y sus familias involucradas en el área de salud mental. No obstante, actualmente se demuestra que los/las profesionales se enmarcan en las orientaciones y recursos disponibles en el sistema para efectuar sus intervenciones, así como también, se apegan al enfoque comunitario que se está llevando a cabo sin criticar constructivamente y realizar modificaciones que apunten a la participación real de las comunidades pertenecientes al área de salud mental, instalando el enfoque comunitario no tan solo en los espacios institucionales, si no que abordados desde el propio contexto y/o territorio considerando como agentes centrales a los/las usuarios/as.

Siguiendo con lo anterior, es importante mencionar lo expuesto en el actual Plan Nacional de Salud de Mental respecto a lo siguiente.

> El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. (Minoletti & Zaccaria, 2010, pág. s.n)

A partir de lo anterior, se visualiza y se concuerda lo dicho por el profesional en cuanto a que se trabaja desde los recursos disponibles en los marcos organizativos e institucionales en la presente investigación del sector público, y en relación a las posibilidades que se tienen se trabaja desde el equipo, y por ende los/las trabajadores/as sociales, ejecutan las estrategias de intervención de cohorte comunitarias y participativas según las intervenciones que ya se han realizado, y que siguen desarrollando un modelo de atención con enfoque comunitario, en el que los profesionales trabajadores/as sociales se estancan en la aplicación de un enfoque comunitario, el cual más que participación comunitaria real, corresponde a intervenciones psicosociales, pero no a una participación y enfoque comunitario como tal.

Es importante aclarar, que, si existe en parte un enfoque comunitario, el cual logra realizar funciones de apertura, de gestión de redes, de articulación entre los distintos niveles y dispositivos de salud mental de mayor y menor complejidad, no obstante, no prioriza la temática de poder tanto de los/as trabajadores/as sociales ni de los usuarios/as beneficiarios del área de salud mental, como un factor central de lo que debiese ser el enfoque comunitario para ser ejecutado y reconocido como un verdadero aporte en el despliegue de las intervenciones y por tanto del mejoramiento real de la rehabilitación y/o de los procesos de intervención.

*"Yo creo que ahí hay como un doble rol, hay un rol que tiene que ver con la socialización con el territorio, con las organizaciones del territorio, con la gente, eh, y otro que tiene que ver como con el trabajo con el equipo, ayudar al equipo como a perder este miedo/respeto, como por el mismo territorio ¿cachai?, entonces como una socio educación para ambas partes, pero para eso uno tiene que hacer ese trabajo también, como uno de perderle el miedo a la vinculación con el territorio, a que la gente en el fondo tenga un rol más activo dentro del proceso, porque igual el modelo clientelista es bien cómodo para los profesionales, ¿cachai?, la lógica de atender en el box es súper cómoda porque en el fondo yo me aíslo dentro de mi box, de todo lo que pasa*

*en la sala de espera, y en una modalidad más comunitaria, de todo lo que pasa en el territorio, ¿cachai? entonces no me basta con que pongan un centro de salud comunitario en una población, sino que tiene que ver también con cómo ese equipo sale desde esa infraestructura y se instala en el territorio y conoce los pasajes y conoce a la señora del quiosco, ¿te fijai? yo creo que esos son procesos que debe liderar el trabajador social, entonces uno tiene que liberarse como de esa comodidad, no le voy a pedir al psiquiatra que tenga esa lógica si es que yo no la tengo instalada."*

Profesional N°2

En relación con lo expuesto en el fragmento anterior, nuevamente se evidencia la importancia que ambos profesionales le otorgan a la apropiación de espacios de parte de las propias personas atendidas en el sistema de salud, insertas en el área de salud mental. Sin embargo, emerge un nuevo elemento primordial en la aplicación del enfoque comunitario, el que dice relación con que los/as profesionales de trabajo social son agentes de suma relevancia, en el sentido en que debieran ser quienes inserten en el equipo multidisciplinario o transdisciplinario la vinculación con los contextos territoriales. A la vez, se observa cómo las instituciones y por ende los equipos despliegan las atenciones e intervenciones bajo lógicas clientelistas, las cuales vuelven a poner en manifiesto el apego a los recursos disponibles de parte del sistema público, acomodándose a los lineamientos del marco institucional en vez de direccionar la intervención al cumplimiento de otorgar el real bienestar de las necesidades de las personas complejizadas por problemáticas de salud mental.

El profesional menciona un aspecto relevante respecto al modelo clientelista, mencionándolo como una metodología de trabajo latente en el área de salud mental. Por lo anterior, cabe realizar un contraste teórico respecto al modelo clientelista demostrado en lo siguiente.

> La relación entre cliente y patrón no es simétrica, como ya se ha dicho, pues existe en ella una situación jerarquizada de dominación motivada por la disponibilidad desigual de capital social, simbólico y económico de patrones y clientes. Además de las diferencias producidas por el acceso diferenciado al poder estatal o económico, es la posición histórica de los agentes en el "campo clientelar" – su reconocimiento público como "necesitados" o "dispensadores" – lo que le da el carácter de un espacio históricamente constituido con

> instituciones específicas y leyes propias de funcionamiento. (Cerdas Albertazzi , 2014, pág. 317)

En base a la definición anterior, se evidencia como el modelo clientelista utiliza las lógicas de poder, pero a diferencia de lo expuesto en un inicio, lo hace perjudicando la participación real de la población usuaria, reduciendo enormemente las posibilidades de una efectividad en la participación comunitaria, y por tanto en la utilización beneficiosa y adecuada del enfoque comunitario. Por el contrario, se jerarquiza las posiciones entre profesionales y usuarios/as, se trabaja en lógicas que minimizan y excluyen a las personas de un trabajo comunitario como agentes principales de su salud.

Ahora bien, al verificar lo que propone la política pública nacional a través del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, además del Plan Nacional de salud mental vigente, se encuentra lo siguiente.

> El desafío actual tiene que ver con el enfoque de “recuperación”, que en los últimos años le ha dado una nueva fuerza y perspectiva al modelo comunitario y a la participación de los usuarios en los servicios de salud mental, saltando desde el rol pasivo de pacientes al proactivo de “expertos” en el manejo de las enfermedades mentales y en el funcionamiento de los servicios de salud mental. Una participación efectiva de los usuarios requiere de un cambio cultural en la forma que el equipo de salud mental se relaciona con sus usuarios, de modo que éstos puedan acceder a un mayor nivel de poder en el control de sus vidas y del dispositivo de atención. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

Conforme a lo anterior, se visualiza que existe un reconocimiento de que los pacientes actualmente prosiguen con un rol pasivo en sus procesos de intervención en el área de salud mental, lo cual se evidencia desde los propios equipos y su relación con los/as usuarios/as en su calidad de “pacientes”, esto responde y da entendimiento a las lógicas abordadas en base al modelo clientelista, el cual aún se sigue ejerciendo en muchas dependencias institucionales, acomodándose a las atenciones de box, a su vez desvinculándose del contexto presencial/territorial de las personas y sus familias, lo cual es coincidente con la percepción del profesional, y deja en manifiesto la confusión y falta de participación comunitaria real.

*"Otra de las funciones importantes, es la brecha comunitaria, es poner de verdad en la mesa, un lenguaje distinto, que es el lenguaje comunitario, se habla de territorio y territorio es distinto a comunidad, y esa, esa sensibilidad, solo la tiene un trabajador social, además implica rescatar los recursos de esa comunidad, por sobre todo hay que rescatar los recursos que están implícitos en las personas que son los agentes claves dentro de una comunidad."*

*Profesional N°3*

En cuanto al fragmento descrito anteriormente, se destaca el factor del lenguaje comunitario como propio de los/as trabajadores/as sociales, es decir, nuevamente se evidencia el reconocimiento profesional, como recurso humano indispensable para el despliegue de un enfoque comunitario en forma efectiva, a modo de utilizar todas las herramientas técnicas y sociales para el trabajo de "recuperación" propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental actual, respecto a los usuarios/as como agentes claves de su comunidad.

La percepción de la profesional concuerda y reafirma las aspiraciones y metas contenidas en el Plan Nacional de Salud Mental, en relación con lo que se describe a continuación.

> El Plan Nacional de Salud Mental espera avanzar sobre aspectos concretos en diferentes niveles de participación, yendo más allá de la mera participación instrumental. Se busca alcanzar este objetivo a través del desarrollo de un sistema de comunicación de información dirigida a usuarios/as, a sus familiares y a la comunidad. Además de fortalecer la creación y el funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otros asociados a salud mental, generando así una participación ejecutora, es decir, que los usuarios y usuarias sean tomados en cuenta y que su opinión y participación logre cambios reales dentro del área salud mental, teniendo el poder de tomar decisiones saliendo de la posibilidad de tener sólo un papel de pacientes. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

Por tanto, se concuerda la relación entre la profesional y la política nacional en salud mental, respecto a la transición de la población usuaria a la conformación de organizaciones de ellos/as y sus familias, a modo de ser ejecutores reales de una participación de agentes activos y claves en el desarrollo de su atención en el área de salud mental, siempre desde el propio espacio de su comunidad, más que de la consulta en los espacios institucionales.

- Participación de los/as usuarios/as en la Intervención Profesional

Por **participación**, se entiende cómo los y las usuarios y usuarias, y/o familias son parte del proceso de intervención que realiza el o la trabajador y trabajadora social, y al cómo la profesión promueve aquella participación a través de su desempeño profesional.

Desde el trabajo social, se genera la existencia de una visualización de la participación comunitaria de los/as usuarios/as referente al área de salud mental, la cual toma importante relevancia en los procesos de intervención y por ende en los tratamientos y alcance de los objetivos tanto de la profesión como de los/as propios/as usuarios/as y/o población beneficiaria perteneciente al área de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

El Plan Nacional de Salud Mental, especifica que el Modelo Comunitario-incentiva a que,

> los equipos de salud se relacionan tanto con las personas a tratar, sus familias y la comunidad en la cual ellos se encuentran inmersos. Reconocen a las personas como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, en donde los miembros deben ser activos en cuanto al cuidado de su salud (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 37)

Siguiendo esta línea, parte del trabajo de los/as trabajadores/as sociales es generar instancias motivacionales, tanto a los pacientes como a sus familias, demostrándoles que son ellos/as, protagonistas de los procesos de intervención, y que los/as trabajadores/as sociales, están allí para acompañarlos en aquel proceso.

La familia representa para cada persona una red, un acompañamiento, un apoyo, el cual es fundamental en momentos de conflictos y problemas personales, sobre todo cuando estos problemas o dificultades son de salud, de cualquier índole. Más aún cuando hablamos de enfermedades de salud mental, ya que, la contención que necesita el paciente conlleva además la posibilidad de traer complicaciones a sus familiares. Estas complicaciones pueden ser de muchos tipos, pero lo más común, es que los familiares deben

modificar sus actividades diarias y vida cotidiana en post de ayudar a un familiar.

> *"La participación de los usuarios y de la familia es … si no existiera no podría haber un tratamiento exitoso. ¿Ya?, es como que se entiende que es parte y que por ello la gente viene a trabajar algo que no han podido trabajar solos, pero se van a ir y van a seguir en ese espacio y van a tener que saber armar su red de apoyo, entonces es como fundamental (...) entonces yo entiendo que la participación principalmente de los usuarios entre comillas, em … es un indicador de salud mental. Cuando … no sé si se entiende, es como un indicador de que su proceso ha sido más exitoso."*
>
> Profesional N°4

En base al relato anterior, es importante demostrar que la profesional hace hincapié en la participación comunitaria como un elemento indispensable en el proceso de tratamiento e intervenciones de los/las usuarios/as y de sus familias.

Es decir, si no se genera la existencia de una participación por parte de la comunidad atendida en el área de salud mental, los objetivos finales de sus procesos de intervención y el mejoramiento en su calidad de vida se verían obstruidos, y por tanto no existiría una plena y total recuperación de sus problemáticas asociadas a la salud mental, y por ende a todos los ámbitos que éstas afectan. Además de lo anterior, se hace relevante destacar que si el elemento de la participación comunitaria no se realiza en los propios contextos y territorios de las personas, y se sigue efectuando tan solo en los marcos institucionales, al momento de dar término de los procesos de intervención existiría un retroceso que afectaría enormemente todo el transcurso de rehabilitación y/o tratamiento, además de redes de apoyo que pudiese haber logrado la persona en el mejoramiento de sus problemáticas, debido a que el contexto cercano podría ser en ocasiones uno de los principales atenuantes en el desgaste y posterior enfermedad asociada a la salud mental de un individuo.

Por otra parte, es de suma importancia enfatizar en que la profesional reafirma la importancia e indispensabilidad de la participación comunitaria en el área de salud mental, en donde a su vez lo menciona como un indicador de salud mental en el tratamiento exitoso de la población usuaria. Realizando un contraste teórico, respecto a la definición de indicador,

> no existe una definición oficial por parte de algún organismo nacional o internacional, sólo algunas referencias que los describen como:

> “Herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos (...) son medidas verificables de cambio o resultado (...) diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso (...) con respecto a metas establecidas, facilitan el reparto de insumos, produciendo (...) productos y alcanzando objetivos (Organización de las Naciones Unidas, 1999, pág. s.n)

Por ende, se entiende que los indicadores permiten medir o bien evaluar el alcance de las metas u objetivos propuestos hacia determinadas situaciones, enfocándose en un progreso deseado de alcanzar. En relación a lo anterior, se demuestra como la profesional hace presente en su discurso, y por tanto lleva interiorizado el concepto de participación comunitaria como elemento indispensable en el proceso de intervención de los/las usuarios/as, asociándolo a un indicador de salud mental en el que se demuestre el progreso o bien la efectividad de las metas y objetivos propuestos por las instituciones, organizaciones, o bien por el alcance de recuperación y/o rehabilitación de los/as usuarios/as en su propia intervención. Esto nos permite vislumbrar, la importancia de intencionar que sin la existencia de la participación por parte de la comunidad participe del área de salud mental, los procesos de intervención no estarían dotados de una efectividad total, y, por ende, la profesión no podría otorgar elementos valiosos para el bienestar social de las/los usuarios y sus familias.

En base a todo lo reflexionado anteriormente, es relevante hacer la comparación con las regulaciones y orientaciones a nivel ministerial, y el cual debe concordar con los lineamientos institucionales y profesionales respectivos a los dispositivos del área de salud mental a nivel nacional, y en este caso correspondiente al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. Por tanto, siguiendo la siguiente contrastación contenida en el Plan Nacional de Salud Mental vigente, la cual menciona que se debe,

> contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario. (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 38)

Siguiendo con lo anterior mencionado en el plan actual, se evidencia el propósito ligado a la importancia respecto a que los/as usuarios/as y su entorno familiar, sean participantes activos, y, por tanto, se relacionen en sus contextos locales, a modo de incrementar el bienestar social y el alcance de sus propias metas individuales y comunitarias.

Realizando una comparación entre lo dialogado por la profesional y lo representado en el marco teórico, se visualiza como la profesional concuerda con los lineamientos ministeriales, y, por ende, efectúa una bajada al ejercicio profesional efectiva para el logro de una intervención exitosa durante todo el tiempo que ésta se encuentre en desarrollo.

"*Yo creo que pa allá tiene que apuntar en el fondo el tema de la participación comunitaria, esto no se trata de plantar un poco de trabajadores sociales a liderar una junta de vecinos, la participación comunitaria tiene que ver con cómo la población civil se apropia de estos espacios ¿cachai?*"
Profesional N°2

El anterior fragmento, vuelve a demostrar como los posicionamientos de los/as profesionales se encuentran direccionados al énfasis de dar un papel activo a los mismos usuarios/as en la toma de decisiones en las estrategias en las que se enfoquen sus intervenciones. Es decir, si bien el rol de los/as profesionales trabajadores/as sociales es una herramienta fundamental en el proceso de articulación de redes y recursos, debe ser la propia población usuaria inserta en el área de salud mental, quienes sean los principales agentes en el contexto de sus territorios, además de la intervención en espacio institucional.

En este sentido, es importante demostrar una definición correspondiente a la participación comunitaria en salud mental, la cual se entiende como lo siguiente:

> el nivel de participación dependerá de cuánta satisfacción genera en las personas esta experiencia y de si tienen algo que ganar de este proceso. Además, la participación exige que en vez de "informar y decidir por la gente", la escuchemos. (ACNUR, 2008, pág. 12)

La definición anterior, demuestra lo coincidente relatado por el profesional, el cual considera como elemento principal en la participación

comunitaria la apropiación de los mismos/as usuarios/as en su contexto y/o espacio local, es decir, si bien los/as profesionales de trabajo social constan parte importante del proceso de intervención, no son ellos/as quienes deben ser los líderes y agentes activos en la comunidad, sino que, por el contrario, se hace interesante comprender que para que la participación comunitaria sea realmente efectiva, es la propia población usuaria del área de salud mental, quienes deben liderar sus espacios territoriales y/o comunitarios.

> *"En algunos niveles es más consultiva, donde se le pide la opinión, pero en ningún caso yo he visto, eh, niveles de participación de resolución, donde ellos, los familiares o los usuarios, organizados o no, tomen decisiones concretas con respecto a sus mismos procesos de tratamiento, no se ve, no lo he visto, no, entonces yo creo que la participación todavía es bien simbólica, hay mucho paternalismo, hay mucho asistencialismo, clientelismo incluso, y em, no se ha dado ese paso ¿no? Yo creo que tiene que ver con la forma en que nosotros pensamos en lo social y le tenemos miedo a abrir espacios donde venga gente y nos diga mira, nos cuestione lo que estamos haciendo, quiera involucrarse más allá de lo que nosotros le permitimos, etc."*
>
> Profesional N°1

Siguiendo lo expuesto en el plan del año 2000 y ya encontrándonos en el año 2018, se puede interpretar por el relato del profesional n°1 que, la participación no ha llegado a desarrollarse de la manera en que se estipulaba en este plan, ya que, los/as usuarios/as aún no logran formar parte de manera concreta sobre sus propios tratamientos en salud mental. Dicho formar parte, se entiende por la participación a nivel resolutivo, en donde tanto ella trabajador/a social, como también el equipo, no abre los espacios necesarios para que las personas se involucren de lleno en sus procesos de intervención. El profesional entrevistado, enfatiza que está situación, puede ser por un miedo a lo social, a poder abrirse más hacia la comunidad y que ellos/as puedan cuestionar el modo de intervenir en sus problemáticas. Por lo tanto, a nivel de servicio de salud mental, como establece el profesional, su participación es más desarrollada al nivel de pedirles opinión a la comunidad sobre determinadas situaciones, pero sin que su participación produzca un cambio profundo en las prestaciones de servicio, convirtiéndose en una participación de tipo más simbólica, asistencialista y clientelista, en donde gran parte de la población ve en el/la trabajador/a social un medio para obtener beneficios, por lo que no cumplirían con un rol destacado en el desarrollo de los servicios de salud.

A través del trabajo social, se ha facilitado la participación de usuarios/as y familias, ya que, no siempre esta participación debe caracterizarse por ser resolutiva al momento de la intervención misma, sino que también, desarrollando y abriendo nuevos espacios de participación que son actividades emanadas tanto por medio del Ministerio de Salud como de las mismas instituciones, como de la profesión. Sin embargo, según lo planteado por la mayoría de los/as profesionales entrevistados/as, no todas estas instancias de participación logran desarrollarse, específicamente las de carácter nacional. Se puede deducir, que al ser de carácter nacional, se encuentran muy estandarizadas y bajo parámetros que deben cumplirse, pudiendo en reiteradas ocasiones someter al trabajador/a social a una mayor presión, presión que inhabilita de cierta forma al profesional, no pudiendo desarrollar sus habilidades de la manera más óptima para el logro de la participación, por lo que, las estrategias para que la comunidad participe, dejan esa sensación de sólo estar respondiendo al requerimiento nacional y a las metas por cumplir.

Por otro lado, se entiende que lo expuesto no es algo que le pase netamente a la profesión, ni que todo/a trabajador/a social realice esto, ya que, como se pudo evidenciar anteriormente, el trabajo social siempre está en constante acompañamiento, generando estrategias y oportunidades para que la comunidad esté al tanto de su intervención profesional, desarrollando un acompañamiento como psicoeducación hacia la persona, con el fin de que comprenda su situación y pueda participar y aportar en su tratamiento de manera temprana. El acompañamiento y la psicoeducación, son aristas que deben ser realizadas por los/as trabajadores/as sociales, porque sin estas, la intervención desarrollada no culminaría en un buen término, sino que reincidiría en un ciclo de atención, en donde las personas que recurren en reiteradas ocasiones a tratamientos, pero no logran terminarlos debido a la escasa adherencia que poseen a estos, y de esta forma, restándole oportunidad de atención a otras que han comenzado a incorporarse en tratamiento.

- Especialización del Trabajo Social en Salud Mental

Por **Especialización del Trabajo Social en Salud Mental**, se entiende a la importancia que es para el trabajo social, adquirir especialización tanto académica como experiencial para poder desempeñarse de mejor manera profesionalmente dentro del área de salud mental.

En primera instancia, es necesario abordar en el concepto de especialización, para poder tener conocimiento de lo que depara dicha subcategoría, se puede definir como:

> El saber especializado es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para ser un profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir (Trevithick, Habilidades de comunicación en intervención social: Manual práctico, 2002, pág. s.n)

Por lo tanto, el trabajo social dentro del área de salud mental requiere y a la vez, ejerce un saber especializado al momento de realizar intervenciones profesionales.

Cuando se habla de que, durante el quehacer diario del/la profesional, se tiende a reconocer problemas o reacciones claves, si se posee una base de conocimientos a los cuales recurrir, dice a la vez, que un profesional estando capacitado y por consiguiente, especializado en un área en específico, es capaz de poder desempeñarse de mejor manera dentro de su trabajo, ya que, tiene los conocimientos para realizar acciones profesionales que sean requeridas en determinadas ocasiones.

*"Si, tengo formación, y si creo que es necesaria. Es necesario saberlo para saber que no hay que hacer (risas). Es decir, hay que saber de diagnóstico y también saber de enfermedades relacionadas con lo mental, pero también saber que tenemos que relacionarnos con las personas y no con los diagnósticos, entonces saber… que yo me voy a relacionar con ella con sus aspectos sanos, y que esto es una parte de su vida, no es toda su vida."*
Profesional N°7

Todos/as los/as profesionales entrevistados/as coincidieron de que para trabajar en el área de salud mental, se necesita y se requiere de una especialización, ya que, lo aprendido durante el pregrado no cumple con lo requerido en el área, sino que, es necesidad profesional, ir más allá, y así obtener un marco propio de referencial conceptual, junto con herramientas, técnicas y habilidades humanas que permitan nutrir tanto al profesional como a la misma intervención en salud mental. Lo planteado por la profesional N°7, se puede comparar y contrastar con lo planteado por (Trevithick, Habilidades de comunicación en intervención social: Manual práctico, 2002), quien se señala que los elementos básicos de un saber especializado en el trabajo social son:

> un marco normativo en donde se incluyen los planes de salud mental, las instituciones en las que trabajamos y sus objetivos; un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en salud mental, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención; y un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarnos adecuadamente con los pacientes, ya que trabajamos directamente con el sufrimiento humano y con el malestar emocional. (Pág. s.n)

En cuanto al último elemento básico, la profesional N°7, puede dar cuenta, que lo/as trabajadores/as sociales al trabajar con las personas en salud mental, aboca a que este trabajo sea visto a través de los aspectos sanos de la persona y no a tratarla sólo por su enfermedad, ya que, solo sería un aspecto de su vida, pero no toda su vida, su persona. Al trabajar con las personas como plantea Pamela Trevithick se deben adquirir capacidades y habilidades que son esenciales para las relaciones humanas, por lo que, sería atingente lo que plantea la profesional. Por consiguiente, acorde a lo planteado por la profesional y lo citado posteriormente, como investigadoras estamos de acuerdo con que el saber especializado constituye un pilar fundamental en el ejercicio profesional del área de salud mental, en donde los/as trabajadores/ras sociales deben tener una especialización y formación acorde a los requerimientos que se necesitan para el trabajo con personas que padecen de enfermedades mentales como de malestares emocionales, junto también, con capacidades y habilidades esenciales en el trato con personas.

Junto con la coincidencia de todos/as los/as profesionales de que se requiere de especialización, algunos/as de estos/as poseían formación y otros/as se encontraban en vías de o simplemente no tenían. Eso da hincapié, a que pese de que saben que una especialización y formación es necesaria, no la han realizado, por lo que se puede deducir, que es por debido a los tiempos de cada profesional, como también al sistema de financiamiento de estas especialidades, y su vez, a la falta de magíster y doctorados, que confirmen y potencien la experticia de la profesión dentro del área.

*"Yo creo que igual es importante poder conocer cierta em …. Porque si no uno se confunde y de cierta manera uno puede intervenir o em … de una manera inadecuada, yo creo que es importante tener un sustento teórico y en lo práctico que de alguna manera a uno lo guíe, lo guíe en las formas, en la metodología que uno va a utilizar, en los tiempos ¿Cierto?, en el tiempo de intervención, en la estrategia que va a utilizar, si po es absolutamente importante la especialización."*

Profesional N°6

Al mismo tiempo, el profesional N°6 destaca que, al momento de intervenir, el proceso de intervención puede verse retardado cuando ocurren situaciones que son nuevas o de mayor complejidad, y como resultado, al estar interiorizando los conceptos y procedimientos a realizar sobre esta nueva situación, retardaría la respuesta oportuna del profesional. Dicho esto, nuevamente se encuentra presente uno de los elementos básicos del saber especializado: "un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en salud mental, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención". (Trevithick, 2002, pág. s.n). Por lo tanto, es importante poseer un sustento teórico, que provea de una metodología propia del trabajo social en salud mental, que guíe y apoye los procesos de intervención, para responder de manera más oportuna y temprana a esta, y que, por consiguiente, se necesita de una especialización para poder llevar a cabo todo lo planteado.

La importancia de la especialización en salud mental es un tema que ha sido abordado por diferentes profesionales, como también es el caso de (Garcés E. , 2010), quien señala que:

> la especialización en este campo fue necesaria desde sus comienzos y hoy en día se hace todavía más imprescindible si tenemos en cuenta la complejidad de situaciones que se presentan. El análisis específico del sector, de su situación actual, la profundización de las teorías

> propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, la adquisición de determinadas habilidades, la formación teórica práctica en Psicopatología, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis, son contenidos fundamentales de los estudios de especialización. (Pág. 348)

Todo lo anteriormente expuesto, se reduce a lo que plantea Eva María Garcés, ya que, el trabajo social al incorporarse al área de salud mental, desde sus inicios se le hizo imprescindible la especialización en un área que por aquellos años, no era campo de los/as trabajadores/as sociales, y que debido al posicionamiento profesional que ha obtenido con los años y a la complejidad de casos que llegan a los diferentes recintos hospitalarios, se hace necesario que tanto los actuales como los futuros/as profesionales, internalicen que para trabajar en un área tan delicada como la salud mental de las personas, se hace necesario especializarse.

Como punto en común, los/as profesionales entrevistados/as, algunos/as de ellos/as coinciden en la especialización no formal, es decir, aquella que se funda por medio de la experiencia profesional, sin restarle importancia a la especialización académica formal, como se puede ver representado en el siguiente fragmento de la profesional N°4.

*"Igual es importante la especialización desde lo académico, (...) Pero también, no sé si más o menos importante, pero muy importante, me parece que es especializarse a través de la acción, a través de conocer otras experiencias, pero desde lo práctico y en ese sentido igual he desarrollado unas pasantías en espacio de intervención en salud mental, comunitaria, PS y otras en Chile y en otros países, más principalmente en América Latina, pero eso."*

Profesional N°4

Además, de una especialización, la personalidad del/la profesional también repercutirá en el desempeño profesional, decidiendo cómo ve el trabajo social dentro del área de salud mental, por lo que, el lugar en donde se trabaje tendrá coherencia con la forma de ser del/la profesional. Debido a esto, se entiende que la autocapacitación es algo común entre los/as profesionales, quienes van interiorizando temáticas de salud mental, por lo que, el hecho de autocapacitarse refleja lo anteriormente expuesto, de contar con un marco propio de la profesión en salud mental al cual se pueda recurrir cuando sea necesario. Es importante la especialización que se genera a través de las experiencias profesionales, ya sea, personales, como también de otros

profesionales de la disciplina, generando una sistematización de nuevos conocimientos y especialidades.

Junto con lo planteado por la profesional N°4, existen profesionales que dicen que su especialización se ve nutrida tanto por las experiencias profesionales, como también, las instituciones que enmarcan a los/as profesionales, donde destacan que las reuniones clínicas, constituyen instancias formativas para el trabajo social, como para otras disciplinas, en donde se da el espacio de conversación entre las diferentes perspectivas profesionales, que van generando un mayor repertorio y fundamento metodológico, teórico y práctico, como a la vez, desde el ámbito personal, permitiendo desarrollar de mejor manera las habilidades sociales y comunicativas necesarias tanto para el trabajo con las personas atendidas, como para con el equipo de trabajo. Esto último tiene relación con lo que se establece (Mollejo, 2000), quien dice que:

> no se puede separar la formación de los profesionales de la calidad de los servicios que prestan, de forma que cuanto mejor y más amplia sea la preparación de los profesionales, mayor será la calidad asistencial de los servicios y el grado de desarrollo que puedan alcanzar (Pág. s.n)

Esto último planteado por el autor, deja como reflexión, que durante la formación del pregrado es necesario visualizar estas especializaciones y que si no es la misma universidad quien lo entregue, se debiese por iniciativa de crecimiento profesional, especializar si en salud mental se quiere trabajar, procurando ejercer de mejor forma y entregando una calidad de servicio distinta a la que se entregaría sin una especialización. Hablando de la formación en pregrado, (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, El Trabajo Social en Salud Mental: Un trabajo social clínico, 2013), señalan que:

> nosotros pensamos que actualmente el trabajador social en la salud mental está experimentando un proceso de contracción (saber-conocer-intervenir) y de expansión disciplinar que conlleva hacia una demanda especializada de conocimientos que no están presentes en pregrado. Por lo general, estos conocimientos se relacionan con la psicoterapia, espiritualidad, neurociencias, microsociología, investigación cualitativa, antropología de la familia, psicopatología, por

> nombrar algunos ejemplos. Por otro lado, estos se han vuelto a su vez indispensables para el campo de acción, pero al mismo tiempo, son transformadores de la praxis profesional. (Pág. 14)

Por lo tanto, se concluye que efectivamente para trabajar en el área de la salud mental, un/a trabajador/a social sin especialización previa, no podría ejercer adecuadamente bajo los requerimientos que se solicitan dentro de la intervención en salud mental, ya que, existen conocimientos de temáticas específicas que no son incluidas en las mallas curriculares de pregrado y que evidentemente, son necesarias incluirlas en el repertorio tanto metodológico, teórico y técnico de la profesión.

En referencia a lo planteado por los/as profesionales expuestos en este análisis y durante el transcurso de la investigación, hablan en el sentido de que efectivamente hay que especializarse, ya sea, académicamente, o a través de la experiencia profesional o por medio de la autocapacitación, pero los/as profesionales no dicen en qué específicamente hay que especializarse, sino que solo declaran que es absolutamente necesario hacerlo. Esto puede reflejar, que aún no existe cierta seguridad en cuanto a la especialización que desean los/as profesionales propiamente tal, sino que, se encuentran en un limbo formativo en buscas de que alguna tercera persona o entidad académica ofrezca cierta oferta en especialización junto con qué debieran formarse. En definitivas, se visualiza que aún es necesario avanzar más en el sustento teórico y metodológico de la profesión, algo que es claro entre los/as profesionales, quienes señalan que sus requerimientos en formación van más hacia la elaboración y mejor desarrollo de este sustento, pero en donde se puede reflejar que aún es escasa hacia dónde y en qué temáticas dirigir aquel sustento, entiendo que la salud mental es un abanico amplio de posibilidades tanto de intervención y como consecuencia, de funciones para el trabajo social.

Finalmente, esta reflexión y lo expuesto por los profesionales entrevistados, tiene profunda relación con lo planteado por (Guimón, 2008), quien decía que:

> en lo que se refiere a los asistentes sociales hay que mejorar su formación específica porque de ellos dependerá en gran parte la evolución de la salud mental. Deberían adquirir más experiencia en el trabajo en red y poder asumir las funciones de “gestores de casos.” (…) En el futuro deberían asumir la realización de algunos tipos de

> Psicoterapias, para lo que tendrían que realizar una formación parecida a lo de los psicólogos. (Pág. s.n)

Los/as trabajadores/as sociales, son los/as profesionales que abren a la continua salud, quienes más tienen contacto con las personas, y que, por lo tanto, la evolución de la salud mental de ellos/as dependerá del trabajo realizado por el trabajo social. La ejecución de psicoterapias abre nuevamente el tema de la actualidad en la disciplina, el trabajo social clínico, en donde aún no se puede materializar completamente lo planteado por José Guimón Ugartechea durante el año 2008, pero si, prontamente se espera ver una mayor especialización e interés de los/as trabajadores/as sociales específicamente en el área de la psicoterapia, tras la incorporación del trabajo social en el Código Sanitario de Chile.

- Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud Mental

Por **Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud Mental**, se entiende como la nueva norma técnica publicada este año de parte del Ministerio de Salud, respecto al trabajo social en salud, con un acápite especial en el área de salud mental. Se pretende visualizar cuales son las percepciones que poseen los profesionales trabajadores/as sociales en relación con este documento, y a la nueva puesta al día del desempeño profesional en el área de salud mental.

El presente año, surge un documento de suma importancia para el trabajo social en el área de salud, y por ende para el área de salud mental. Se genera como resultado del trabajo correspondiente a la Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud conformada por profesionales que despliegan su trabajo en los servicios de salud, representantes de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, establecimientos de la red asistencial, sector privado de salud, entidades académicas, Colegio de Trabajadoras y Trabajadores Sociales y, coordinada desde el Gabinete de la Ministra de Salud. “tiene como objetivo actualizar las Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud, incorporando nuevas áreas de ejercicio profesional, de acuerdo a la evolución y desarrollo de los sistemas de salud” (Comisión Nacional de

Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 6). Por tanto, consta de un documento de suma relevancia para la actualización y conocimiento de las nuevas áreas en las que el trabajo social actualmente se encuentra presente en salud mental, dejando en conocimiento la acción profesional. En este sentido es importante conocer las percepciones de los/las profesionales respecto a dicho documento y efectuar un contraste teórico con lo que realmente se está realizando en el quehacer y en los campos de desempeño profesional del área de salud mental.

*"Yo las conozco, las leí, no las he revisado bien. De hecho, tenemos pendiente con un grupo de compañeros de poder hacer una valoración crítica. (...) yo creo que era algo que necesitábamos hace rato. El documento anterior, era antiguo y hace rato que había quedado fuera de lo que uno realmente hace y lo que más me importó de esta última orientación es que se incluyera fuerte el tema de derechos y que se incluyera también la perspectiva clínica ¿Ya?, ehm … así sin prejuicios, y sin pedir permiso también, así como que se fuera integrando el trabajo social de salud mental una perspectiva de trabajo social clínico. ¿Ya?, porque había muchos colegas que estaban haciendo clínica y no se visualizaba su trabajo y hay mucha gente que quiere hacer clínica, que quieren formarse, pero necesitaban un respaldo, un respaldo institucional, de política social y en este caso del Ministerio al aprobar estas normas y hacer un reconocimiento de ese trabajo. ¿Ya?"*.

Profesional N°1

A partir del fragmento anterior, se evidencia en primer lugar la necesidad ferviente respecto a la actualización de un documento respecto a una normativa técnica de la profesión, la cual actualizará las intervenciones y los procesos que se están llevando a cabo actualmente desde la profesión de trabajo social en el área de salud mental. Se demuestra la importancia que el profesional otorga a la aparición de la perspectiva clínica, manifestada como el trabajo social clínico que actualmente se encuentra en la palestra de los campos que han tomado mayor fuerza en el despliegue de la profesión. Lo anterior se contrasta con lo siguiente expuesto en el documento técnico.

> Es en este marco que el Trabajo Social ha ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional marcado por una especificidad propia en este ámbito. La especialización y la formación continua han sustentado un aporte creciente y especialización en salud y psiquiatría, constituyéndose en un valioso aporte en distintas líneas de intervención. (Comisión Nacional de

> Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 46)

Por ende, se visualiza desde el instrumento técnico, la concordancia con el profesional respecto a la necesidad visualizada desde la profesión, respecto a la configuración del trabajo social en salud mental como en eje central en las intervenciones de los dispositivos de salud mental, con profesionales que desde hace años llevan formándose y especializándose en esta área, y que por tanto se visualiza y concreta como una intervención desde la profesión a nivel terapéutico.

A su vez, el profesional resalta el atrevimiento de parte de la profesión, y por ende plasmado en el documento, en relación con el reconocimiento de que los profesionales del área social, es decir, trabajadores sociales ejercen procesos de intervención ligados a la psicoterapia familiar, terapia familiar e individual.

Otro aspecto para esclarecer es la importancia que el profesional le otorga a los derechos humanos en el área de salud mental, elemento que debiese ser inherente a toda persona, y debe ser intervenido desde la ética profesional en forma transversal pero que, sin embargo, específicamente en esta área muchas veces se ve mermado, por medio de modelos clientelistas que marginan aún más la recuperación de estas personas. Por lo anterior vale destacar con lo siguiente.

> Es en este contexto que el Trabajo Social aporta hacia el deber ético de humanizar las relaciones entre los sistemas sociales y el sufrimiento de las personas. También en el favorecer y promover el ejercicio de los derechos humanos hacia buenas prácticas en salud, libres de discriminación y estigmatización hacia los enfermos mentales. (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 48)

Por lo anterior, se visualiza la concordancia entre el profesional y lo descrito en esta actualización técnica del ejercicio profesional en el área de salud mental, ya que releva la humanización en las intervenciones, y por ende el ejercicio de los derechos humanos en las personas afectadas por patologías

mentales o por el estigma y marginación social en el área de drogodependencias.

> *"Yo creo que, siendo un país moderno en tantas áreas, no tener este documento, era casi imperdonable y de verdad a mí me da vergüenza que no estuvieran. La falta de reconocimiento de la disciplina como un área, como una disciplina dentro del campo de la salud, es vergonzoso, si nosotros estamos vinculados a esta cuestión hace más de un siglo, entonces creo que, que en el fondo viene a ser como un alto reconocimiento, de algo que en la práctica hace rato se estaba haciendo."*
>
> Profesional N°2

El fragmento descrito, concuerda con el profesional anterior respecto a la importancia de la aparición de este documento a modo de venir a demostrar lo que el trabajo social realiza en el área de salud mental, criticando a su vez el atraso insostenible de la actualización, argumentando el tiempo que ha transcurrido desde que la profesión ya se encuentra inmersa en el campo de la salud y por tanto en la salud mental como tal.

Lo mencionado con anterioridad, se contrasta teóricamente con lo siguiente.

> En Chile, ésta influencia que llega importada de los EE. UU., comienza a darse a conocer con fuerza a partir de la década de los '30 y viene acompañada de la idea de «equipo psiquiátrico» y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales. El Trabajador Social (entonces, Asistente Social), profesionalizando la actuación que anteriormente habían ejercido órdenes religiosas, que trabajaban como voluntariados en instituciones psiquiátricas. La figura del Trabajador Social Psiquiátrico poco a poco en el campo sanitario y en el ámbito psiquiátrico, se fue desarrollando y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica. (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 47)

Conforme a lo anterior, se evidencia como la percepción del profesional concuerda en forma efectiva con la realidad de los hechos y por tanto con la inmersión de la profesión en el campo del área de la salud mental.

*"La norma técnica que apareció en marzo, de este año, tiene un acápite especial de lo que es el trabajo social en salud mental que lo iguala al trabajo social clínico y la definición que entrega el Diego Reyes, tiene que ver con un trabajo terapéutico, con una psicoterapia, de hecho él la define como psicoterapia, nosotros no hacemos ese trabajo acá, nosotros tenemos un trabajo terapéutico sí, porque cualquier persona que acompaña un proceso en cualquier ámbito de la salud mental es terapéutico y que tiene que ver, por ejemplo, con el rol que se ejerce en rehabilitación de drogas. Todos los profesionales que intervienen, son terapeutas, lo mismo acá, pero eso no implica, que mi labor profesional se va a reducir a el trabajo en el box en el uno a uno, yo puedo ser coterapeuta en intervención familiar, para abrir temas, por ejemplo, que eso yo si lo hago, pero no soy yo quien lleva el proceso, sino que soy parte de un equipo que interviene en momentos específicos, entonces, eh, yo siento que lo que hay que especificar, es que el paraguas más grande que sostiene al trabajo social clínico es el trabajo social en salud mental, donde la riqueza del trabajo en grupo y de las comunidades no lo podemos perder".*

Profesional N°3

Con respecto al fragmento anterior, nuevamente se evidencia el reconocimiento e interés de parte de los profesionales por la aparición de este nuevo documento en referencia a la actualización del trabajo social desplegado en el área de salud mental. Se observa la existencia de un conocimiento respecto a la contenido en las Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social específico en el área de salud mental, y en este sentido la profesional demuestra un hecho interesante en su percepción, el cual dice relación con una contradicción al trabajo social en salud mental igualado al trabajo social clínico de parte de los autores, en referencia a que se generaliza como un trabajo transversal a todos los profesionales del área de salud mental, pero que sin embargo, ella no dice utilizar en su ejercicio profesional. Si es importante que enfatiza en el reconocimiento de labores terapéuticas en el área, pero no las visualiza y no las acepta como un trabajo reducido al espacio físico terapéutico de box.

A modo de contrastar y dar entendimiento a la percepción de la profesional, es importante mostrar la siguiente definición contenida en esta normativa respecto al trabajo terapéutico.

> Su finalidad es pesquisar y reconocer problemas de patología mental, así como también realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares. Por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social emplea estrategias y formas de

> intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas. En conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal. (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, El Trabajo Social en Salud Mental: Un trabajo social clínico, 2013, pág. 9)

Esta definición brindada por los autores y a la vez contenida en el nuevo documento de Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud del presente año, otorga en primer lugar una igualación del trabajo social en salud mental al trabajo social clínico, hecho el cual se visualiza en la práctica ser diferente, además reduce la definición dirigida a la netamente terapéutico, lo que también se evidencia como parte del proceso de intervención, pero no en su totalidad.

- Trabajo Social Clínico

Por **Trabajo Social Clínico,** se entiende como el trabajo social que es realizado en el área de Salud Mental se diferencia de lo tradicional y contribuye en la rehabilitación de personas con problemas psiquiátricos o de drogodependencias.

> La práctica clínica en la profesión no es nueva, sus bases se encuentran en los orígenes de la profesión, y así resulta evidente en los textos de las pioneras más relevantes como Richmond, Hamilton, Perlman, Hollis, Satir, etc. La reconceptualización provocada por los cambios sociales y políticos de los años 60 y 70 del siglo pasado obligó a la profesión a prescindir de los modelos clínicos de intervención pues eran más apropiados aquellos que incidían más en el ambiente y las causas estructurales y políticas de los problemas

> sociales. No obstante, actualmente el panorama social es otro. Asistimos a problemas de suma complejidad que requiere de respuestas igual de complejas, donde se implementen modelos holísticos que permitan el abordaje de la persona en su entorno. Y para ello es necesario recuperar, o más bien, reconstruir renovada mente, el Trabajo Social Clínico. (Regalado, 2018, pág. 1)

La práctica respectiva al trabajo social clínico no es un campo emergente de nuestra profesión, toda una construcción histórica ha sido parte de la relevancia que el trabajo social clínico hoy en día toma fuerza y se posiciona al interior de las unidades de salud mental, como papel preponderante en las intervenciones hacia los/las usuarios atendidos en el área de salud mental, considerando el contexto social y todos los elementos externos que inciden en el bienestar social de ellos/as y sus familias.

El trabajo social clínico ha demostrado su fuerza y el gran debate que ha relevado entre los/as mismos/as profesionales trabajadores/as sociales y profesionales quienes integran el equipo en salud mental, lo cual abre nuevas posibilidades de despliegue de las intervenciones y del reconocimiento y relevancia de la profesión.

A partir de lo mencionado por los/as profesionales entrevistados/as, en tres de ellos se evidencia un importante elemento respecto a la diferencia entre el trabajo social en salud mental y el trabajo social clínico, entendiendo a este último como parte del trabajo social en el área de salud mental, no como un tipo de trabajo social único que iguale o desplace el trabajo social en salud mental como un área de trabajo específica que se diferencie de las demás. En este sentido, se observa el reconocimiento del trabajo social en salud mental contenido de una parte e intervención clínica y a su vez es importante destacar que una de las profesionales realza la importancia en esto, mostrando su desacuerdo respecto a otros/as profesionales que doten al trabajo social clínico como unívoco en el área de salud mental. A continuación, se demuestra lo mencionado anteriormente, a partir de los relatos más significativos.

*"Hay que hacer una diferencia entre lo que es el trabajo social en salud mental y lo que es el trabajo social clínico, que son dos cosas muy distintas. El trabajo social en salud mental tiene que ver con todo lo que hemos conversado ahora, con el nivel de caso, con el nivel de grupo, con el nivel de comunidad. El trabajo social clínico nace al alero del trabajo social de caso y tiene que ver con el trabajo en el uno a uno en el box. (...) pero no es aplicable en una unidad de salud mental, no es aplicable en atención primaria. Los*

*colegas en atención primaria no van a hacer psicoterapia, hacen consejería que es súper distinto, eso es consejería, pero no es trabajo social clínico como está definido. (...) Yo, la verdad que creo que para ejercer un trabajo social clínico es necesaria la especialización y la supervisión clínica, como tal, con hartas horas de supervisión, con bastante formación, pero que no lo vas a encontrar en unidades de salud mental, porque no está considerado dentro de las funciones que tiene que debe realizar un trabajador social."*
Profesional N°3

Realizando un contraste entre lo mencionando por ambos profesionales, se hace un encuadre respecto a la diferenciación que ambos consideran en torno al trabajo social en salud mental y al trabajo social clínico, como áreas de la profesión que se componen de elementos en común pero que en su proceso de intervención se distinguen. En esta diferenciación la profesional hace énfasis en los niveles de intervención en trabajo social, es decir, en caso, grupo y comunidad, como niveles que se delimitan a ejercerse en el trabajo social en salud mental y en el trabajo social clínico, siendo este último preponderante y limitado en el trabajo social de caso.

En tanto, al realizar la comparación de lo relatado por la profesional y por lo contenido en la teoría, vale mencionar la caracterización del trabajo social clínico contenida en El Trabajo Social en Salud Mental: Un Trabajo Social Clínico, en donde los autores establecen que:

> para nosotros Trabajo Social Clínico se caracteriza operacionalmente por los siguientes tres rasgos: Por la naturaleza de la institución y por los problemas que necesitan una orientación clínica: Dependiendo del ámbito en donde está inserto el(la) trabajador(a) social y de los problemas que debe enfrentar se definirá su práctica clínica. Esta puede ser en contextos clínicos tradicionales (servicios de salud mental) o en contextos clínicos emergentes (escuelas, programas de violencia intrafamiliar, instituciones de menores, etc.). Por lo general, requieren de una perspectiva clínica todas las instituciones en donde exista una apertura al tratamiento a nivel individual, familiar o grupal y que estén orientadas hacia un proceso de cambio en la subjetivo. (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013, págs. 8-9)

Respecto a primera categorización que los autores realizan, se evidencia que lo clínico puede adecuarse a los espacios institucionales que requieren de orientaciones clínicas, haciendo notar que no es un trabajo clínico

transversal unívoco en todas las áreas y unidades de salud mental en las cuales se lleve a cabo un proceso interventor. Es decir, lo clínico desde la profesión puede adaptarse y moldearse de igual forma en los contextos hospitalarios tradicionales, como lo son las unidades del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, en los cuales se encuentran insertos los profesionales, adecuándose a las necesidades y requerimientos de los/las usuarios/as y sus familias. Por otra parte, es de suma importancia relevar el aspecto en que los autores afirman que los niveles de intervención en trabajo social son aplicables para la intervención de un trabajo social, mencionando los aspectos individuales, familiares, y grupales. Por tanto, lo anterior choca con lo mencionado por la profesional, debido a que en su percepción sólo visualiza el trabajo clínico terapéutico como individual, en un trabajo de caso vinculado al espacio de box. En este sentido, comparándolo con lo proveniente de la teoría se evidencia una discordancia entre la percepción de la intervención que puede desarrollarse desde el trabajo social clínico, ya que no necesariamente se vincula a una terapia clínica que se desligue de los factores sociales y del contexto de los usuarios.

Siguiendo con la categorización propuesta por los autores, se encuentran las siguientes:

> Por las problemáticas de las personas: Cuando los problemas están vinculados a la atención e intervención directa sobre temáticas emocionales, relacionales, de desorganización familiar, disfuncionalidad social y patologías mentales. Por el tipo de consulta, atención y/o intervención: Cuando la demanda de las personas y/o de las instituciones están orientadas a solicitar apoyo o cambio a nivel subjetivo. Esto puede ser desde una demanda de orientación y/o de reparación de vínculos a nivel individual, familiar o social. Como también puede estar expresada en una necesidad de comprender aspectos personales que se ven afectados por los problemas que vivencian las personas. (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013, pág. 9)

A partir de este contraste teórico, se evidencia que las problemáticas de las personas atendidas en las unidades de salud mental del servicio de salud, y en el respectivo caso a la presente unidad de salud mental, si se atienden temáticas atingentes a disfunciones sociales, familiares, patologías mentales,

entre otras, por lo que los motivos de consulta y atención se ligan a orientaciones e intervenciones que demuestran todo lo mencionado por los autores. Por ende, se entiende que el trabajo social clínico si puede ser utilizado en todos los niveles de intervención, no tan solo el nivel de caso o individual, y por tanto en base a las categorizaciones descritas con anterioridad puede ser utilizado en las unidades de salud mental tradicionales, hecho el cual no excluye al trabajo social en salud mental, ni se vuelve netamente clínico en el proceso de intervención.

Llevándolo al tema operacional, es necesario enfatizar en la diferencia entre psicoterapia y consejería, como lo mencionó la entrevistada. La profesional N°3 realiza una distinción entre lo que es consejería y trabajo social clínico, aludiendo que existe una confusión con respecto a estos conceptos, ya que, se están igualando cuando en realidad son conceptos muy diferentes. Podemos entender la consejería como:

> el proceso a través del cual se ayuda a una persona o familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual al de su familia o a la modificación de conductas, comportamientos que implican un riesgo o un daño individual o familiar. (Flores, Consejería, 2012)

Se entiende de esta manera que, la consejería es sólo un apoyo importante a un individuo o familia, el cual no toma en cuenta condiciones de salud mental, es decir, no se podría igualar con terapia. Por otro lado, Garcés C. (2011) citado en Antipan Pilquinao & Reyes Barría (2013). nos dice que:

> desde los hospitales de salud mental hasta el desarrollo de centros de servicios para la comunidad, los trabajadores sociales dan consejería/psicoterapia a individuos y a familias, hacen esfuerzos para prevenir enfermedades mentales y alivian sus efectos, desarrollan programas, abogan por la creación de programas públicos y fondos para asegurar que las enfermedades mentales sean tratadas a la par con las enfermedades fisiológicas. (Pág. 5)

Entonces, Garcés en la cita anterior iguala la consejería a la psicoterapia, contradiciéndose a lo que la profesional N°3 señala.

A nuestro parecer, existe una diferencia entre lo que es consejería y psicoterapia como tal, entendiendo la psicoterapia como una práctica mucho

más clínica que requiere conocimientos sobre salud mental específicos y que una mala práctica de ésta puede causar un gran daño en la persona atendida, es por esto, que consideramos que la psicoterapia requiere en el trabajo social de una especialización que permita conocer a cabalidad todo lo necesario para poder contribuir en el bienestar de los/as usuarios/as, teniendo en cuenta que con la psicoterapia se genera un vínculo más profundo entre profesional y persona atendida.

*"Pensando que el trabajo social clínico es ejecutado por un especialista, que ha sido formado en clínica, en psicoterapia, em … yo creo que lo que a mí me hace mucho sentido tiene que ver con colocar o trabajar orientado a objetivos de transformación, individual, social, familiar como uno quiera llamarle, grupal incluso, em … y que eso sea lo clínico ¿Ya?, por ejemplo, psicoeducación para mí no es un trabajo clínico, psicoeducación familiar, individual o de grupo ¿Ya?, hay modelos muy interesantes psicoeducativos que se usan en salud mental, son fantásticos, incluso yo los he utilizado, pero eso no es clínico. Lo clínico, tiene que ver con formas de hacer terapia y simplemente psicoterapia dentro de un formato que implica la búsqueda intencionada de transformaciones personales ¿Ya?, en donde los otros, el grupo, la familia, familiares aparecen como recurso de transformación. Y em… a mano de un especialista que trabaje epistemología, teoría y herramientas clínicas, debidamente formadas, supervisadas y aplicadas. Estoy de acuerdo con esa intervención, y es una intervención para mi propia, históricamente ha sido propia del trabajo social y lo bueno es que ahora existe una relevancia y se está formando y civilizando y, además legislando."*

Profesional N°1

El profesional N°1 declara que el trabajo social clínico, debe ser ejecutado por un especialista y que, por lo tanto, ha recibido cierta formación, incorporando metodologías, técnicas y herramientas clínicas. Además, señala que estas intervenciones clínicas deben estar bajo el marco de objetivos de transformación, es decir, que incorporen tanto la visión individual, social y familiar. Cuando habla de que lo clínico implica la búsqueda intencionada de las transformaciones personales, en donde los individuos y sus familias son recursos que sirven para aquellas transformaciones, en donde se utiliza una mirada holística a la situación problemática de la persona. Esto último se puede comparar con lo que plantea (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013) en donde expresaban que:

> en el trabajo social clínico y por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social emplea estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención,

> diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas. En conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal. (Pág. 9)

Por lo tanto, parte de lo que plantea el profesional N°1, es que siendo el trabajador/a social un profesional especializado en lo clínico y cuyo fundamento metodológico dota a estas intervenciones terapéuticas las cuales potencian las capacidades de las personas atendidas, aportando en el mejoramiento de su calidad de vida. Además, menciona que esta intervención psicoterapéutica es de formación histórica al Trabajo Social y que el hecho de que hoy se está visibilizando, legislando y comunicándose hacia los otros/as profesionales, significa un gran avance en cuanto al desarrollo clínico de la profesión.

Existe una necesidad explícita de problematizar el trabajo social y principalmente la dimensión más íntima que desarrolla el/la trabajador/a social con las personas. Esto se traduce en las siguientes interrogantes:

> ¿Existe una dimensión terapéutica en la intervención? ¿Se puede definir como una dimensión psicoterapéutica? Llegado a este punto, también se hace necesaria la problematización de la psicoterapia. ¿Toda terapia es necesariamente psíquica? ¿Solo profesionales legitimados socialmente pueden ejercer una labor terapéutica? ¿Qué es un proceso terapéutico? ¿Qué es un terapeuta? ¿Quiénes pueden ser terapeutas? (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013, pág. 14)

Con el objetivo de responder a estas interrogantes, (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013) citan a Ackerman en Hamilton (1967) quien establecía que:

> la psicoterapia es una función derivada de la naturaleza dinámica del problema del paciente, y no una técnica arbitrariamente modela para que se encuadre en la enseñanza convencional de una profesión particular. La buena psicoterapia debe ser en esencia un mismo

> proceso, ya sea ejecutada por una profesión o por otra. Teóricamente, la psicoterapia también podría ser suministrada por los médicos generales, los asistentes sociales psiquiátricos, los psicólogos, además de los psiquiatras, a condición de que su actividad esté respaldada por una rigurosa preparación técnica, y de que una supervisión adecuada que asegure el mantenimiento de los estándares. (Antipan Pilquinao & Reyes Barría, 2013, pág. 15)

Por lo tanto, la psicoterapia no es algo exclusivo de una profesión en particular y por lo cual, el Trabajo Social podría desarrollarlo a través de una correcta y supervisada especialización.

*"Lo terapéutico tiene que ver, no solamente con el box, porque a veces se tiende a confundir como eso, con las prácticas clínicas como tradicionales, y yo no estoy de acuerdo con esa mirada. Hay muchas ocasiones en donde las personas estando en espacios de taller o grupo con otros, por lo menos acá se da mucho más, tienen mucho más posibilidad de tener transformaciones... que en un espacio de un box con alguna persona que considere que es experto en algo (...) nosotros trabajamos mucho la grupalidad, en ese sentido y lo terapéutico se da en este contacto con el otro que a lo mejor está pasando lo mismo que estoy pasando yo, entonces, nosotros vamos como provocando o intencionado ese tipo de transformaciones, entonces, también viendo lo terapéutico como algo colectivo, individual y/o colectivo."*

Profesional N°4

En primer lugar, es importante hacer la diferencia entre terapia y psicoterapia, la terapia se define, como "tratamiento de cualquier enfermedad o trastorno, es decir, es un vocablo sinónimo de "tratamiento" (…), la psicoterapia se refiere al tipo de terapia que se utiliza para el tratamiento de las enfermedades mentales o emocionales mediante procedimientos psíquicos o psicológicos" (Moya, 2015, pág. s.n). Por lo tanto, la psicoterapia se encontraría dentro del tratamiento o terapia que se ha de realizar. Siguiendo esto, según la profesional N°4, señala que ella ve el proceso terapéutico como un proceso de acompañamiento, de aportar en la persona atendida, una mirada distinta a su problemática o a algo que él/ella considere que se debe cambiar. Además, señala que lo terapéutico no debe ser visto solamente como algo clínico situado en un box, de profesional a paciente, sino que como algo más bien colectivo, en donde la persona atendida pueda nutrirse y complementarse con otras personas que están vivenciando problemáticas similares y en donde se vele por la participación y complementariedad entre

los sujetos, apuntando hacia una transformación social entre ellos/as, y que su función como profesional, sería intencionar aquellas transformaciones. En este sentido de la profesional, se encuentra lo que plantean los siguientes autores en donde dicen que:

> la psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de las vidas de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas. (Feixas & Miró, 1993, pág. s.n)

Ambos concluyen que la terapia o en este caso, la psicoterapia, es un proceso en donde se encuentra tanto el/la profesional como la persona atendida, pero que esta relación se caracteriza por la empatía hacia las personas atendidas y que su objetivo sería tener en consideración la particularidad de los sujetos y lo que ellos/as consideran que debieran cambiar, por lo que, se relaciona con el tema de la personalidad del sujeto y que, bajo esta, debiese estar orientado el proceso psicoterapéutico. Junto a esto, algo que la profesional y los autores relacionan, también es que el cambio que se debe efectuar en las personas atendidas, tiene que ser un cambio duradero, pero que involucre el medio de la persona, por lo cual, sería importante contar con el apoyo de otras personas que se encuentran con las mismas o similares dificultades, y finalmente, que la personalidad del profesional y su modo de acompañar este proceso y por ende, a la persona, también repercutirá en el éxito del proceso psicoterapéutico.

*"(...) y yo le decía, Luisa, tengo miedo de lo clínico (risas), y ella nos decía que en realidad lo clínico era trabajar con el dolor, eso, como con ese cuidado, de que estás trabajando con el dolor del otro, em … que lo demás ya era como que mucha gente se estaba apropiando de lo clínico como para posicionarse así como con más status en relación a otros, pero en realidad no tiene que ver con eso, se está mal utilizando como con muchas otras cosas. Tiene que ver más con esta sensibilidad y este cuidado, porque claro, estás trabajando con esa parte donde hay mucho más dolor. Entonces para mí, sí me he reconciliado con eso, pero desde esta mirada, de esta postura, que no es transformarlo en un… que solamente puede hacerlo el psicólogo. Es una mirada que puede ser desde lo trans a lo interdisciplinario."*

Profesional N°4

Con relación al fragmento anterior, cabe señalar que entonces, la importancia de la psicoterapia radica en aliviar el dolor de las personas, por lo tanto, como se menciona a Satir (2010) en Antipan Pilquinao & Reyes Barría (2013), “las técnicas psicoterapéuticas confinadas y rígidas son inadecuadas para hacer frente a las necesidades de crecimiento del ser humano, el cual cambia constantemente” (Pág. 15). Por ende, no podemos quedarnos en la rigidez, debemos entender el dinamismo del ser humano, y desde ahí, comprender que, así como que el ser humano está en constante cambio, las técnicas utilizadas también deber ir adaptándose a las características de las personas atendidas.

El entender estas características del ser humano va de la mano con la forma de entender la psicoterapia en sí, como se mencionó anteriormente, y como señala la profesional N°4, la psicoterapia puede ser realizada no solamente por psicólogos como se ha acostumbrado por años, cada disciplina puede entregar diferentes conocimientos y estilos de desarrollar la psicoterapia dependiendo de las necesidades del/la usuario/a. Así lo menciona Jonathan Regalado en su Carta de apoyo para la defensa del Trabajo Social Clínico en Chile, publicada el pasado junio de este año, y lo refleja en la siguiente frase:

> seguramente estarán las resistencias de los sectores ortodoxos y conservadores de otras disciplinas como la psicología, por considerar la práctica clínica y los métodos psicoterapéuticos como aspectos “exclusivos” de su disciplina. Nada más lejos de la realidad: la clínica es una práctica multidisciplinar, y lo clínico (su objeto) es transdisciplinar. El objeto de la clínica (lo clínico) es la dimensión simbólico-subjetiva de la experiencia humana, y ocupa disciplinariamente a profesiones como el Trabajo Social, la Sociología, el Derecho y la Enfermería, entre otras. La comprensión de la realidad y su abordaje desde una perspectiva persona en su ambiente es el sello distintivo de la clínica del Trabajo Social con respecto a otras clínicas “psi”. (Regalado, 2018, pág. 1)

A través de este mensaje, podemos unirnos al llamado a los/as trabajadores/as sociales a no temer a entrar en el área clínica y de la psicoterapia, ya que, la profesión tiene mucho que aportar en esta área. Que

los psicólogos se hayan hecho cargo de esto históricamente, no significa que otro profesional bien capacitado no pueda hacerlo.

Finalmente, como investigadoras, concluimos que es importante realizar la distinción entre un Trabajo Social Clínico y el Trabajo Social en Salud Mental, entendiendo que para nosotras el Trabajo Social Clínico es parte del Trabajo Social en Salud Mental. En concordancia a esto, creemos que no en todos los casos es necesario realizar una especialización en el área clínica si el/la profesional no realizará psicoterapia ni intervenciones de este tipo comprendiendo que la realidad de cada espacio de trabajo es diferente y posee diferentes necesidades.

- · Equipo de Salud Mental

Por **Equipo de Salud Mental**, se entiende al cómo los y las trabajadores y trabajadoras sociales se posicionan dentro del equipo y al cómo son valorados y valoradas dentro de él.

El trabajo social dentro del equipo de salud mental, se puede decir, que, con anterioridad al proceso de reforma en cuanto a la atención psiquiátrica, la experiencia que obtenía un profesional de trabajo social dependía de la solicitud de quienes formaban parte del equipo para que él/la profesional de trabajo social pudiese intervenir. Esto habla, de que, pese a que “la profesión era parte del equipo de salud mental, su poder decisorio y de intervención, dependía de profesionales pertenecientes a la Psiquiatría, Enfermería, Administradores, entre otros. Todo esto con el objetivo de subsanar alguna «deficiencia social» del paciente internado” (García Lopez, Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?, 2004, pág. 280). Por lo tanto, como plantea Raquel García, el posicionamiento del trabajo social dentro del equipo, era solo de intervención, pero por requerimientos del mandato institucional y no, por un abordaje interdisciplinar, en donde la profesión pudiese desempeñarse libremente. Posteriormente con la Reforma Psiquiátrica, el mandato institucional cambia y se crean los equipos multidisciplinares, con una verdadera atención interdisciplinar. Los equipos fueron insertados en la comunidad y debían dar respuesta a toda una serie de nuevas demandas de atención que antes quedaban fuera de la atención psiquiátrica. Como dice la misma autora,

> los profesionales se empiezan a relacionar con diferentes formas de «enfermedad» y «sufrimientos» que no aparecían en la psiquiatría tradicional. Se cambia el objetivo, la asistencia tradicional está basada en la enfermedad, el trastorno y en la curación, mientras que en la atención comunitaria se quiere poner el acento en la prevención y la promoción de la salud. (García Lopez, 2004, pág. 280)

Por lo tanto, durante principios y a mediados del siglo XX, el trabajo social fue una disciplina no lo suficientemente valorada dentro del equipo de salud mental, ya que, se creía en aquél entonces, que la profesión no era especialista bajo el modelo médico, pero sí más bien es que la profesión es especialista en salud, pero bajo un modelo comunitario y que actualmente, está repercutiendo con fuerzas bajo el modelo clínico.

*"Miren en mi equipo, existe una valoración positiva de la profesión y del rol nuestro acá. (...)Pero en mi vida, sí que he vivido discriminación, de parte principalmente, de los médicos y de algunos funcionarios administrativos. Cuando estaba trabajando en la Chile, en el campo clínico, yo tenía horas ahí, era tutora de familia y ahí, olvídate los doctores discriminaban, la visitadora uff (risas) a la antigua, hace 25 años atrás, eso. Pero creo que ha cambiado un poquito, sobre todo que, a esta altura, estoy tan convencida de que la persona precede la profesión y a los títulos. (...) Si eres una persona respetuosa, una persona segura de que, de que el otro es el que sabe de su propia vida y no tú, se establece una relación que es valiosa para los dos y tú eres validada y valorada en ese aspecto. Entonces si tú eres una persona así, nadie te va a desvalorizar."*

Profesional N°7

Tal como lo plantea la profesional N°7, al tener más años de experiencia como trabajadora social, pudo notar los cambios que se efectuaron tras la renovación de la atención psiquiátrica en ese entonces. Revela que sí sufrió de discriminación por parte de doctores, en donde simplemente la validan como una visitadora social, pero no como una profesional capacitada para trabajar en el área de la salud mental de alta complejidad. Sin embargo, plantea que ya en la actualidad y que en su equipo de trabajo si existe una valoración positiva de la profesión y que la han llevado a convertirse en coordinadora del área de salud mental en su institución hospitalaria. Además, se entiende de que no solo basta una profesión, una especialización en un área determinada para ser validada como un buen profesional, sino que también, la personalidad del/la profesional, su persona, es algo mucho más

importante a la hora de proceder una intervención, porque se entiende que la persona afectada, es dueña de su vida y que lo que se decida hacer, debe ser algo validado tanto por esa persona, como por el/la profesional, y que tener esa capacidad de respeto y de adaptación hacia la otra persona, siempre será valorado tanto por los/as colegas, como por el equipo, y como también por la persona atendida.

Otros/as de los/as profesionales entrevistados/as también seguían la lógica de la profesional N°7, estableciendo que efectivamente, siempre como profesionales, se debe poner al servicio de las necesidades de las personas atendidas y el acompañamiento que se realiza desde un inicio hasta el término de la intervención, e incluso ir más allá de este término, tanto la misma profesión, como el equipo de trabajo, si ve que un/a trabajador/a social se ve tan comprometido/a con la persona atendida, siempre existirá una valoración positiva. Otro profesional a la vez planteaba que su posición dentro del equipo la situaba desde una horizontalidad frente a sus otros/as compañeros/as de trabajo y que lo importante, es que todas sus miradas se encuentren presentes al momento de realizar una intervención y todo lo que ésta conlleva, y que la valoración de cada profesional también dependerá de la experticia de cada uno/a y mientras se desenvuelva de buena manera en ella y aporte significativamente tanto en la identificación como en la resolución del problema, siempre habrá una valoración positiva por parte del equipo como de la persona atendida.

Lo planteado hasta el momento, coincide con nuestros pensamientos previos a la investigación, ya que se tenía en conocimiento de que el trabajo del equipo y especialmente en el área de salud mental, facilita la supervisión y la consulta entre los diferentes miembros de este, y esta facilitación permite que se pueda desarrollar una mejor atención hacia las personas atendidas dentro del área. Por lo tanto, la tarea que realiza el equipo de salud mental es tanto interdisciplinar como multidisciplinar. Frente al segundo concepto, se puede establecer que:

> la multidisciplinariedad en salud mental hace referencia a una problemática que afecta a diferentes disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la política sanitaria, etc., y como tal ha de ser abordada. Necesita por tanto que los distintos profesionales reflejen los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda. (García Lopez, 2004, pág. 278)

En cambio,

> la interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. (García Lopez, 2004, pág. 278).

Por consiguiente, lo planteado por los/as profesionales, efectivamente coincide con lo planteado por la autora, en donde la problemática social debe ser abordada a través de todas las miradas de los miembros del equipo de salud mental y que sus conocimientos tanto metodológicos, teóricos y prácticos conllevan a obtener una mejor entrega de servicios a las personas atendidas.

*"Hay gente del equipo, que tenía esta mirada como más asistencialista y que tenía otras demandas o que se imaginaba otras cosas que podía venir a hacer una trabajadora social acá, entonces, esto se ha ido como negociando con el equipo.(...) Ha sido interesante el proceso, porque al principio había como mucha demanda de, no se po, me mandaban: oye esta niña quiere la mediagua, como cosas así, igual yo hacía como la gestión un poquito de red, como para decirle donde, como, con quien, que no era yo, em, pero ahora ya saben, y me ha parecido interesante eso, porque no es que yo les haya hecho una clase de lo que yo puedo hacer, aquí, pero como que ya hay un perfil y son otras las demandas."*

Profesional N°4

Esto último, puede compararse y contrastarse con lo que establece la autora Díaz Palacios (2002) citada en Garcés E. (2010), en donde dice que:

> dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad. (Pág. 342)

El proceso de cambio que ha tenido el equipo de salud mental, ha ido progresando en una mayor valoración positiva y en un mejor posicionamiento del trabajo social dentro del equipo, en donde en un principio como dice la profesional N°4, fue un posicionamiento más asistencialista el que esperaba el equipo frente a ella, pero que a medida que fue desarrollando lo que verdaderamente hacía, hubo un cambio paulatino en este posicionamiento y por consiguiente, en la valoración hacia la profesión, dejando en evidencia que lo planteado por la autora Elena Díaz Palacios, ha ido siendo aceptado y validado en los equipos de salud mental, pero que aun así, este perfil profesional no es conocido de manera global por todos los equipos de salud mental existentes hoy en día, al menos en Chile, y que por lo tanto, deja en evidencia que el trabajo social, debe continuar ganándose su espacio, su posicionamiento profesional frente al equipo, demostrando sus verdaderas capacidades y habilidades al momento de la intervención y no quedarse, con lo comúnmente conocido de la profesión, es decir, el área más asistencialista y paleadora de necesidades básicas de las personas atendidas. Sino más bien, demostrar las capacidades actuales que ha obtenido con mucho esfuerzo la profesión, velando por el acompañamiento, incorporando el factor social en los problemas de salud mental, aportando también en la prevención y promoción de la salud, como también, en la integración y reinserción social de la persona atendida.

Concluyendo la categoría n°1, se establecen las funciones que componen el perfil profesional en el área, y las cuales pueden verse materializadas en los relatos de los/as profesionales entrevistados/as dentro de nuestra investigación. Por consiguiente, se presentan ciertas fortalezas y debilidades profesionales, con respecto específicamente a la función de generadores de participación comunitaria, la cual es característica y reconocida por la profesión como una sus funciones principales, pero que, sin embargo, es una de las cuales más se debe aún trabajar. Junto con esto, los/as profesionales reconocieron dentro de sus funciones en el área, la función terapéutica y psicoterapéutica dentro de la intervención profesional, lo cual se ve materializado dentro de las Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud, documento que ha sido valorado por los/as trabajadores/as sociales de la red. Además, se pudo vislumbrar la confusión existente ente los/as profesionales con referencia a sus funciones desempeñadas bajo la dirección de un trabajo social en salud mental o un trabajo social clínico, dejando en evidencia de que no saben específicamente

cual es o cuales son las diferencias entre ambas direcciones de acción profesional.

Concluyendo la categoría n°2, se puede establecer que la percepción de los profesionales del equipo de salud mental es en su mayoría positiva. Los/as trabajadores/as sociales son percibidos/as como un aporte a la institución y a los equipos, reconociéndose como un/a profesional necesario/a en la intervención de los/as usuarios/as. Por otra parte, se vislumbra la ambigüedad y poca claridad que existe sobre el perfil de los/as trabajadores/as sociales, quedando dudas de hasta dónde pueden llegar en el ámbito de la intervención con los/as usuarios/as, se expresa la necesidad de la existencia de una delimitación entre sus funciones y la de los psicólogos, por ejemplo.

I.II Análisis Categoría N°2: Percepción de los/las profesionales del equipo multidisciplinario respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario.

I.II.I Subcategorías:

- Especialización del Trabajo Social en Salud Mental

Por **Especialización del Trabajo Social en Salud Mental**, se entiende en cómo el equipo de salud mental ve la necesidad de que el/la trabajador/a social se especialice en el área de salud mental, si es que quiere ejercer en el área.

> El trabajo del equipo y especialmente en el área de salud mental, facilita la supervisión y la consulta entre los diferentes miembros de este, esta facilitación permite que se pueda desarrollar una mejor atención hacia las personas atendidas dentro del área. La tarea que realiza el equipo de salud mental es tanto interdisciplinar como multidisciplinar. (García Lopez, Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?, 2004, pág. 277)

Como señala Raquel García, el equipo de salud mental, debe estar constituido por diversos profesionales, los cuales a través de sus diferentes

perspectivas aportarán la consolidación de una mejor atención hacia las personas atendidas.

Como se interpretó en la categoría anterior: en la subcategoría del trabajo social en el equipo de salud mental, quedó en manifiesto de que la valoración y el posicionamiento que obtiene la profesión dentro del equipo es reconocible y que posee una valoración positiva según la percepción que tienen los/as trabajadores/as sociales sobre su rol en el equipo. No obstante, es importante tener la percepción de los mismos profesionales que conforman este equipo de salud mental, sobre los/as trabajadores/as sociales insertos en él.

*"Tuvimos a una compañera que sí cumplía mis expectativas y era una persona que se sabía de memoria todos los programas de la municipalidad, (…) y mucho de clínica, no tenía idea, más bien se metía en lo superficial, pero muchas veces de manera equivocada, metía un poco la pata, porque el conocimiento que tenía como del área clínica, estoy hablando como de diagnósticos clínicos, más de salud mental, no era su área y no creo que haya tenido formación en profundidad de eso. Yo creo que, a lo mejor, no sé cómo se hacen, no tengo idea del trabajo social, pero a lo mejor se hace una especialización, me imagino yo, no todos tienen una formación general en diagnósticos psiquiátricos."*

Profesional N°3

Lo que establece profesional N°3, es que visualizaba a la profesión del trabajo social, como algo netamente asistencialista y tradicional, pero no como una profesión que supiera sobre el área clínico, y menos que pudiese ejercer en esta área. Añade, además, que, debido a la experiencia que tuvo con una trabajadora social, su percepción coincidía con lo que ella hacía, ya que, la profesional se manejaba más en el área tradicional y que cuando intentaba dar a conocer su opinión en temas clínicos, solía dar diagnósticos erróneos o que no eran los apropiados a lo clínico. Junto a esto, la profesional declara que no tiene conocimiento de si en la profesión de trabajo social existe una preparación en cuanto a lo clínico, y que esta formación, puede dar respuesta a lo que veía que faltaba en la trabajadora social.

La profesional entrevistada, concluye que efectivamente el trabajo social y sus profesionales, requieren de una especialización específica en el área de salud mental, ya que si no pasaría lo mismo que ocurrió en las experiencias previas que tuvo respecto a la profesión.

*"Yo tuve la experiencia, trabajando en mi trabajo anterior, que la trabajadora social venía de Canadá, y allá había la modalidad, de trabajadora social clínica, en donde manejaban patologías, manejaban fármacos, y era súper interesante, porque hacía talleres como bien potentes y esa figura no está en Chile, no está el tema del trabajador social clínico, debería existir como un postgrado, algo, para poder sacarla como al área clínica."*

Profesional N°2

Siguiendo lo planteado por la profesional anterior, la profesional N°2, establece que efectivamente, debiera existir una especialización para los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental. La profesional N°2, rescata su experiencia con una trabajadora social formada en el extranjero, en donde existía la especialización de trabajo social clínico, quienes manejaban todos los ámbitos clínicos y que le gustaría que efectivamente eso se pudiese replicar en Chile, de forma de que la atención hacia las personas atendidas sea de la mejor calidad posible.

Sin embargo, una atención de calidad en salud mental no solo implica la especialización del trabajo social dentro del área, sino que también, que todo el equipo tenga una formación y preparación necesaria para sobrellevar e intervenir problemáticas de orígenes mentales y sociales.

*"Yo creo que cualquier profesional que trabaje en el área de salud mental, debe formarse en salud mental, ahora, si los trabajadores sociales, en este rollo de que está cambiando la ley, que se está incorporando y están también incorporando una posición más clínica en el trabajo, si van a adoptar esa posición, yo creo que les falta definición, así como definirse… yo creo que un trabajador social, puede no tener idea de lo clínico y está bien, pero que no trabaje en un área clínica, esta es un área clínica o que se dedique a trabajar tras bambalinas, con papeleo, gestión, haciendo redes, pero no en trato directo, porque acá el trato directo uno a veces piensa que no sé …que uno está trabajando, que uno trabaja, vive la vida, pero uno no se da cuenta del impacto que causa de vulnerabilidad sobre la vida de las personas."*

Profesional N°3

Todo el equipo de salud mental debe estar formado y preparado, y el hecho de que algunas profesiones más que otras se encuentran ya formadas y preparadas desde el pregrado, no disminuye la importancia de que exista una formación continua en cada uno de los/as profesionales. La profesional N°3, declara que cualquier profesional que trabaje en el área de salud mental, debe formarse, no solamente los/as trabajadores/as sociales, pero que en la actualidad por la incorporación del Trabajo Social en el Código Sanitario y por

la publicación de las Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud (2018), se hace necesario que la profesión se defina en el campo de salud mental, es decir, cuáles son sus funciones respectivas y que un/a profesional del trabajo social que decide trabajar en el área de salud mental, por consiguiente, debe trabajar en su formación.

Sin embargo, se puede ver que la profesional no reconoce lo que el trabajo social efectivamente sabe hacer, más que otras profesiones incluso, y tiene que ver con el trato directo hacia las personas atendidas. El hecho de que sitúe y posicione a la profesión, en un trabajo "tras bambalinas", se puede entender y percibir como una desvalorización y desconocimiento de la profesión por parte de ella, ya que, como bien se sabe, al menos, en nuestro medio profesional, el trabajo social, es una de las profesiones más empáticas y que más sabe tratar con personas, sea cual sea, su situación en particular y que como se señala, dentro del Código de Ética para Trabajadores Sociales de Chile del 2014, en cuanto al artículo 3°, 4° y 5°, es deber del trabajo social:

> defender y promover los derechos humanos individuales y colectivos; Respetar a la persona y su dignidad cualquiera sea su condición, raza, etnia, religión y opción política promoviendo la universalidad de acceso a los bienes y servicios que produce la sociedad; Promover la dignidad y valor de las personas; y Respetar el derecho a la autonomía y la autodeterminación de las personas y las comunidades. (Colegio de Trabajadores Sociales de Chile, 2014, pág. s.n)

Por lo tanto, que la profesional mencione que el trabajo social no tenga en consideración el impacto que su intervención pueda tener en la vida de la persona, es algo que no se encuentra en los principios éticos de la profesión, y que, por consiguiente, su percepción sobre la profesión en este último ámbito es erróneo, aunque es respetada.

Sin embargo, se entiende que la profesional N°3, hable del trato directo con personas, como algo más de atención clínica específica y que por este motivo, exista la necesidad de que todos/as los/as profesionales se especialicen, adquiriendo las técnicas y herramientas necesarias para que este trato directo sea lo más ventajoso posible para las personas atendidas y que no teniéndolas, sería algo dañino para estas personas, porque no solo bastan las intervenciones más frecuentes, sino que es necesario que estas intervenciones sean lo más específicas posibles acorde a las problemáticas de

las personas, de manera de poder efectivamente, realizar un cambio en la calidad de vida de las personas.

A modo de conclusión, como investigadoras, también coincidimos con los/as profesionales entrevistados/as en cuanto a que el trabajo social debe adquirir especialización para poder hacer uso adecuadamente de todas sus capacidades tanto personales como profesionales, pero que, existe un desconocimiento del equipo sobre lo que verdaderamente el trabajo social puede llegar a hacer con una correcta especialización, ya que, algunos/as seguían teniendo una visión de la profesión como algo más bien asistencialista y tradicional, y no como una profesión capaz de aportar técnicas, herramientas y metodologías a través de sus conocimientos clínicos y sociales en las intervenciones desarrolladas por el equipo.

Parte de esto, sigue a la vez también siendo responsabilidad del mismo trabajo social, y de quienes trabajan en el área de salud mental, en donde existe una sistematización de experiencias aún muy baja y que ha tenido como consecuencia, la retardación del perfil profesional dentro del área de salud mental, en donde sean los/as mismos/as profesionales quienes compartan sus metodologías de intervención y que sirvan como un fundamento teórico-práctico dentro del área para el trabajo social.

- Interdisciplinariedad

Por **Interdisciplinariedad,** se entiende por cómo el equipo de trabajo comprende el trabajo en equipo y qué importancia le concede a que cada profesional aporte sus conocimientos desde su área.

La interdisciplinariedad demuestra la relación que existe entre varias disciplinas, de este modo, la interdisciplinariedad es el trabajo que se realizada a través de la cooperación de varias disciplinas. Hace un tiempo, y considerando el modelo comunitario, los servicios de salud han comenzado a utilizar este método de trabajo para poder intervenir de una manera integral, considerando distintas miradas.

*"El trabajo tiene que ser psicosocial, completamente y el trabajo es psicosocial y con una mirada interdisciplinaria, porque en verdad tenemos eh, más allá que trabajar con el mismo paciente, los objetivos son los mismos, o sea, estamos trabajando exactamente en la misma dirección. Los equipos multidisciplinarios son muchas profesiones, pero miradas desde distintas fronteras o distintas trincheras, acá en realidad no, la mirada es interdisciplinaria y estamos pensando en una visión absolutamente comunitaria."*

*Profesional N°1*

Continuando con lo anterior,

> la interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. (García Lopez, 2004, pág. 278)

A través de esto, podemos comprobar la importancia de que cada profesional, desde su experticia coopere con la intervención desde su mirada, utilizando los conocimientos que integró en su educación de pregrado y/o postgrado, y a través de la experiencia.

Es por lo anterior, que, existe la necesidad de contar con profesionales con capacidades singulares, que sean capaces de identificar variables ambientales, familiares e individuales, para evitar que se genere un reduccionismo de la persona, o cometer el error de no percatarse ni tener en cuenta elementos que pueden influir o condicionar la situación a tratar.

*"También el enfoque con el que trabaja cada uno es importante, tú puedes tener un enfoque de trabajo y tu otro y a veces no van a coincidir, y como tú ves a la persona también a la que estás atendiendo, em, en el otro centro era como que los locos van a hacer su trabajo y chao. A veces se puede contratar a una persona que puede tener muchos años de experiencia, pero si no tiene incorporado el enfoque con el que se trabaja no va a funcionar, no se puede."*

*Profesional N°4*

De esta forma, se destaca Matellanes M. (1999) citado en Muñoz (s.f). la "necesidad de contar con equipos interdisciplinares que de modo conjunto pongan en marcha las soluciones (trabajadores sociales, médicos, educadores, psicólogos, abogados, entre otros)" (Pág.2). Además, es

importante, que todos/as los/as se encuentren en la misma sintonía a la hora de intervenir, es decir, buscar el mismo objetivo. Esto implica que, como equipo de trabajo, analicen los diferentes casos y realicen un diagnóstico y un plan de intervención, donde cada uno aporte desde sus conocimientos. Así mismo, lo interpretan los profesionales entrevistados que son parte de esta investigación.

Como investigadoras, consideramos que de todas formas es necesario un trabajo interdisciplinario en la intervención de usuarios/as en salud mental, sobre todo incluir diferentes aristas, considerando que la nuestra es importante, ya que tiene un toque distintivo, el cual es, integrar la mirada comunitaria, considerando todos los factores externos que se encuentran en el entorno de la persona atendida y que influyen positiva o negativamente en su situación y salud mental.

- Intervención Social

Por **Intervención Social,** se entiende como los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario visualizan la intervención social realizada por los/las trabajadores/as sociales, como elemento diferenciador de otras intervenciones efectuadas desde otras profesiones.

> El Trabajo Social dentro del equipo de salud mental, se puede decir, que, con anterioridad al proceso de reforma en cuanto a la atención psiquiátrica, la experiencia que obtenía un profesional de Trabajo Social dependía de la solicitud de quienes formaban parte del equipo para que él/la profesional de Trabajo Social pudiese intervenir. Esto habla, de que, pese a que la profesión era parte del equipo de salud mental, su poder decisorio y de intervención, dependía de profesionales pertenecientes a la Psiquiatría, Enfermería, Administradores, entre otros. Todo esto con el objetivo de subsanar alguna «deficiencia social» del paciente internado. (García Lopez, Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?, 2004, pág. 280)

No es actual la incorporación de los/las trabajadores/as sociales en el área de salud mental, se observa como anteriormente la integración de éstos se encontraba validada por otros profesionales del área clínica en cuanto a la posibilidad de participación al interior del equipo, es decir, se relacionaba con

la visualización de esta profesión y su intervención como un elemento necesario y/o condicionante en el proceso de recuperación del paciente.

Por ende, es importante dar a conocer la percepción que actualmente poseen integrantes del equipo multidisciplinario en el área de salud mental, respecto a la relevancia específica de la intervención social que estos ejercen hacia los/as usuarios/as partícipes del proceso.

> *El tema de cómo se vinculan los trabajadores sociales, también eso es importante, porque nosotros hemos tenido como comentarios de los usuarios, como que tienden a ser como más cercanos, y eso también genera como un vínculo distinto, entonces como que de repente, claro, no van a un box a conversar las cosas, pero la encuentran en el pasillo, como que la buscan y le cuenta, como una figura cercana*(...)*Ella hacía todo lo que era con la conexión en red, lo manejaba súper bien, tenía como súper buen vínculo con varias instituciones. De hecho, abarcaba más de lo que debería abarcar, no era solamente como el tema de los usuarios, también a la familia, si se podía hacer un curso de capacitación para las mamás, entonces como en ese sentido era súper buena. Aparte como de agilizar otros trámites po, todo lo que era del registro social de hogares, el tema de la vivienda gestionaba todo como súper rápido."*
>
> Profesional N°2

A través del fragmento anterior, se visualiza como la profesional reconoce la diferencia respecto al vínculo que poseen los/as trabajadores/as sociales, debido a las mismas percepciones que realizan los/as usuarios/as, enfatizando en la cercanía que otorgan a la población usuaria atendida en la unidad de salud mental, lo cual incide positivamente en los procesos recuperativos de los mismos. Además del vínculo entre profesional de trabajo social y los/as usuarios/as, se deja en evidencia como la profesional realiza hincapié en el vínculo institucional que realizan los/las trabajadores/as sociales en la intervención. Lo anterior, se relaciona directamente con las aptitudes y competencias profesionales ligadas a la gestión de diferentes áreas que propicien la vinculación con el medio y factores externos de los/las usuarios/as los cuales incrementen su bienestar social.

En este sentido, se observa como la profesional realiza el énfasis central respecto a la vinculación de redes y por tanto gestión que la profesión de trabajo social aporta en la intervención del usuario/a. Como muestra de esto, se puede distinguir lo siguiente:

> al trabajador social o trabajadora social le corresponde evaluar la red social del paciente y eliminar los obstáculos que limitan el transcurrir institucional del mismo. El Acompañante puede aportar información

> acerca de la red social personal de paciente y motivarlo a resolver aquellas cuestiones administrativas que limiten su recorrido institucional. (Dabas, 2000)

A partir de lo mencionado por el autor, se da el elemento coincidente en torno a la percepción de la profesional parte del equipo, en cuanto a la dedicación del/la trabajador/a social otorga respecto a la red que vincula al usuario/a, ejerciendo funciones tales como las mencionadas por la profesional, dando importancia a dar solución y/o mejoramiento a las condiciones externas, a modo de ser un aporte en el proceso de recuperación asociada a la salud mental de la persona y su familia involucrada. Siguiendo en esta misma línea, y haciendo la relación con lo mencionado por el autor, se evidencia la solución con los profesionales dan de forma eficiente y eficaz a cuestiones administrativas que pueden ser colaboradas desde la red institucional en la cual se inserta el/la usuario/a, hecho el cual la profesional perteneciente al equipo multidisciplinario ejemplifica e identifica con claridad, respecto a lo que ella visualiza de la trabajadora social que forma parte de su equipo de intervención.

*"Pero el ejercicio era más con el trato directo, más bien terapéutico, más que como de, de gestión, que también lo hace, eso del tribunal, que vaya ella, se haga cargo y yo como desligarme un poco, porque yo me considero como del área clínica, entonces eso como que es una pega, que yo siento, que, si bien me corresponde como funcionaria pública, es del trabajador social, pero a lo mejor estoy, pero es como lo que yo siento, percibo. Entonces ella se ha hecho cargo de eso. (...) Creo que acá en el CTA particularmente, tiene como esas dos funciones, así como, más ligada al área terapéutica y a la gestión de cuestiones ligadas a temas sociales, como tribunal de familia."*

Profesional N°3

A diferencia de la profesional anterior, se visualiza como en este caso se visualiza un ejercicio expreso del trato directo vinculado a un rol terapéutico de parte de la trabajadora social perteneciente al equipo multidisciplinario. En este mismo sentido, surge un elemento muy interesante respecto a que la profesional reconoce y por tanto diferencia funciones que debiese ejercer el profesional de trabajo social, como aquellas del contexto social que requieren acompañamiento a tribunales de parte de los/as usuarios/as. Lo anterior deja en evidencia que la profesional se describe sólo como del área clínica, a diferencia de la trabajadora social a quien visualiza y reconoce como una

profesional del área clínica, pero a su vez del área social, por lo cual se infiere la importancia que se despliega hacia la profesión.

Debido a lo anterior lo expresado por la profesional puede ser comparado con la definición que se menciona.

> Cada vez con más frecuencia, se recurre a nosotros para delegarnos funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria y estas intervenciones terapéuticas van a venir determinadas por las características personales y profesionales, y de la formación, experiencia y competencia del trabajador social. (Guimon, 2002, pág. s.n).

Se observa lo coincidente de la visualización de la profesional parte del equipo del área de salud mental y de lo mencionado por el autor trabajador social, en cuanto a la delegación de funciones denominadas como terapéuticas, las cuales a la vez se complementan con las condiciones sociales propias del ejercicio profesional. Por tanto, se vislumbra el claro reconocimiento de parte de otro profesional partícipe del equipo con relación a que dentro del equipo se evidencian funciones clínicas y sociales del/la trabajador/a social y por lo mismo se desligan y se reconocen las diferencias que ejecuta cada profesional en el proceso de intervención con los/las usuarios/as.

*"Habitualmente uno espera una mirada más comunitaria, centrada en las personas, centrada en las comunidades, eh, se encarga de gestionar, no solamente bonificación de productos que son garantía del Estado, sino que generar vínculos con la comunidad, es fundamental el rol de insertarse completamente en la dinámica familiar. (...) todo lo que significa hacer gestiones con el Tribunal de Familia, garantías…"*

Profesional N°1

En relación con lo planteado por el profesional surge en factor de suma importancia en cuanto al reconocimiento de la profesión al interior del equipo como un agente que realice la vinculación con la comunidad, además de procesos de gestión vinculados a éstos. Es decir, dejar atrás la visión cerrada respecto a los trabajadores/as sociales como articuladores de entrega de beneficios sociales ligados mayormente a lo asistencial, sino que, por el contrario, se contiene la expectativa de la conexión con los contextos territoriales y comunitarios de la población usuaria atendida, visualizando a

trabajadores/as sociales como los principales en realizar la incorporación del factor comunitario en el proceso de intervención.

Al realizar un contraste teórico, es importante lo siguiente. “En concreto, los trabajadores sociales, por su parte, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias” (Guimon, 2002, pág. s.n). Por tanto, se observa el reconocimiento de la preparación y de la importancia de la presencia de los profesionales de trabajo social para ser los intermediarios claves en la vinculación comunitaria y por tanto en la inserción del enfoque comunitario presente en el vigente Plan Nacional de Salud Mental el cual rige a todas las unidades y dispositivos de la mencionada área, hecho el cual se demuestra a continuación.

> El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. (Minoletti & Zaccaria, 2010, pág. s.n)

Por ende, se considera que el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria, en lo que se concluye que corresponde al lugar en donde el trabajo social se encuentra inmerso y demuestra lo imprescindible para hacer efectiva la integración del enfoque comunitario y por ende la vinculación de este factor como elemento distintivo de la profesión en su intervención social.

En conclusión, la percepción de los/as profesionales del equipo de salud mental es en su mayoría positiva, los/as trabajadores/as sociales son percibidos/as como un aporte a la institución y a los equipos, reconociéndose como un/a profesional necesario/a en la intervención de los/as usuarios/as. Por otra parte, se vislumbra la ambigüedad y poca claridad que existe sobre el perfil de los/as trabajadores/as sociales, quedando dudas de hasta dónde pueden llegar en el ámbito de la intervención con los/as usuarios/as, se expresa la necesidad de la existencia de una delimitación entre sus funciones y la de los psicólogos, por ejemplo.

I.III Análisis Categoría N°3: Percepción de los/las usuarias respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario.

I.III.I Subcategorías:

- Evaluación del Trabajo

Por **evaluación del trabajo,** se entiende por cómo los/as usuarios/as consideran que es la intervención realizada por los trabajadores desde la experiencia personal (positiva o negativa) en salud mental.

Es importante conocer la percepción que tienen los/as usuarios sobre el trabajo realizado por los/as trabajadores/as sociales, porque finalmente toda acción que realizan los/as profesionales tiene por objetivo contribuir al completo bienestar de las personas atendidas.

*"Em… es importante, por eso lo colocan al trabajador social, porque lo va guiando, me va preguntando como me va, cuáles son los problemas que tengo y los soluciona de inmediato, es importante para mí. O sea, ahora mismo, o sea todas, todas las citas el me pregunta cómo voy y cuáles son los problemas que tengo, y entonces él los soluciona."*

*Usuario N°4*

Según Erikson citado en Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud (2018) "el ser humano se ve enfrentado a un sinnúmero de problemas desde que nace, a los cuales debe dar solución para la mantención de su equilibrio" (pág.22). Las crisis bajo este modelo son oportunidades y aprendizajes que aumentan las competencias de la persona. Este momento resulta importante para el accionar del/la trabajador/a social quien proporciona la ayuda a la. Con relación a este postulado de Erikson, frente a situaciones susceptibles de ser intervenidas, el/la trabajador/a social es el/la encargado/a de promover el cambio social y la resolución de problemas que impiden el acceso igualitario a oportunidades para incrementar el bienestar, la calidad de vida y como resultado, mejorar el acceso a la salud, actuando a nivel individual, familiar, grupal, comunitario y social. De esta forma, el/la trabajador/a social es el/la profesional que entrega las herramientas a los/as usuarios/as para que sean

capaces de solucionar sus propios problemas y sean protagonistas de sus decisiones y de sus vidas.

> *Em … es seguido … (lee las fechas). Es como cada dos semanas. Él es muy importante, porque él me soluciona todos los problemas, el los soluciona de inmediato, es muy importante que él esté incluido en el equipo, y bueno por eso está, por eso esta, en los cuatro meses que llevo es importante, él es muy proactivo, cualquier problema él va y se para y habla con las enfermeras y soluciona altiro los problemas, es importante para mí (...)No, eh, es que el trabajador social es extraordinario para mí, yo se lo he dicho, lo mismo el Dr., hay poca gente, hay gente diferente y son pocas, y a las pocas hay que decirles, que no cambien nunca, porque todos no son iguales, todos no son iguales."*
>
> Usuario N°4

Siguiendo con lo anterior y con la función del/a trabajador/a social de agenciamiento y empoderamiento de las personas atendidas, una participación efectiva de los/as usuarios requiere de un "cambio cultural en la forma que el equipo de salud mental se relaciona con sus usuarios, de modo que éstos puedan acceder a un mayor nivel de poder en el control de sus vidas y del dispositivo de atención" (Ministerio de Salud de Chile, 2017, pág. 34). Desde esta definición podemos contrastar, la idea que tienen los/as usuarios/as de que el/la trabajador/a social debe solucionar sus problemas, de una forma más asistencialista. De este modo, no hay que confundir la proactividad del/a profesional con el asistencialismo, y a su vez, el/la profesional tiene que tener los límites claros sobre en qué momento recurrir al asistencialismo (el cual es necesario en muchas ocasiones para solucionar problemas de carácter urgente), y en qué momentos apoyar y acompañar a el/la usuario/a a solucionar sus propios conflictos y ser protagonista del cambio.

> *"Yo creo que el trabajador social tiene más empatía con la persona que tiene al frente, que el psicólogo, porque tú le cuentas las cosas al psicólogo, y el psicólogo obviamente no se va a llevar todos sus problemas a la casa, sino, que ya, tu, sales de la consulta y él se olvidó, te ayudo claro dentro de lo que él estudió, pero se olvidó. El trabajador social yo creo que va más allá, tiene como más empatía, entonces no veo como tantos aspectos positivos del tema psicológico y psiquiátrico, la verdad, no he tenido buena experiencia, entonces ese es mi punto de vista."*
>
> Usuario N°1

El trabajo social dentro del equipo de salud mental, se puede decir, que, con anterioridad al proceso de reforma en cuanto a la atención psiquiátrica, la

experiencia que obtenía un/a profesional de trabajo social “dependía de la solicitud de quienes formaban parte del equipo para que él/la profesional de trabajo social pudiese intervenir. Esto habla, de que, pese a que la profesión era parte del equipo de salud mental, su poder decisorio y de intervención, dependía de profesionales pertenecientes a la psiquiatría, enfermería, administradores, entre otros. Todo esto con el objetivo de subsanar alguna «deficiencia social» del paciente internado” (García Lopez, 2004, pág. 280). Por lo tanto, como se plantea en el artículo de García, el trabajo social, sólo intervenía por requerimientos del mandato institucional y no, por un abordaje interdisciplinar. Tomando esto en consideración, es importantísimo recalcar que el/la trabajador/a social posee características distintivas que lo hacen útil dentro de un equipo inter o multidisciplinario, y así mismo lo reconocen las personas atendidas, identificando a dichos/as profesionales como profesionales más empáticos/as y más cercanos a la hora de la intervención.

*“Ahora he aprovechado harto a la trabajadora social, estoy pasando por una situación, bueno, ya es una situación repetitiva, por segunda vez estoy teniendo problemas con el padre de mi hija, el cual tiene la custodia de ella (...) y pucha la trabajadora social ha sido excelente, por llevarme a los puntos, lo que se va a hacer, lo que no, como proyectarlo, como hacer el escrito, no, súper, súper bien, la voluntad de ella como profesional, es sumamente empática y eso da gusto porque voy a ser súper sincera, a mí las asistentes sociales no me caen bien, he tenido malas experiencias y ahora es la primera vez que tengo muy buena experiencia con una asistente social y quiero quedarme con eso.”*

Usuario N°2

El/la usuario/a N°2, señala el apoyo y el acompañamiento de la profesional en la solución de sus conflictos personales y como otros/as usuarios/as más destaca la empatía y la cercanía que tiene la profesional, aludiendo a los principios éticos de la profesión.

> La ética de la responsabilidad incluye nuestra capacidad de empatía, de sentir con el otro; se traduce en nuestras actitudes, nuestra palabra, nuestra comunicación, verbal y no verbal. Exige una reflexión sobre los medios, los métodos y las técnicas utilizadas y sobre su congruencia con los objetivos. (De Robertis, 2003, pág. 181)

A través de esta cita, podemos ver en evidencia que la empatía nos ayuda a demás de lograr que las personas entendidas se sientan en confianza, a realizar una mejor intervención, incluyendo un mejor uso de herramientas y

métodos del trabajo social, con la finalidad de ser un aporte en la vida de las personas que recurren a ellos.

> *"Atiende muy bien, no es como en los hospitales u otros lados que atienden de mala manera, no, aquí ella atiende de muy buena forma, con ánimo, se siente como más acogido uno, como que dan ganas de venir, como que uno no siente que es un problema para los trabajadores de acá, es bueno el trato que dan aquí, eso es uno de las cosas que me asombré cuando llegué aquí, pensé que era de otra forma, aquí tiene disponibilidad de escuchar, aconseja, como que se nota que lo hace con agrado, no como por obligación."*
>
> Usuario N°3

Finalmente, todas estas características de el/la trabajador/a social, culminan en las ganas de los/as usuarios/as por adherir a los tratamientos, ya que, sienten el compromiso de los/as profesionales y se sienten acompañados/as durante la intervención.

> En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento. (Martín L. , 2004, pág. s.n)

La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del/la profesional, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

- Imagen del Trabajo Social

Por **Imagen del Trabajo Social**, se entiende por cómo los/as usuarios/as perciben el ejercicio profesional del Trabajo Social en el área de Salud Mental.

En primer lugar, es necesario definir qué es la percepción, la cual es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de

sensaciones. Por lo tanto, esta subcategoría tiene el objetivo de plasmar la imagen previa que poseían los/as usuarios/as entrevistados/as sobre lo que realiza el trabajo social dentro de salud mental.

*"La verdad es que yo no sabía, que el tema, el trabajo social, se podía como especializar en el área de salud mental. Yo encuentro que es fundamental, ya que, el trabajador social ve el tema de la gente, por ejemplo, en la gente que está en riesgo social y yo creo que lo fundamental, como el principio de todo esto, parte con el tema de las drogas y de las adicciones. (...) encuentro fabuloso, yo no sabía que ustedes … que el trabajo social tenía un área dedicada a la salud mental."*

Usuaria N°1

Tras el fragmento anterior, se puede interpretar que las personas atendidas en el área de salud mental, en el periodo previo a atenderse, no poseen conocimiento de que el trabajo social también puede desarrollarse en esta área, y ya una vez, atendiéndose, adquieren el conocimiento de que los/as trabajadores/as sociales trabajan en el área. Como se puede apreciar en el/la usuaria N°1, se demuestra una valoración hacia la profesión, además, de que al ser una profesión que trata siempre con las personas, la sitúa como el punto de partida de cualquier cambio que requiere una persona, la focaliza en el tema de drogas y adicciones, y a la atención de personas que se encuentran en riesgo social.

Lo planteado por el/la usuario/a se puede ver reflejado de cierta forma con lo que señala el siguiente autor, quien dice que se puede definir el trabajo social en el ámbito de las Drogodependencias como:

> una forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial.
> (Gutierrez, 2007, pág. 184)

Cuando el/la usuario/a señala que el trabajo social "ve el tema de la gente en riesgo social", se refleja claramente lo planteado por Gutiérrez, ya que, el trabajo social a través del acompañamiento que realiza con las personas atendidas va observando e identificando aquellos factores sociales

que generan en la persona conductas adictivas, como también identifican y observan aquellos factores sociales que pudiesen contribuir en la disminución o eliminación de aquellas conductas. De esta manera, las personas que se encuentran en riesgo social, tras la intervención de los/as trabajadores/as sociales se reducirían sus riesgos mejoraría al menos su contexto intrínseco, como a la vez, el contexto social, debido al uso de los recursos tanto de la persona como del/la trabajador/a social.

> *"Al trabajador social se recurre por lo general cuando uno tiene, por ejemplo, problemas en el hogar, creo yo, por ejemplo, si es que yo tuviera algún tipo de maltrato, de parte de mi familia, del aspecto más que nada como una está viviendo el tema psicológico y psiquiátrico. (...) pero yo no he necesitado, trabajador social por ese tema, pero yo creo que los que necesitan son los que reciben, por ejemplo, abusos sexuales, en la casa, maltrato, golpes, la violencia contra la mujer, eso no debería existir."*
>
> Usuaria N°1

Continuando con el/la usuario/a, añade, además, que su imagen del trabajo social es que a la vez se encargan de las problemáticas generadas por medio del maltrato y de la vulneración de derechos, y que, en su caso personal, no ha requerido la atención del/la trabajador/a social en cuanto a aquellas problemáticas, pero que sí reconoce la importancia de éstas y que deben ser el foco de atención de la profesión. Esta imagen que tiene el/la usuario/a hace alusión a las funciones más socialmente conocidas de la profesión y que enmarcan aquel perfil profesional más tradicional y clásico del trabajo social.

Finalmente se puede interpretar, que el conocimiento previo a su atención en salud, que poseen los/as usuarios/as posteriormente atendidos/as en el área de salud mental sobre lo que realiza la profesión es un conocimiento no socializado y que a través de las entrevistas ejecutadas, dio cuenta de que la población no posee conocimiento de que el trabajo social también ejerce dentro de la salud mental, y que ya una vez, recibiendo atención médica, se enteran de la especialidad que posee la profesión.

- Aporte del Trabajo Social en la intervención social

Por **aporte del Trabajo Social en la intervención social** (en su proceso de rehabilitación y/o acompañamiento social) y en la calidad de vida de los y las usuarios/as**,** se entiende como los/las usuarios/as perciben el aporte que

realiza el trabajador/a social en su proceso de recuperación, y cómo esto incide positiva o negativamente en su calidad de vida.

Es de suma importancia, tener en conocimiento las percepciones que poseen los/as usuarios/as respecto a su proceso de intervención, enfocándolo netamente en el profesional trabajador/a social participe de este proceso. A modo de que esto permita conocer cual corresponde al aporte que ellos/as consideran que el/la profesional está siendo para la intervención, es decir para la rehabilitación, y cómo esto influye en todos los factores que circundan su vida, y por tanto al bienestar social de ellos/as y sus familias.

*"Una vez llegué con crisis acá, llegué de urgencia y me ayudó, me calmó, me habló y me dijo que yo partiera por el tema de los cursos, ella me lo dijo, que partiera desde abajo para ver cómo estaba mi memoria, para ver cómo estaba mi capacidad, para luego ir viendo, hice un curso (...) todo eso, pero que vaya paso a paso y todo eso me lo ha dicho ella. Ha sido un gran aporte."*
Usuaria N°1

A partir de lo relatado por la usuaria, se observa como ella identifica claramente la ayuda otorgada por la trabajadora social, enfatizando en el gran aporte que significó en el proceso de recuperación, afectado a su vez por procesos de crisis. En este sentido, se realiza la conexión con la utilización de modelos de parte de la profesión en el proceso de intervención con los/las usuarios/as. Como lo es en el caso del modelo de intervención en crisis el cual,

> realiza terapias breves de intervención, la intervención en crisis es un método de ayuda dirigido a apoyar a una persona y/o familia o grupo para que pueda afrontar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore e incrementa la posibilidad de crecimiento, de nuevas habilidades, opciones y perspectivas vitales. (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 23)

Por tanto, la trabajadora social utiliza la aplicación de dicho modelo con la usuaria, ayudándola en su proceso de recuperación. Además, se visualiza mediante lo siguiente que la intervención en crisis "significa, de alguna forma, apoyar de forma activa en la situación vital a una persona que está

experimentando una ruptura vital y apoyarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y así recuperar el equilibrio emocional" (Swanson & Carbon, 1989). Por ende, la profesional hace uso de este modelo de intervención en crisis aminorando el desequilibrio emocional, y optando por la optimización de los recursos de la usuaria, orientándole según sus capacidades y aptitudes, por tanto, se vislumbra la efectividad de la utilización de la profesional en el proceso de intervención, lo cual a la vez se refleja por medio de la percepción netamente positiva otorgada por la usuaria.

*"Claro, claro que sí, he mejorado harto, porque yo vengo por un problema en particular, igual he cambiado con los consejos que aquí dan, a uno lo ayudan a tratar el problema entonces, por lo menos a mí me ha servido harto, no he tenido recaídas ni retrocesos, nada, solo … por lo menos en mi vida en mi caso particular he visto muchos avances, entonces noto los cambios que he tenido, si se notan de todas formas."*

Usuario N°3

Nuevamente, se evidencia el mejoramiento en el proceso de recuperación del/la usuario/a. En este caso se observa que se atiende en el área de salud mental respectiva al área de drogodependencias, por lo que el tratamiento e intervención del trabajador/a social se liga a determinados procesos que en cierta medida lo diferencian:

> el objetivo del trabajador social para el adicto será entonces, corregir al máximo sus problemas de personalidad, reemplazar la sensación de ansiedad e inseguridad que lo caracteriza por una de bienestar, proporcionándole los medios para que pueda adquirir firmeza, confianza y seguridad en sí mismo, así como sentido de responsabilidad personal, familiar y con su entorno social en el que se desenvuelve. (Barreto-Pico, 2017, pág. 321)

Por lo tanto, se evidencia como el aporte del trabajo social ha sido preponderante en el mejoramiento y avance descrito por el usuario, colaborando en las sensaciones tanto como físicas y psicológicas de la rehabilitación, por lo cual se evidencia que el aporte profesional atribuye las herramientas que colaboran en la seguridad y confianza personal del usuario para, por ejemplo; evitar recaídas.

Continuando en ese sentido de la intervención y por tanto aporte que realiza el/la trabajador/a social en el área de drogodependencias, se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las Drogodependencias como:

> Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial. (Gutierrez, Drogodependencias y Trabajo Social, 2007, pág. 184)

Por tanto, la intervención del trabajo social permite ese acompañamiento y orientación en el proceso de rehabilitación, el cual favorece por sobre todo los factores de riesgo externos y aumenta los protectores, lo cual es coincidente y se reafirma con lo mencionado por el usuario entrevistado, lo cual se visualiza y se reconoce como un aporte en la intervención, y por ende en el bienestar social.

*"Si yo siento que la trabajadora social que está de este hospital, me ha ayudado, por ejemplo, ehm … de repente la psicóloga está por venir está a veces en urgencia que se yo y hemos conversado y ella me … esta como muy dispuesta a escucharme a darme como las ganas como de salir adelante al igual que como lo que te dice la psicóloga, pero se ve como más la empatía de parte de la trabajadora social que de la psicóloga."*

Usuaria N°1

*"Yo se lo he dicho a él, cuando yo estoy acá yo me siento como que me mejoro (...) Entonces, cuando estoy aquí sí, él me aconseja, ahora mismo, me van a trasladar a un hospital, si está en una parte agradable o si uno amanece de una manera o de otra, o sea, yo aquí, con él yo me siento bien, se lo dije a la doctora, yo me siento bien, me aconsejan todo, pero uno llega a otro ambiente, no es que esté mal allá, pero voy a estar no con el apoyo de él."*

Usuario N°4

En este caso, se evidencia la distinción que hace la usuaria con relación al término de *empatía,* otorgado por la trabajadora social respecto a la psicóloga con la cual se atiende. "Sin duda como profesionales tenemos herramientas que nos permiten hacerles aportes significativos para comprender su enfermedad y la base para sus autocuidados. Tenemos la

empatía como recurso, junto con nuestros conocimientos*"* (Molina, 2016). En este sentido, se conciben las herramientas que la profesión otorga a los/las trabajadores/as sociales para enriquecer el entendimiento y por lo tanto la intervención que se debe llevar a cabo. Se menciona a la empatía como recurso inminente del trabajo social, y esto se reafirma con la percepción otorgada por la usuaria, en primer lugar, por el tiempo y dedicación que la trabajadora social se da con la usuaria fuera del tiempo protocolar y designado en una atención, utilizando habilidades sociales y comunicacionales primordiales, como la atención y escucha activa hacia los usuarios/as atendidos, lo cual demuestra y surge un sentimiento de entendimiento por parte de la usuaria, lo cual se transforma en el reconocimiento de empatía por parte de la trabajadora social hacia ella. Si bien, menciona que ambas escuchan y brindan el apoyo para el surgimiento personal, se evidencia con mayor fuerza la empatía desde la profesional trabajadora social.

En relación al segundo fragmento, se deja en evidencia el aporte que el trabajador social genera en su proceso de intervención, es importante hacer énfasis en cómo el usuario evidencia una mejoría cuando se atiende con el profesional trabajador social, lo anterior se relación a su vez cuando relata que lo aconseja, aspecto el cual se relaciona estrechamente con el fragmento expuesto anteriormente, en el sentido de la importancia de la empatía que visualizan los/las usuarios/as de parte de los trabajadores/as sociales, y cómo este elemento puede ser un condicionante en el aporte que ellos perciben en sus vidas, haciendo alusión al mejoramiento que esto brinda a su recuperación y por tanto a sus vidas.

Finalmente podemos concluir como investigadoras que se evidencia entonces que la mayoría de los/as usuarios/as poseen una percepción positiva de los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental, considerándolos un aporte para sus intervenciones, además son señalados como personas empáticas y comprometidas con su trabajo.

## I.IV. Triangulación de fuentes

En relación con el contraste entre las fuentes entrevistadas en esta investigación cualitativa, es decir, trabajadores/as sociales, profesionales del equipo y usuarios/as, como también entre la teoría y las investigadoras, podemos concluir que dentro de los hallazgos se descubrieron tres temas en común, en las cuales cada entrevistado/a expresó su percepción. Estos puntos

en común son: la **importancia de la existencia de profesionales de Trabajo Social dentro del equipo de Salud Mental**; de su **especialización en el área**; y la **identidad como profesional**.

Respecto a la **importancia de la existencia de profesionales de trabajo social dentro del equipo de salud mental**, se evidenció a partir de los tres sujetos entrevistados/as, con relación a sus percepciones otorgadas, lo imprescindible de la participación de profesionales trabajadores/as sociales al interior del equipo de salud perteneciente al área de salud mental. Se configuran como un recurso de suma relevancia en la integración de lo comunitario y del contexto local de los/as usuarios/as atendidos/as en las unidades de salud mental, siendo un aporte importante en el ámbito clínico y social para el desarrollo del proceso completo de intervención, y un acompañamiento constante en la rehabilitación, en el cambio y mejoramiento en la calidad de vida de ellos/as y sus familias.

A nuestro parecer, los/as trabajadores/as sociales poseen características que los posicionan como un/a profesional de alto valor dentro de los equipos de salud mental, de esta forma, como profesionales entregan conocimientos teóricos relevantes, sobre todo respecto al factor social que los otros profesionales no poseen, además, los/as trabajadores/as sociales aportan con el lazo y la interacción que se realiza con usuarios/as, convirtiendo las intervenciones en procesos más amenos y en espacios donde la empatía es visibilizada.

En relación con la **identidad de los trabajadores/as sociales**, se encontraron coincidencias en el pensar tanto de los profesionales del equipo de salud mental como de los/as mismos/as trabajadores/as sociales, no obstante, no se obtuvo información de los/as usuarios/as. Las coincidencias dicen relación con la necesidad de encontrar y desarrollar una identidad, que deje claridad, de cuáles son las funciones concretas que debe realizar el/la profesional en el área de salud mental, ya que, ambos gremios reconocen tener confusiones al respecto, sobre todo se señala mucho en sus testimonios que no existe una limitación de hasta dónde puede llegar el/la trabajador/a social en el ámbito clínico sin confundir con las funciones de otros profesionales del equipo de salud mental.

Como investigadoras consideramos que es fundamental que los/as trabajadores/as sociales definan una identidad profesional que les permita desarrollarse de mejor manera en sus puestos de trabajo, ya que, de este

modo, no existirán complicaciones ni confusiones a la hora de desarrollarse profesionalmente.

Por último, con referencia a la **especialización profesional,** se vieron similitudes y diferencias en las percepciones tanto de los/as trabajadores/as sociales como los miembros del equipo de salud mental. Respecto a las similitudes, se establece que la profesión requiere de una especialización en el área clínica, de manera tal, que responda adecuadamente a las intervenciones en el área, junto a esto, se reconoce la función terapéutica del Trabajo Social por parte de algunos/as miembros del equipo, como también por la misma profesión. En cuanto a las diferencias entre las percepciones, se destaca el desconocimiento del equipo sobre lo que el Trabajo Social puede desplegar en la intervención teniendo especialización, ya que siguen teniendo una visión de la profesión como algo más bien asistencialista. Junto a esto, el equipo reconoce que no solo el Trabajo Social debe especializarse en el área, sino que todos/as aquellos/as profesionales que se interesen y se aboquen al área de salud mental. Esto último no pudo ser evidenciado en las percepciones de los/as mismos/as trabajadores/as sociales.

Cómo investigadoras consideramos que la especialización en el área de salud mental es necesaria, esto quiere decir, que como profesionales recién egresadas/os podríamos desempeñarnos en el área, pero no en funciones netamente clínicas, ya que, no poseemos los conocimientos necesarios. Pensamos que realizar ese tipo de acciones podría ser perjudicial para los/as usuarios/as porque al no tener ni conocimientos teóricos ni prácticos podemos causar dificultades en la intervención, convirtiéndonos en agentes iatrogénicos, que sólo perjudicaran a quienes buscan nuestra ayuda. No obstante, no existiría problemas con trabajar en el área con funciones de gestión o coordinación de redes y vinculación con el medio.

Por último, no se puede dejar de lado el auto agenciamiento, que demuestra el interés y la proactividad de cada profesional, y que permite tener mayores conocimientos que se complementan con los estudios de posgrado.

# CAPÍTULO VI

# Conclusiones

## Presentación

En el presente capítulo del proyecto de título, se plantean las conclusiones que se originaron tras nuestra investigación sobre la percepción del trabajo social en salud mental, en donde por medio del análisis e interpretación de cada categoría de análisis, se llegó a la conclusión sobre las percepciones que poseen los sujetos de estudio de nuestra investigación, con el objetivo de conocer el perfil profesional actual que desempeñan los/as trabajadores sociales en el área de salud mental.

Además, se dejan en manifiesto los asuntos por resolver de parte de la profesión, con el fin de constituir una identidad profesional que sea acorde a los requerimientos de la sociedad actual.

# I. Conclusiones Profesionales de Categorías de Análisis

## I.I Conclusiones Profesionales de los/as Trabajadores/as Sociales sobre el Perfil Profesional del Trabajo Social en Salud Mental

A partir del proceso de investigación respecto al perfil del/a trabajador/a social en el área de salud mental del nivel secundario y terciario de la red del Servicio de Salud Viña del mar – Quillota, mediante la utilización de la metodología de investigación cualitativa y la aplicación de instrumento de entrevista a los distintos sujetos, tanto; trabajadores/as sociales, profesionales integrantes del equipo multidisciplinario y usuarios/as se obtuvo diversos resultados conforme a las tres categorías y a su vez a las subcategorías de las cuales cada una se compone, lo cual queda plasmado en una integración de todas éstas, demostrado a continuación en las siguientes conclusiones.

En cuanto a la **identidad profesional** de los/as trabajadores/as sociales a los/as cuales se entrevistó, se da cabida a un elemento importante respecto al posicionamiento que los/as profesionales deben tener presente y demostrar en relación con el equipo de trabajo. En este sentido, es de suma importancia que de forma previa a un reconocimiento del trabajo social en el área de salud mental por parte de los/as demás profesionales y usuarios/as debe existir en primera instancia claridad desde los/as trabajadores/as sociales sobre la intervención en el área de salud mental y cómo posicionarse ante el equipo, y de esta forma, evidenciar la intervención de agente de cambio, tanto al equipo y a los/as usuarios/as, dejando atrás la imagen del trabajo social netamente asistencialista, empoderando al trabajo social en el área de salud mental, relevando su aporte en el proceso de transformación social y colaborar en que la profesión sea respetada y siga creciendo.

En relación a las **funciones** realizadas en el área de salud mental, se evidencia una importante función propia del trabajo social, la cual corresponde a la integración del factor social dentro de las intervenciones, considerando que en el área clínica los/as profesionales de otras disciplinas se desligan de realizar de la vinculación con los/as usuarios/as y sus familias, entendiendo a su contexto como un todo, por lo cual delegan esta función a quien posee herramientas teóricas y prácticas para la intervención en el territorio y contexto de las personas, reconociendo este trabajo propio del profesional trabajador/a social parte del equipo.

A su vez, es importante reconocer que se encuentran presentes en las funciones del trabajo social en el área de salud mental, el trabajo en redes y la

capacidad que tienen los/as trabajadores/as sociales de coordinar y generar vínculos con otras instituciones para poder derivar en caso de que sea necesario a los pacientes y/o usuarios/as. Sin embargo, a través de la investigación se realiza como función de suma importancia, la cual se realiza a cabalidad por parte de los/as trabajadores sociales el acompañamiento al usuario y a su familia, dentro de la atención en salud mental, se utiliza una intervención socio-comunitaria, en donde se encuentra el modelo de Acompañamiento Terapéutico, por lo que el trabajador/a social se consolida como un agente de salud socio-comunitario al servicio de una intervención clínica. Es por esto, que se destaca una función terapéutica de parte del trabajador/a social en relación con la función tradicional que se ejerce en otras áreas de intervención, es decir, el/la profesional en el área de salud mental toma una posición ligada a la terapia clínica.

Sobre la **especialización del trabajo social en salud mental** concluimos que indiscutiblemente es necesaria para poder entender a cabalidad la manera de comportarse y desarrollarse de cada individuo atendido, para esto, se requiere de una base teórica sólida que entregue las herramientas necesarias para ser un profesional eficaz que sea un aporte a la mejora de la salud mental de los/as usuarios/as, ya que, la evolución de la salud mental de estos/as depende en gran medida de los/as trabajadores/as sociales.

Por otro lado, cabe destacar que si bien, la especialización de postgrado es absolutamente necesaria, sería conveniente que los/as futuros/as profesionales recibieran a lo menos los contenidos básicos para desempeñarse en el área de salud mental en la preparación de pregrado, teniendo en cuenta que no en todos los casos se solicita especialización, de manera que puede ser un acto irresponsable hacerse cargo de algo tan importante como la salud mental sin tener los conocimientos básicos necesarios. De esta manera, la experiencia y la práctica también son una forma de especializarse, pero a nuestro parecer, es más bien un complemento a las herramientas teóricas que un/a profesionales debe interiorizar.

Dicha especialización entrega al profesional nuevas herramientas, que se traducen en nuevas funciones que debe realizar el/la trabajador/a social considerando que esta lo/a transforma en un/a profesional experto/a en el área. A su vez, cabe mencionar y concluir, que los/as profesionales no dicen en qué específicamente quieren especializarse, lo que refleja la existencia de cierta inseguridad en cuanto a lo que ellos/as quieren para su formación. Sin

embargo, pese a que concuerdan que sus requerimientos en formación van más hacia la elaboración y mejor desarrollo de una base teórica y metodológica, se puede reflejar que aún es escasa hacia dónde y en qué temáticas dirigir aquella base, entiendo que la salud mental es un abanico amplio de posibilidades tanto de intervención y como consecuencia, de funciones para el trabajo social, por lo que sería pertinente que los/as profesionales reflexionasen más sobre como dirigir aquél sustento para luego especializarse.

En cuanto al **enfoque comunitario** que desarrolla la profesión, y a la **participación comunitaria** dentro de las intervenciones profesionales, los/as profesionales entrevistados/as coinciden y concluyen que el Trabajo Social, es el exponente y actor principal para situar el enfoque comunitario en el equipo de trabajo, debido a que utilizan el lenguaje comunitario, factor importante a la hora de utilizar este enfoque y que la función principal que se realiza se relaciona con el poder, en cuanto a la capacidad del Trabajo Social para generar estrategias y espacios de participación en donde las personas atendidas, sus familias y/o comunidades intervengan y decidan qué hacer dentro de sus propios procesos de intervención. De esta forma se impulsa el empoderamiento en la población, convirtiéndose en agentes claves de su bienestar social y mental.

Sin embargo, los/as profesionales señalan que sus intervenciones son llevadas a cabo por medio de las orientaciones y recursos disponibles en el sistema, y que, por lo tanto, se enmarcan en el enfoque comunitario que se esté usando, sin cuestionar el método de este ni tampoco sugiriendo o realizándole modificaciones, sino que sólo se ejecutan estrategias de intervención de cohorte comunitaria y participativas que ya han sido utilizadas con anterioridad. Esto indica un estancamiento profesional dentro del enfoque, el cual apunta más hacia intervenciones psicosociales que hacia una participación real. Se necesita de una intervención más vinculada con el contexto territorial de la persona, grupo y/o comunidad, realzando una participación real de ellos/as como agentes claves de su proceso de cambio y/o tratamiento, y es deber de la profesión realizar las modificaciones necesarias en la utilización de este enfoque para lograr que aquello sea algo real, y así, dejar a un lado el modelo de atención de carácter más clientelista, bajo un marco de atención en box, que generan y convierten a las personas atendidas en actores pasivos, no participantes de su proceso de intervención. Por consiguiente, si no se genera la participación real en el área de salud

mental, los objetivos finales de los procesos de intervención y el mejoramiento en la calidad de vida de las personas atendidas se verían obstruidos, y por tanto no existiría una plena y total recuperación de sus problemáticas asociadas a la salud mental, y por ende a todos los ámbitos que éstas afectan. Finalmente se puede concluir que la capacidad de las personas para poder participar en sus procesos de intervención es un indicador de salud mental.

Con relación a los **equipos multidisciplinarios,** las funciones del/la trabajador/a social se basan principalmente en entregar el factor social a las intervenciones realizadas por el equipo, de esta manera, además de las intervenciones de caso, la distinción con otras profesiones se encuentra expuesta en la capacidad de realizar acciones que integren a la comunidad. Para esto, por supuesto es necesario que el equipo en su totalidad realice intervenciones que integren a la comunidad, siendo entonces responsabilidad de los/as trabajadores/as sociales lograr una participación de todos los profesionales que integre una visión comunitaria.

Respecto a las **Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud**, específicamente en el apartado de salud mental, los/as profesionales entrevistados/as concuerdan en la visualización que se hace de la profesión respecto al reconocimiento obtenido como eje central en las intervenciones de los dispositivos de salud mental, con profesionales que se han formado y especializado en el área y que ha permitido la concreción de la intervención profesional a un nivel terapéutico, ligado a la psicoterapia familiar, terapia familiar e individual. Se concluye, además, la concordancia de lo planteado en el documento con lo planteado por algunos/as de los/as profesionales entrevistados/as respecto al ejercicio de los derechos humanos en las personas con patologías mentales o por el estigma y marginación social en el área de drogodependencias.

Además, se concluye un conocimiento de carácter más superficial respecto al documento, por parte de los/as profesionales, lo que indica una falta de interés o de tiempo por parte de ellos/as para conocer en profundidad el documento, junto con las funciones establecidas en él. Finalmente, ha repercutido en la mayoría de los/as profesionales el tema de que en el documento se iguale el Trabajo Social en Salud Mental como un Trabajo Social Clínico, lo cual no es concordante con lo planteado por algunos/as de los/as trabajadores/as sociales del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Respecto al **Trabajo Social Clínico**, se concluye que, a pesar del discurso entregado por los/as profesionales sobre que existe una diferencia

entre el trabajo social clínico y el trabajo social en salud mental, después de la investigación no se logró establecer cuáles son las reales diferencias entre ambas áreas, ya que, los/as mismos/as profesionales no tienen claridad al respecto y se vislumbra una confusión en sus relatos.

Desde nuestra perspectiva, para nosotras como investigadoras, el trabajo social clínico es diferente del trabajo social en salud mental. Entendiéndose el primero como parte del trabajo social en el área de salud mental, no como un tipo de trabajo social único que iguale o desplace el trabajo social en salud mental. Sin embargo, no tenemos claridad de cuales son efectivamente las diferencias, ya que con los resultados que arrojan nuestra investigación, no se pudo evidenciar realmente cuales son estas.

Lo anterior se pudo contrastar con las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud Mental que vislumbran que ambos términos, trabajo social en salud mental y trabajo social clínico son básicamente lo mismo. En ese sentido, no sería posible refutar dicha aseveración, pero tampoco aceptarla en su totalidad, ya que, no existen los antecedentes suficientes como para corroborarlo. Todo esto se puede deber a que en realidad los/as profesionales no están muy informados/as ni al tanto de qué es el trabajo social clínico, puede ser por desinterés o por falta de información concreta sobre el tema.

Se concluye, además, que el trabajo social clínico puede ser utilizado en todos los niveles de intervención, no tan solo a nivel de caso o individual, incluyendo la terapia de tipo grupal y colectiva: en donde la persona atendida pueda nutrirse y complementarse con otras personas que están vivenciando problemáticas similares, y en donde se vele por la participación y complementariedad entre los sujetos, apuntando hacia una transformación social entre ellos/as. Por tanto, puede ser desarrollado en las unidades de salud mental tradicionales.

A nuestro parecer, existe una diferencia entre lo que es consejería y psicoterapia como tal, entendiendo la psicoterapia como una práctica mucho más clínica que requiere conocimientos sobre salud mental específicos y que una mala práctica de ésta puede causar un gran daño en la persona atendida. Por otro lado, la consejería es más propia del trabajo social en su tradicionalidad, ya que esta, es una herramienta que entrega a los/as usuarios/as orientación en algunas situaciones que son transversales a la intervención del trabajo social. En concordancia a esto último, creemos que no en todos los casos es necesario realizar una especialización en el área clínica

si el/la profesional no realizará psicoterapia ni intervenciones de este tipo comprendiendo que la realidad de cada espacio de trabajo es diferente y con diferentes necesidades. Junto a esto, creemos que el trabajo social clínico, puede ser utilizado en otras áreas de intervención profesional que vinculen a la salud mental de las personas como foco de atención, de manera que se pueda establecer un punto en común entre aquellas áreas de intervención, y desde ahí trabajar a través de un trabajo social clínico, buscando a la vez, la crítica social de los procedimientos de intervención.

Como última conclusión, como investigadoras, detectamos que muchas de las confusiones que presentan hoy en día los/as trabajadores/as sociales, se debe a que los/as profesionales no se han detenido a reflexionar sobre las prácticas realizadas, es decir, no se han dado el tiempo de pensar en qué están fallando y en qué están mejorando, y cuál es la realidad que está viviendo la profesión hoy en día. Así mismo, no existe una sistematización sobre las prácticas de los/as profesionales en el área de salud mental, lo que impide generar nuevos conocimientos, expandirlos y reproducirlos a los demás de modo que todos/as se puedan nutrir y mantenerse al día. Consideramos como investigadoras que la retroalimentación es fundamental para que la profesión pueda avanzar y progresar, sobre todo en esta área donde existen aún tantas dudas.

Finalmente, cada subcategoría presentada, deja en evidencia las funciones que realizan los/as trabajadores/as sociales en el área, contribuyendo y delimitando el perfil profesional de nuestra profesión.

### I.II Conclusiones Profesionales del Equipo de Salud Mental sobre el Perfil Profesional del Trabajo Social en Salud Mental

Respecto a las percepciones obtenidas de parte de profesionales integrantes del equipo multidisciplinario de algunas de las unidades de salud mental de Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se identifican diversos elementos importantes para el perfil profesional del/a trabajador/a social, los cuales se concluyen a continuación.

En primer lugar, con relación a la **Especialización del Trabajo Social en Salud Mental**, coincidimos con los/as profesionales entrevistados/as en cuanto a que el trabajo social debe adquirir especialización para poder hacer uso adecuadamente de todas sus capacidades tanto personales como profesionales en el proceso de intervención. Es importante comunicar que

actualmente se da cuenta que existe de parte de algunos profesionales un desconocimiento del equipo sobre lo que verdaderamente el trabajo social puede desplegar en la intervención con los/as usuarios/as teniendo especialización, ya que siguen teniendo una visión de la profesión como algo más bien asistencialista, sin reconocer una profesión capaz de aportar técnicas, herramientas y metodologías a través de sus conocimientos clínicos y sociales en las intervenciones desarrolladas por el equipo.

Desde la profesión, se debe dar respuesta al reconocimiento equivocado que aún existe de algunos profesionales, es decir, es responsabilidad del mismo trabajo social, generar sistematización de experiencias en donde sean los/as mismos/as profesionales quienes compartan su sustento metodológico y teórico de intervención y que sirvan como un fundamento teórico-práctico dentro del área para el trabajo social.

Respecto a la **interdisciplinariedad** que debe existir dentro de un equipo de salud mental y el cómo en este el trabajo social se desempeña, se concluye que los profesionales miembros del equipo perciben la interdisciplinariedad como un factor importante a la hora de intervenir, en donde cada profesional pueda aportar con sus conocimientos y miradas, y en donde todos/as apunten hacia el mismo objetivo, así como también, el hecho de que sean capaces de identificar las variables insertas en a nivel individual, familiar y del contexto. Se concluye, que el trabajo social debido a su singularidad profesional posee mayores habilidades, al integrar la mirada comunitaria en la intervención social, considerado aquellos factores que influyen en la persona atendida de manera más eficaz que otros/as profesionales del equipo de salud mental.

Finalmente sobre la **intervención social** que realizan los/as trabajadores/as sociales, podemos concluir que los/as profesionales de los equipos de salud mental identifican como funciones principales del trabajo social, las funciones tradicionales, es decir, el trabajo de redes, los informes sociales, y la entrega de beneficios sociales y en segundo lugar, y en algunas ocasiones se visualizan las funciones terapéuticas que posee la profesión en el área de salud mental, dependiendo además de la experiencia que ellos poseen en relación a los trabajadores/as sociales con los que se han relacionado a lo largo de sus trayectorias profesionales. Se puede concluir entonces, que esto se debe al desconocimiento que existe sobre las reales capacidades que tiene el/la trabajador/a social como profesional, ya que, el

trabajo social clínico es emergente y no visualizado como parte del ejercicio profesional aún.

### I.III Conclusiones Profesionales de los/as Usuarios/as sobre el Perfil Profesional del Trabajo Social en Salud Mental

Respecto a las percepciones obtenidas de parte de los/as usuarios/as atendidos/as en las unidades de salud mental de Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se identifican diversos elementos importantes para el perfil profesional del/a trabajador/a social, los cuales se concluyen a continuación.

En primer lugar, en cuanto a la **evaluación del trabajo** que realizan los/as usuarios/as sobre lo desarrollado por los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental, se concluye que aún existe una idea de trabajo asistencialista en donde es deber del/la trabajador/a social solucionar los problemas de los/as usuarios/as. Sin embargo, según lo expuesto por los/as usuarios/as el hecho de que exista proactividad en los/as profesionales, lo tienden a confundir con el asistencialismo y que, a la vez, también los/as profesionales deben delimitar claramente hasta qué, punto se debe recurrir el asistencialismo, y en qué momentos apoyar y acompañar a el/la usuario/a para solucionar sus propios conflictos y ser protagonista del cambio. Además, se puede concluir que los/as usuarios/as concuerdan con que los/as trabajadores/as sociales son los/as profesionales en donde más se desarrolla la empatía y quienes son más cercanos durante la intervención, y que esta empatía más el compromiso que los/as usuarios/as perciben del/la trabajador/a social los/as ayuda a adherirse y comprometerse con sus tratamientos, por ende, la adhesión a un tratamiento dependerá tanto de la persona atendida como del/la profesional.

En relación a la **imagen del trabajo** social, se evidencia que existe un desconocimiento de parte de los/as usuarios/as previamente a ser atendidos/as en el área de salud mental, respecto a la intervención realizada por un/a trabajador/a social en el área, esta imagen hace alusión a las funciones más socialmente conocidas de la profesión y que enmarcan aquel perfil profesional más tradicional y clásico del trabajo social, hecho el cual cambia al momento de ser atendidos/as y tomar conocimiento del proceso de intervención en el cual es partícipe el/la profesional de trabajo social. Es importante, dejar en claro que a través del relato de los/as usuarios/as entrevistados/as se demuestra una valoración hacia la profesión, además, la

sitúa como el punto de partida de cualquier cambio que requiere una persona con alguna problemática de salud mental, la focaliza en el tema de drogas y adicciones, y a la atención de personas que se encuentran en riesgo social.

En referencia al **aporte del trabajo social en la intervención social**, los/as usuarios/as señalaron la importancia que tuvo el/la profesional de trabajo social en su intervención. De esta manera se puede concluir que los/as trabajadores/as sociales son una guía y un acompañamiento en el proceso de rehabilitación de los individuos, lo cual favorece por sobre todo la disminución de los factores de riesgo externos y aumenta los factores protectores, además se destaca nuevamente la calidad empática de los profesionales y cómo este elemento puede ser un condicionante en el aporte que ellos/as perciben en sus vidas, haciendo alusión al mejoramiento que esto brinda a su recuperación y por tanto a sus vidas.

# CAPÍTULO VII

# Propuesta de Intervención Profesional

## Presentación

En el presente capitulo, se desarrolla la propuesta de intervención profesional que ha sido planteada, tras los resultados y conclusiones que ha originado nuestro proyecto de título.

Nuestra propuesta, hace hincapié a una de las deficiencias que pudimos localizar a través del análisis e interpretación de los relatos y percepciones de los/as trabajadores/as sociales de la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en el área de salud mental.

A continuación, se presenta nuestra propuesta de intervención que esperamos sea desarrollada por la organización patrocinante de nuestra investigación, y en un futuro en otras unidades de salud mental dentro de la red a modo de mejorar aquella deficiencia.

## I. Propuesta de Intervención Profesional

En el marco de nuestro Proyecto de Título, se hace necesario realizar una propuesta de intervención para la organización patrocinante de nuestra investigación, en el caso de que se desee efectuar.

A través de nuestra investigación, pudimos reconocer que existe una falencia en el desarrollo de la función participativa del/la trabajador/a social, entendiéndose esta, en el cómo el/la profesional genera en las personas, grupos y/o comunidades instancias de participación real para que sean ellos/as mismos/as quienes opinen y aporten en los procesos de su intervención, junto con los recursos y herramientas que les aporta el/la trabajador/a social. Frente a esta función, los/as profesionales sujetos de estudio, coincidieron de que el modelo de enfoque comunitario, plantea la aplicación de una función participativa real, pero que una vez desarrollada dentro de la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, esta no lograba materializarse, por lo que, ellos/as como profesionales plantean que las intervenciones que efectúan son acorde y bajo la limitación de pautas de intervención utilizadas con anterioridad, las cuales no abren espacio a esta participación, privilegiando el modelo de atención clientelista, debido a que es más cómodo tanto para el/la profesional como para las personas atendidas realizar las intervenciones dentro de un box y no, en el contexto territorial de las personas. Y que, por consiguiente, establecen que esta situación es resultado de que el equipo de salud mental y de ellos/as como profesionales del trabajo social, no realizan innovaciones a las pautas de intervención ya preestablecidas para que efectivamente se pueda desarrollar esta participación.

Por lo tanto, el objetivo general de nuestra propuesta de intervención consiste en: “Generar instancias de reflexión sobre la participación comunitaria en salud mental dentro del Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependencias y Alcohol (CTA) Villa Alemana durante el año 2019”. Este objetivo, se plantea con el fin de que trabajadores/as sociales y miembros del equipo de salud elaboren y desarrollen una intervención con miras hacia una participación real de las personas atendidas y/o sus familias, por medio de estas instancias reflexivas.

A continuación, se presenta nuestra propuesta de intervención, la cual contiene tres instancias a desarrollar:

- **Primera instancia**

En este momento se sugiere que el/la trabajador/a social a cargo genere una instancia de reflexión con el equipo de salud mental en relación con la participación comunitaria. De esta forma, el/la trabajador/a social tendrá la función de liderar esta actividad, entendiendo que es quien posee los conocimientos necesarios y es quien integra el factor social y comunitario al equipo de trabajo. De esta manera, se espera que el equipo en conjunto descubra cuales son las necesidades de la comunidad a través del diálogo, y cuáles son las falencias y fortalezas que poseen como equipo con respecto a la temática y de esta forma realizar una estrategia de intervención donde se rescaten las riquezas de la comunidad, y se consiga una mayor integración con la finalidad de contribuir a la correcta utilización del enfoque comunitario. Todo esto, considerando y teniendo en cuenta, que la base de esta intervención se encuentra en la interacción que pueda existir entre los equipos de trabajos y la comunidad en sí. Cabe destacar, que será función del/la trabajador/a social, hacerse cargo del seguimiento de dicha intervención y que es de suma importancia la evaluación durante todo el proceso, de manera transversal, generándose instancias reflexivas mensuales que permitan la retroalimentación de la intervención para prontas mejoras.

- **Segunda instancia**

Es aquí donde se espera que el equipo de salud mental elabore un protocolo donde se explicite cuáles son las medidas y las acciones que realizarán para poder llevar a cabo la idea reflexionada y conversada anteriormente. Para así poseer un sustento teórico, que entregue forma, orden y lineamientos a la intervención a realizar. Junto con esto, se espera generar conocimientos profesionales y experienciales entre los/as mismos/as trabajadores/as sociales, de manera que se puedan complementar y retroalimentar, con el fin de profundizar y delimitar más su función en la participación, apuntando a la apropiación desde la misma comunidad usuaria en el espacio institucional, y de su contexto local y territorial.

- **Tercera instancia**

Posteriormente, se espera que, una vez confeccionado el protocolo, éste sea demostrado de parte del trabajador/a social de la organización, en un espacio reflexivo con los/as demás trabajadores sociales de las diferentes unidades del nivel secundario y terciario de la red del Servicio de Salud Viña

del Mar – Quillota. Por ejemplo, el protocolo podría ser presentado en las instancias del Colectivo de trabajadores sociales de la misma red, a modo de que ellos puedan movilizar esta idea a sus propias unidades, y que el protocolo sirva de referencia y de guía para la construcción de sus propios documentos formales. Se propone a la vez, que se efectúe por medio del mismo procedimiento en el cual el/la trabajador/a social de la respectiva unidad de salud mental lidere el proceso de reflexión junto al equipo multidisciplinario de salud mental, lo cual a su vez colabore en forma óptima una de las funciones de suma importancia por el trabajo social en el área de salud mental, para el entendimiento del perfil profesional del presente y de los posteriores profesionales que se desempeñen en el ejercicio laboral de la respectiva área.

# Bibliografía

ACNUR. (11 de junio de 2008). *Enfoque comunitario en las acciones del ACNUR.* Obtenido de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6403.pdf

Alayón, N. (1980). El asistencialismo en la política social y en el Trabajo social. *Revista Acción Crítica* , 1-10.

Antipan Pilquinao, I., & Reyes Barría, D. (abril 25 de 2013). *El Trabajo Social en Salud Mental: Un trabajo social clínico.* Temuco. Recuperado el 16 de mayo de 2018, de https://lookaside.fbsbx.com/file/Isabel%20Antipan%20y%20Diego%20Reyes%20Barr%C3%ADa%20%282013%29%20El%20Trabajo%20Social%20en%20la%20Salud%20Mental%2C%20Un%20Trabajo%20social%20clinico.pdf?token=AWwgKO58a_f594ljREs9YbaDiST41ni4mFpNlNvFux7qUvU8CtJ-vod2ihP6.

Arias-Gómez , J., Villasís-Keever , M., & Miranda-Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Alerg Méx*, 201-206. Recuperado el 08 de mayo de 2018, de http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/viewFile/181/273

Barreto-Pico, M. (2017). *Papel del trabajador social en las adicciones.* Obtenido de file:///C:/Users/Titi/Downloads/Dialnet-PapelDelTrabajadorSocialEnLasAdicciones-6174481.pdf.

C. d.-Q. (2018). *Definición de Salud Mental.* Viña del Mar.

Canales Cerón, M. (2006). *Metodologías de la investigación social.* Santiago: LOM Ediciones.

Castañeda Meneses, P., & Salomé Coulon, A. (2014). Trabajo social chileno y dictadura militar. Memoria profesional predictatorial Período 1960-1973. Agentes de Cambio social y trauma profesional. *Rumbos TS*, 8-25. Recuperado el 23 de abril de 2017, de http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20141201/asocfile/20141201181631/ilovepdf_com_split_1.pdf

Castañeda, P., & Salamé, A. (2012). *Profesionlidad del Trabajo Social Chileno. Tradición y transformación. .* Temuco: Ediciones Universidad de la Frontera.

Cerdas Albertazzi , J. M. (2014). El clientelismo político: Una revisión del concepto y sus usos. *Anuario de estudios centroamericanos* , 312-338.

Chescheir, M. (1984). Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico. *Revista de Trabajo Social Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile N°43*.

Clark, D. (1982). *Terapia social en psiquiatría.* Madrid: Morata.

Col·legi Oficial de Treball Social. (2001). *Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental.* Catalunya. *studylib.es.* Recuperado el (25 de abril de 2001) de https://studylib.es/doc/5663655/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-la-salud-m...

Colectivo de Salud Mental de trabajadores sociales de la Red Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. (2018). *Definición de Salud Mental.* Viña del Mar.

Colegio de Trabajadores Sociales de Chile. (2014).

Colegio de Trabajadores Sociales de Chile. (25 de abril de 2014). Código de ética para Trabajadores Sociales de Chile. *exalumnostrabajosocialucs.wordpress.com*. Obtenido de

https://exalumnostrabajosocialucsc.wordpress.com/2015/04/19/codigo-de-etica-para-trabajadores-sociales-de-chile-marzo-2014/

Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud. (2018). *Orientaciones y Normas técnicas del Trabajo Social en Salud.* Recuperado el 12 de abril de 2018, de https://docs.wixstatic.com/ugd/27eaf7_da6a3e42c8f848a595f5fa2ed07bc555.pdf

CONACE. (2007). *Programa de rehabilitación de personas con problemas de drogas y alcohol*. Obtenido de http://www.senda.gob.cl/

CTA, Hospital de Peñablanca,Villa Alemana. (s.f). *Programa y Manual Operativo.*

Dabas, E. (28 de abril de 2000). *Las prácticas de intervención en redes de salud ¿Posibilidad o Utopía?* Obtenido de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf

De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del Trabajo Social: ética y metodología.* Obtenido de https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=aqo0ddH9LcYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=empatia+trabajo+social&ots=M3kAQ-j3O5&sig=9KuCaKCU7xfH0vx8wHVf2UQBKFc#v=snippet&q=responsabilidad&f=false

Denzin, N. (1970). *Sociological Methods. A Sourcebook.*

Departamento de evaluación de la ley . (s.f.). *Evaluación de la ley N°20.000.*

Díaz Palacios, E. (2002). Funciones del trabajador social en salud mental-adultos. *Trabajo social en el Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectivas.*

Escobar Miguel, E. (2002). Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952). En S. C. Mental, *De Casa de Orates a a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia* (págs. 115-122). Santiago. Obtenido de http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/HISTORIA-HOSPITAL-PSIQUIATRICO.pdf

Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos.* España: Editorial Páidos.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa.* Madrid: Morata Paideia.

Flores, Y. (14 de septiembre de 2012). *Consejería.* Recuperado el 21 de abril de 2018, de https://es.slideshare.net/Yoyi0409/sesion-1-consejeria-en-trabajo-social

Garcés, C. (2011). *El trabajador social en el sistema hospitalario: intervenciones.* Perú : Ediciones BC.

Garcés, E. (2010). El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 333-352. Recuperado el 16 de abril de 2019, de http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489

García Lopez, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de trabajo social*, 273-287. Recuperado el 15 de abril de 2018, de https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS0404110273A/7617

Gómez, C. (2015). *La intervención terapéutica desde el trabajo social.* Recuperado el 23 de mayo de 2018, de https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2484/La%20intervencion%20terapeutica%20desde%20el%20Trabajo%20Social.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR1QmyKtyrxkd9pTHm1vkGhghGV0yhN5OAi_Z_6ssBcCjor1dpr1ZsDSrt0

Guba, E. (1981). *Criterios de la credibilidad en la investigación naturalista.*

Guimon, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental, vicisitudes y formación.* Ginebra, Madrid, Nueva Cork: Core Academia .

Guimón, J. (2008). *Salud Mental basada en las pruebas .* Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco.

Gutierrez, A. (20 de abril de 2007). *Drogodependencias y Trabajo Social.* Recuperado el 14 de mayo de 2018, de http://www.eduso.net/res/26/articulo/educacion-social-y-trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando

Hernández Sampieri , R. (2006). *Metodología de la Investigación* (4 ed.). Recuperado el 12 de junio de 2018, de https://seminariodemetodologiadelainvestigacion.files.wordpress.com/2012/03/metodologc3ada-de-la-investigacic3b3n-roberto-hernc3a1ndez-sampieri.pdf

Hernández Sampieri , R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5 ed.). Recuperado el 03 de junio de 2018, de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Ituarte. (24 de mayo de 1992). *La Intervención Terapéutica desde el Trabajo Social.* Obtenido de https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2484/La%20intervencion%20terapeutica%20desde%20el%20Trabajo%20Social.pdf?sequence=1

Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico .* Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Laviana Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 345-373.

Ley de Chile. (1874). *Código penal de Chile.* Recuperado el 15 de abril de 2018, de https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda.* Madrid .

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado el 22 de mayo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

Martín, V. (17 de mayo de 2009). *Las drogas entre nosotros: una mirada desde la educación social.* Aljibe. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/1350/135013577013.pdf:

Matellanes , M. (1999). *Investigación sobre técnicas psicológicas aplicadas en programas de prevención.* Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional .*

Ministerio de Desarrollo Social. (24 de abril de 2012). *crececontigo.gob.cl.* Obtenido de http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf.

Ministerio de Salud. (1991). *Actas de la Conferencia Chilena: Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica.* Santiago de Chile. Obtenido de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/MINSAL_2001_Plan-Nacional-de-Salud-Mental.pdf

Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.* Santiago de Chile: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile. .

Ministerio de Salud. (24 de abril de 2001). *medwave.cl.* (M. d. Unidad de Salud Mental, Ed.) Obtenido de http://www.medwave.cl/medios/eventos/NuevaMayoria/03CapituloSaludMental.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (10 de abril de 2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.* Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.*

Minoletti, A., & Zaccaría. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública*, 346 – 358. Recuperado el 20 de abril de 2018, de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v18n4-5/28097.pdf

Minoletti, A., Rojas, G., & Sepúlveda, R. (2010). *Capítulo: Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile.* Obtenido de https://es.scribd.com/document/270245786/Historia-Politicas-y-Reformas-SM-Chile

Molina, R. (2016). *La invisibilidad del asistente social en la salud pública y en particular. La salud mental, nuestros aportes.* Obtenido de http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/download/7/3

Mollejo, E. (2000). Situación de la atención en salud mental infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid en el año 2000. *Trabajo social hoy*, 45-52.

Morales, P. (02 de Mayo de 2015). Trabajo Social en Chile: 90 años de historia e impronta en Latinoamérica. *El Mostrador*. Recuperado el 09 de mayo de 2018, de https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2015/05/02/trabajo-social-en-chile-90-anos-de-historia-e-impronta-en-latinoamerica/

Moya, M. (2015). Terapia y Psicoterapia. *Psicoterapeutas*. Recuperado el 2018, de http://psicoterapeutas.eu/terapia-y-psicoterapia-2/

Muchinik , E., & Seidmann, S. (1998). *Aislamiento y Soledad.* Buenos Aires: Eudeba.

Muñoz, F. (s.f.). *El Trabajador Social en drogodependencias: Un traje a la medida, para nuestra disciplina, ética y quehacer.*

Organización de las Naciones Unidas. (1999). Integrated and coordinated implementation and follow-up of major. United Nations conferences and summits. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud Mental: Un Estado de Bienestar. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría gestalt. *Revista de estudios sociales*, 89-96. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf

Pacheco, M. (2012). *Enfoque Transteórico del Cambio de Comportamientos de James Prochaska y Carlo Di Clemente . .*

Pan American Health Organization. (20 de abril de 1990). *Organización Panamericana de la Salud a la desinstitucionalización psiquiatrica en América Latina "Conferencia de Caracas".* Obtenido de new.paho.org: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicos%20de%20sald%20mental.pdf

Pastén, F. (2016). *Metodología de la Investigación Social.*

Pavez , J., & Prat, A. (2006). *Análisis crítico de la ley N°20.000.*

Pelegrí Viaña, X. (2004). El poder en el Trabajo Social: Una aproximación desde Foucault.

Pellejero, N., Brise, E., & Tizon García, J. (1992). *El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria.* Barcelona : Ediciones Doyma.

Penjean, G. (20 de abril de 1996). *El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile: 1990 a 1996.* Santiago de Chile: Cuad. méd.-soc. Obtenido de saludmentalcomunitaria.u.chile.cl:

Pons, I. M. (2006). Condicionantes sociales teóricos y prácticos de las ciencias de la Salud Mental. *Revista de treball social*, 17-34.

Quintero, M., & Genisans, N. (1985). El Diagnóstico Social. (pág. 49). Buenos Aires de Argentina: Hvmanitas.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española.* Madrid, España: Autor. Recuperado el 17 de junio de 2018, de http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=percepci%C3%B3n

Regalado, J. (2018). *Carta de apoyo para la defensa del Trabajo Social Clínico en Chile.* Islas Canarias, España. Obtenido de http://Carta-de-apoyo-para-la-defensa-del-Trabajo-Social-Cl%C3%ADnico-en-Chile%20(2).pdf

Republica de Chile. (1993). Santiago de Chile.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa .*

Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., & Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 133-154.

Rodríguez, A., & Sobrino, T. (1997). *La evolución dela atención al enfermo mental crónico: la reformapsiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria.*

Rodríguez, G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa.*

Rodríguez, J., & González, R. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud.

Saiz Galdós, J., & Chévez Mandelstein, A. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervención psicosocial*, 75-88. Recuperado el mayo de 03 de 2018, de http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n1/v18n1a09.pdf

Salinas Tomás, M. (2010). Trabajo Social Clínico y Ejercicio libre de la profesión . *TS nova*, 39-44.

Satir, V. (2010). *Psicoterapia Familiar Conjunta.* México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana.

Sluzki, C. (1996). *La Red Social: Frontera de la práctica sistémica.* Barcelona .

Spradley, J. (1980). *Participant Observation. New York: Holt, Rinehart and Winston.* Belmont, USA.: Wadsworth Thomson Learning.

Strauss, A., Corbin, J., & Zimmerman, E. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado el 02 de junio de 2018, de https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf

Swanson, W., & Carbon, J. (1989). *Crisis Intervention: Theory and technique.* Washington D.C: APA Press.

Thornicroft, C., & Tansella. (1999). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services.* Londres. Obtenido de http://assets.cambridge.org/97805210/34258/frontmatter/9780521034258_fro

Trevithick, P. (25 de abril de 2002). *Habilidades de comunicación en intervención social: Manual práctico.* Madrid: Narcea. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/31730011_Habilidades_de_comunicacion_en_intervencion_social_manual_practico_P_Trevithick_tr_por_Mercedes_Comabella

# ANEXOS

# I. Protocolos de Entrevistas Semiestructuradas a Sujetos de Estudio

## I.I Protocolo Entrevista Semiestructurada a Profesionales del Equipo Multidisciplinario

| **Protocolo Entrevista Semiestructurada a Trabajadores y Trabajadoras Sociales** | |
|---|---|
| **Objetivo Específico N°1:** | **"Identificar las percepciones que poseen las/os trabajadores/as sociales respecto a su perfil profesional en el área de Salud Mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio Viña del Mar-Quillota."** |
| **Preguntas Introductorias** | ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental? |
| **Subcategoría: "**Identidad Profesional" | ¿Cómo se identifica usted? ¿Cómo trabajador social o asistente social? ¿Por qué?<br><br>¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario? |
| **Subcategoría: "**Utilización del Enfoque Comunitario en la profesión" | ¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?<br><br>Según su opinión ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?<br><br>¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar? |
| **Subcategoría:** "Participación de los/as usuarios/as en la Intervención Profesional" | ¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación o no en salud mental?<br><br>¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas? |
| **Subcategoría: "**Funciones del Trabajo Social en Salud Mental**"** | ¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?<br><br>¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones? |

| | |
|---|---|
| | ¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?<br><br>Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?<br><br>Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?<br><br>Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo? |
| **Subcategoría:** **"**Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud**"** | ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?<br><br>¿Cuál es su opinión respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se traducen a cabalidad en cuanto a la<br>realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil? |
| **Subcategoría:** **"**Trabajo Social Clínico**"** | En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?<br><br>Con relación a su percepción ¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?<br><br>Según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención? |
| **Preguntas de Cierre** | ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista? |

## I.II Protocolo Entrevista Semiestructurada a Profesionales del Equipo Multidisciplinario

| **Protocolo Entrevista Semiestructurada a Profesionales del Equipo Multidisciplinario** | |
|---|---|
| **Objetivo Específico N°2:** | **"Identificar las percepciones que poseen los/as profesionales del equipo multidisciplinario del área de Salud Mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en torno al perfil profesional de las y los trabajadores/as sociales."** |
| **Preguntas Introductorias** | ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, profesión, servicio de salud en el que trabaja, y cuantos años de experiencia tiene en el área de Salud Mental? |
| **Subcategoría:** "Intervención Social" | ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario? |
| **Subcategoría: "**Equipo de Salud Mental **"** | Podría mencionar por favor, ¿Qué profesionales integran el equipo multidisciplinario en su trabajo?<br><br>Según su percepción, ¿Cuáles de los profesionales mencionados son los más indispensables dentro del equipo? ¿Por qué?<br><br>¿Usted agregaría o quitaría alguna profesión dentro del equipo disciplinario en Salud Mental? ¿Cuáles? ¿Por qué? |
| **Subcategoría: "**Interdisciplinariedad **"** | Según su percepción, ¿Qué características diferencian a el/la trabajador/a social de los/as otros/as profesionales que están insertos en el equipo multidisciplinario?<br><br>¿Qué opinión le merece el trabajo realizado por los/as trabajadores/as sociales en la intervención con los/as usuarios/as? |
| **Subcategoría: "**Especialización del Trabajo Social en Salud Mental **"** | Según su percepción, ¿Los y las Trabajadores/as Sociales deben realizar una especialización en Salud Mental para trabajar en el área? ¿Por qué? |
| **Preguntas de Cierre** | ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista? |

## I.III Protocolo Entrevista Semiestructurada a Usuarios y Usuarias

| **Protocolo Entrevista Semiestructurada a Usuarios y Usuarias** | |
|---|---|
| **Objetivo Específico N°3:** | **"Identificar las percepciones que poseen los/as usuarios/as atendidos/as en el área de Salud Mental del nivel secundario y terciario perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en torno al perfil profesional de las y los trabajadores/as sociales."** |
| **Preguntas Introductorias** | ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, servicio de salud en el que se atiende, y el tiempo que lleva atendiendo?<br><br>¿Cuál es su percepción sobre la salud mental en Chile? ¿Cómo ha sido su experiencia? |
| **Subcategoría: "**Evaluación del Trabajo" | ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?<br><br>¿Podría mencionar, por favor, en qué situaciones usted recurre a la atención de un/a trabajador/a Social?<br><br>¿Qué opinión le merece a usted el trabajo realizado en su proceso de intervención por el/la trabajador/a social? |
| **Subcategoría: "**Imagen del Trabajo Social **"** | Según su experiencia, ¿Cómo ha sido el trato recibido por los/as Trabajadores/as Sociales en el área de salud mental?<br><br>Según su percepción ¿Qué importancia le merece el buen trato dentro de la Intervención realizada por los/as trabajadores/as Sociales? |
| **Subcategoría: "**Aporte del Trabajo Social en la intervención social **"** | Según su experiencia ¿Ha evidenciado algún cambio positivo o negativo en su calidad de vida, respecto a la intervención otorgada por un Trabajador/a Social en el área de salud mental? Si es así ¿Cuáles? |
| **Preguntas de Cierre** | ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista? |

## II. Formato de consentimiento Informado a Sujetos de Estudio

**Consentimiento Informado**

Yo_____ _____, Cédula de Identidad N°_____, título profesional/Ocupación_____, con desempeño actual en _____ _____, declaro explícitamente mi aprobación para ser entrevistado(a) en el marco de la asignatura Proyecto de Título II, denominado "Investigación Cualitativa con enfoque Exploratorio-Descriptivo respecto al Perfil Profesional del y la Trabajador y Trabajadora Social en el área de Salud Mental del Nivel Secundario y Terciario inserto en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota durante el año 2018" de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

El Proyecto de Título tiene por objetivo general: *conocer el perfil profesional del/la trabajador/a social en el área de salud mental en los niveles secundario y terciario dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota durante el año 2018*, para lo cual he recibido invitación para participar de una entrevista con fines de investigación y análisis que tendrá por duración de un máximo de 60 minutos. La entrevista se basará en una conversación relacionada con el objetivo del proyecto de título. Además, será grabada a través de audio por las entrevistadoras. Declaro el consentimiento de que mi entrevista será utilizada para el logro de los objetivos del Proyecto de Título, permitiendo conocer a mayor profundidad la profesión del Trabajo Social dentro del área de Salud Mental.

Doy por entendido y acepto las condiciones estipuladas firmando este documento en duplicado, quedando una copia en mi poder.

Acepto conceder y grabar la entrevista.

| | |
|---|---|
| **NOMBRE PROFESIONAL ENTREVISTADO(A)** | |
| **FIRMA** | |
| **LUGAR Y FECHA** | |

## III. Entrevistas realizadas a sujetos de estudio

### III.I Entrevistas a Trabajadores/as Sociales del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

- **Entrevista: Profesional N°1**

Institución: CTA Peñablanca
Fecha: 4/10/18

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R**: Mi nombre es _____, tengo 45 años, yo soy Coordinador del CTA del Hospital de Peñablaca y estoy en Salud Mental desde el año 2000 a la fecha. En Hospital Psiquiátrico primero, en un programa con pacientes con trastornos psiquiátricos severos: bipolaridad, esquizofrenia, depresión mayor, etc. Bueno ahí, se interrumpió un año, fui a hacer servicio país, con escuelas rurales y después de ese año, retomé en el hospital, en la unidad de salud mental de Quilpué. Luego fui a Punta Arenas, también con pacientes psiquiátricos en hospitales de día y ehh... 2005, si no me equivoco, regreso a Punta Arenas al programa de Adicciones y me hago cargo del programa, estoy dos años y luego vuelvo a la Quinta Región el 2006, a cargo del CTA del Hospital de Peñablanca y de ahí que ya no me he movido.

**2. ¿Como se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R:** Mi titulo dice Asistente Social ... en ese tiempo todavía no estaba esta ley que después se apareció para hacer la distinción ¿no? Ahora... instintivamente, cuando me presento digo a veces Trabajador Social, a veces Asistente Social... Generalmente, ocupo Trabajador Social, un poquito, no solamente para adecuar el nombre de la profesión al grado de licenciatura, sino también para, porque se utiliza en el extranjero... se entiende como en todos lados.

**(¿Crees tú que existe como una diferencia en el Asistente Social que se liga más como hacia el asistencialismo, no te parece ese término?**

**R:** Conceptualmente, si... conceptualmente uno podría distinguirse, Asistente Social o Trabajador Social. Ahora, en la práctica a veces no se nota mucha la diferencia... hay incluso a veces en la formación, pero un Asistente Social que sale de un Instituto Técnico, sin tener licenciatura, y en un licenciado a veces tampoco en la práctica se nota mucho, porque yo leo los programas donde uno trabaja que uno termina haciendo la misma pega. Quizás al empezar a buscar fundamentos teóricos, en la práctica, quizás ahí se note un poco más de formación.

**3. ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Yo creo que tiene varias ventajas. Una, y la principal, es que puede abrir la visión que tenga el equipo sobre un determinado fenómeno, que pueda abrir en el sentido de que puede mostrar cosas que van más allá de lo que estaban mostrando el programa, de repente de los objetivos de la política y ver cómo operan, por ejemplo, en los territorios, en las comunidades, en las familias, etc. Por ejemplo, en salud y en salud mental, saca la visión del BOX, de esta visión

más biomédica y empieza a hablar de otros temas, que ahora se conocen como determinantes sociales, pero entrega solamente lo social... de ver cómo se vive una persona, con una determinada patología, por ejemplo, en su comunidad, en su población, en su casa, con su familia, entonces como que abren un terreno ahí, ampliando la intervención. Yo creo que eso principalmente. Otra cosa quizás integrarle, podría ser, que en nuestra formación... nos orienta rápidamente como a la práctica, ¿a hacer cosas concretas ya? Y ehh... yo tengo la idea de que muchos de nuestros pacientes y familias, necesitan esa... esa cosa como bien concreta, como bien objetiva, ¿esas ayudas bien objetivas no? Y uno como Trabajador Social puede y tiene la visión como para hacerlo, vincular a redes, por ejemplo, solucionar problemas concretos, etc. Y no veo desventajas (risas), el Trabajo Social es como bien versátil, entonces en cualquier institución o programa, siempre va a ser un plus.

**4. ¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** Bueno profesionalmente, hay una crítica con respecto al enfoque comunitario acerca de cómo se ha implementado en el plan de salud mental, porque se implementó también desde una óptica biomédica para, con la intención un poquito de complementar la medicina más biologicista, pero sin embargo, ni siquiera hizo eso, como que... lo que logró el enfoque comunitario fue abrir un espacio de redes, de centralizar obviamente las atenciones desde los hospitales psiquiátricos o de los niveles de psiquiatría u otros dispositivos comunitarios, pero no tocó el tema del poder y en comunidad, el trabajo comunitario, el tema del poder es central. Por ejemplo, nosotros seguimos ocupando las mismas categorías de diagnóstico y no nos atrevemos a cuestionar los enfoques de trabajo, no nos atrevemos a abrir espacios de participación real, por ejemplo, a las atenciones de usuarios, de familiares, etc. Entonces mientras no sigamos teniendo todo el poder para definir concreta mente al fenómeno de la salud mental, nosotros ehh, no hay realmente un enfoque comunitario, a lo mejor son experiencias psicosociales muy buenas, positivas, pero comunitario, no creo que exista al menos en Chile, quizás en otros países. Creo que si estas esas ventajas. Ahora se ha instalado el concepto de red, de enlace, ehh de manera bastante fuerte y eso obviamente permite conversarlo en la intervención, pero todavía el peso pesado de la intervención es biomédico.

**5. Según su percepción, ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?**

**R:** Uno como Trabajador Social, debiera traer a la intervención em... los elementos, los factores sociales, culturales, políticos relacionados que están en los márgenes de los programas en los cuales uno trabaja. Por ejemplo, a mí me tocó trabajar en Adicciones, y tenía un concepto que es bien... biomédico acerca de cómo definir la adicción, o definir la dependencia, etc. Sin embargo, cuando uno empieza a conversar con los pacientes y ya se hace necesario abrir esa definición, integrada a la visión de la familia y el hablar con la familia es necesario, uno ve que tiene que acercarse al modo en que vive la familia, dónde vive, a su territorio y ahí aparece la comunidad. Entonces me da la impresión de que el Trabajador Social, debiera ser capaz de hacer eso, de integrar lo comunitario incluso en una intervención tan médica, como la intervención en salud, ¿en el caso de adicciones por ejemplo... ¿ya? Y eso no significa solamente ir a hacer una visita domiciliaria en la cual uno conoce a la familia, sino significa, el

reconceptualizar el... el fenómeno de la adicción, de la dependencia, desde estos factores sociales, culturales y políticos. Yo creo que eso hay que aplicar.

6. **¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R:** Siempre hay una tensión entre lo biológico y.… lo comunitario, por así decirlo. Entre la mirada biomédica, que es la del paradigma de salud mental y los enfoques más, más comunitarios, por decirlo de esa manera, siempre hay una tensión. En algún momento esa tensión se vuelve conflictiva, por ejemplo, en qué momento, cuando hay que definir el tipo de intervención que puede tener preponderancia o.… ehh... claro, como que hay lo que hacer en ese caso. Desde la óptica biomédica, por ejemplo, lo que hay que hacer es controlar la sistopatologia con la visión de la biomedicina, de que estos síntomas son expresión de una patología, que es crónica, que es incurable, etc., o sea que nadie se va a sanar nunca de la enfermedad. Entonces lo único que queda es controlar el síntoma. Pero la visión comunitaria, es una visión, sino es totalmente opuesta, si es una visión que entra en contradicción con lo biomédico, porque desde lo comunitario, la patología no existe desde fuera de como la persona vive su cotidianidad, en su territorio, en donde trabaja, en el modo en que vive con sus familias, como resuelven sus problemas económicos por ejemplo, y tiene este tremendo, que para nosotros al menos acá en el CTA es importante de poder integrarlos continuamente, que es político, de cómo fluye y ehh, el poder como categoría más relacional no? y que por suerte, la idea de que este concepto esté en el enfoque de los determinantes sociales está tocando, entonces ahí permite mostrar que lo comunitario no es secundario, no es una intervención de segunda categoría con respecto a lo biológico por ejemplo, y ahí aparecen los otros profesionales, aparece no solo este psicólogo clínico, que fue quizás el primero que se hizo notar en esto, sino aparece todo el Trabajo Social, todos los del área ocupacional, todo el trabajo de educación... de educadores no? etc. Lo que no vemos todavía, es la política en cómo está evaluada la política, que este haciendo ese tránsito. Por ejemplo, nosotros acá nos piden que informemos todas las prestaciones médicas y si hay un paciente que no tiene prestación medica un mes, nos envían una alarma, un correo, donde nos preguntan por qué esta persona no ha sido vista por un Médico. Nos ocurre los mismo con otras intervenciones, por ejemplo, que esta persona no ha sido vista por el Terapeuta Ocupacional, o por el Asistente Social, no, a ellos no importa, pero si es el Médico. Entonces todavía estas estos programas muy pesados este enfoque biomédico y lo comunitario, cuesta, cuesta sacar... entonces yo creo que ahí el Trabajo Social tiene esa misión, de sacar no solamente, acá decimos, como sacar una pata pa fuera a la comunidad, sino de que integrar la visión comunitaria a la intervención.

**(pero en relación a años anteriores, yo creo que ha habido una diferencia en el enfoque comunitario, que ahora se ha hecho notar más que años anteriores ¿no?**

**R:** Sí, el PNSP de antes y tenía como este apellido comunitario, entonces, claro después se evaluó más o menos no más, en algunos puntos bien mal incluso. Este otro Plan que va desde el 2018 al 2025, integra fuertemente la visión de derechos humanos y de determinantes sociales, entonces claramente es un avance. Lo que nosotros no vemos si, es que esa definición conceptual que hacen, este acompañada por ejemplo de indicadores, de presupuesto, claros y concretos, que uno diga “si mira estamos invirtiendo esta visión”, ¿ya? por ejemplo: "estamos capacitados fuertemente a los equipos en trabajo comunitario o en Trabajo Social Familiar" No, eso no se ve. Entonces puede ser que venga, a

lo mejor más adelante, como el plan recién salió este año, entonces puede ser que todavía ahora falte generar estos, estos presupuestos, etc. Y ahí, yo creo que ahí habría un avance. Si, insisto en lo que decía denante, el tema de... de cómo integrar esta variable que es el poder, que tiene que ver con la participación ciudadana, con los derechos humanos finalmente, yo creo que, si eso aparece en este plan, debiera intensionarse bien concretamente, por ejemplo, generando presupuestos sociales con participación de las personas, si no, no tiene mucho sentido.

7. **¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación de ellos/as o no en salud mental?**

**R:** Hay una participación que es más bien como tratar de integrarla al trabajo que hace uno ¿ya?, como un recurso, como parte de la red del paciente, por ejemplo, a los familiares, lo que se echa de menos, al revés, como intencionamos el trabajo en donde nosotros somos el recurso que va en apoyo a las familias, y de sus formas de vida cotidiana, no, no hay organización acá fuerte de familiares, fuerte en el sentido de que sea una contraparte a la política social ¿no?. Cuando nosotros vemos participación de familiares o usuarios tienes que estar organizados en una organización social y esa participación todavía es débil, es a veces informativa, donde se les cuenta, mira, estamos haciendo esto, ¿quieren venir? Una cosa así. En algunos niveles es más consultiva, donde se le pide la opinión, pero en ningún caso yo he visto, eh, niveles de participación de resolución, donde ellos, los familiares o los usuarios, organizados o no, tomen decisiones concretas con respecto a sus mismos procesos de tratamiento, no se ve, no lo he visto, no, entonces yo creo que la participación todavía es bien simbólica, hay mucho paternalismo, hay mucho asistencialismo, clientelismo incluso, y em, no se ha dado ese paso ¿no? Yo creo que tiene que ver con la forma en que nosotros pensamos en lo social y le tenemos miedo a abrir espacios donde venga gente y nos diga mira, nos cuestione lo que estamos haciendo, quiera involucrarse más allá de lo que nosotros le permitimos, etc.

8. **¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R:** Si mira, en tema de adicciones, yo creo que hay campañas que hacen, por ejemplo, el SENDA, salud, también, sobre todo en el tema de tabaco, yo creo que hay hartas campañas. Podemos algunos, estar más de acuerdo o no respecto al enfoque que utiliza, pero existen esas campañas. Eh, me da la impresión como que queda un tema grande que es el tema del estigma, el estigma social, y mientras no se aborde, insisto, de manera muy intencionada, con objetivos, indicadores, presupuestos, responsables, plazos, en total, un plan, ¿no?, no va a pasar mucho, y es lo que más pesa, la forma en que está estigmatizada la gente que tiene patologías psiquiátricas, e incluso los dispositivos y los trabajadores que formamos parte de los equipos de estos dispositivos, el tema del estigma es muy complejo, no solo en adicciones, en drogas, en otras, por ejemplo, en esquizofrenia ¿verdad?, incluso en depresión, em, ayer escuchaba a un diputado que colocó un twitter ¿ya? diciendo que estaba con una licencia porque tuvo una crisis por trastorno obsesivo compulsivo, entonces, y había como muchas muestras de apoyo, pero también había gente que se reía de eso, entonces tiene que ver con eso, con la forma en que entendemos las patologías psiquiátricas como si fueran locos ¿no? entonces esa etiqueta de loco es muy difícil de sacar y nuestros medios de comunicación las refuerzan continuamente, películas, etc, caricaturas, vi una película, bien conocida que se llama "no estoy loca" algo así, de Nicolás López con la Paz Bascuñan, y es una caricatura inmensa y ridícula acerca de cómo la gente vive un tratamiento psiquiátrico, entonces

seguimos viendo eso, ¿no?. los medios de comunicación tienen ahí un poder enorme para em, por ejemplo, dar a entender cómo funciona la enfermedad de que se trata, etc., y la usa solamente para reproducir el estigma.

9. **¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

**R:** Lo que tengo, hice hace unos años un diplomado en psiquiatría comunitaria, y eh, con la Universidad de Chile, que tenía que ver con un apoyo del ministerio para la educación del Plan de Salud Mental, eh, formación clínica no tengo, solamente por la experiencia que uno va adquiriendo a lo largo del tiempo. Yo creo que para trabajar en Salud Mental es necesario tener una formación especializada, que no solamente complete y complemente la formación de pre-grado, obviamente, sino también para que de herramientas concretas de trabajo ¿ya? eh, esta formación puede ser en Salud Mental ampliamente, puede ser en Derechos Humanos, en participación, obviamente puede ser también en Clínica ¿no?, en terapia, no sé, etc. pero a mí me da la impresión de que si es necesaria.

**(Claro, porque hay algunos que hacen la distinción entre experiencia y especialización y dicen que tener experiencia ya basta con estar como dotado para ejercer la función en el área, pero es distinto decir especialización, en ese sentido sí)**

**R:** La experiencia obviamente siempre va a ayudar en todo, pero en el momento de trabajar y como de ir más allá necesitas una especialización.

10. **¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R:** Cuando yo llegué acá, había un perfil que era bien básico, de hecho, a mi me tocó como construir el perfil, mi propio perfil. como eh, como una de las tareas me dijeron que viera cual es mi perfil, yo tuve que agregar cosas. De hecho, el perfil cuando yo llegué era de Coordinador, entonces, no de Trabajador Social, entonces yo tuve que agregar, eh parte de, ponerle el perfil de Trabajador Social ¿no? y ahí quedó algo más completo, obviamente las tareas y el trabajo de desborda el perfil siempre hay que hacer un poco más de cosas que las que están solicitadas, entonces hay que complementar, completar esos perfiles.

**(Pero eso es porque tú has visualizado que en la intervención es necesario hacerlo)**

**R:** Si, si, o sea, igual lo piden, me piden el perfil todos los años ¿ya?, pero uno debería renovarlo, ir renovando, siempre va agregando cosas.

11. **¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R:** Si, yo creo que sí, yo creo que hay un ejercicio terapéutico en el sentido de terapia, en el sentido de un trabajo orientado al cambio personal de las personas, eh planificado, racionalizado como quieras entenderlo, por ejemplo, hacer orientación, consejería. Ahora, un ejercicio psicoterapéutico o eso nosotros no lo hacemos, yo no lo hago, no lo hago, no se po, a mí me toca ver familias, intervenir familias, pero no me animaría a decir que hago terapia familiar, yo creo que es necesaria una especialización, yo creo que sería importante tenerla, em, porque si bien en este rato a mí no me toca, acá en el CTA hacer terapia, si tengo

que ver todos los días pacientes, es bien interesante poder tener esa especialización.

**12. Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R:** Si, hay un tema con todo esto de la terapia, ¿no?, en Trabajo Social, que em, para mí la diferencia está en que es dentro del Trabajo Social, una especialización, así como hay gente que se especializa, por ejemplo, en Trabajo Social Comunitario o Forense o con niños o adulto mayor, etc. y tiene que hacer, que se yo, un diplomado en gerontología o cosas así, en Salud Mental de manera que puedas en algún rato hacer terapia ¿ya?, terapia social si uno quiere llamarlo o psicosocial o directamente psicoterapia, etc., pero una especialización importante, que implica supervisión, que implique ojalá en algún momento acreditación, etc. la diferencia está en eso, que te va mostrando que hay un área de trabajo donde vas fortaleciendo y eh y también es interesante esto, porque van desapareciendo algunas habilidades que a lo mejor tenías, y que ya no las ocupan en esta área, por ejemplo, a mí me cuesta mucho en este rato, ayudar a alguien que necesita tener acceso a beneficios sociales, ¿ya?, porque hace harto rato que no lo hago, entonces no sé cómo orientarlo, es como, no sé, oye, necesito postular a una vivienda, ah!, vaya a hablar con un Trabajador Social, yo no lo sé hacer, no sé qué decirle, tendría que estudiar, investigar, etc., entonces también esas partes como se fueron perdiendo, si alguien necesita sacar por ejemplo, la ficha de familia o solucionar algún tema concreto con su AFP, no sé hacerlo.

**(Igual eso puede depender de la unidad en que trabajes, porque hay algunos Trabajadores Sociales que están en el área de Salud Mental pero igual sus funciones se dirigen a...)**

**R:** Exactamente, si, acá por ejemplo, cuando se integró hace poco otra Trabajadora Social, le dijimos, lo que necesitamos es que hagas terapias de grupo ¿ya? lo que necesitamos es que hagas gestión de casos, es que trabajes con Tribunales, etc, en ningún momento le dijimos, mira, tu tienes que ser la ventana de Chile Atiende, no no, porque para eso eh, necesitamos otro perfil, yo creo que ahí está la especialización también.

**13. Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R:** Si, a mí me toca coordinar el equipo, en la práctica, en relación a la pregunta anterior, no te dice exactamente qué significa coordinar al equipo. En la práctica, uno sabe que em, significa hacer que determinadas cosas funcionen, desde que haya, que se yo, papel confort en el baño, hasta que estén los currículos al día para una supervisión, o las fichas clínicas ordenadas, pero también ve que pacientes van a ingresar al programa, que pacientes van a ser egresados, entonces es como, como coordinador, tengo que estar, si no lo hace todo, obviamente, estar atento a todo ¿no?, esa es como la función y, interesante el tema del equipo multidisciplinario porque para mí también ha sido importante tratar siempre de introducir una visión a como se está pensando, interviniendo con los pacientes, ¿no? y esa misión para mi tiene que ser eh, integrar factores que están más allá de lo clínico, más allá de lo biológico, más allá de como se está conceptualizando la patología psiquiátrica, tiene que ver con el modo, incluso más allá de como lo está viviendo una familia, ¿ya? de cómo. determinado tema, eh o problema social aparece en el contexto político, social, cultural inclusive y qué pasa con eso en la intervención, por ejemplo, el tema género, em, o el tema de

clase, pacientes con más o menos recursos, que son tratados de distinta manera en un centro de tratamiento producto de eso ¿no?, de su interacción familiar, económica, etc. para mi esos temas son importantes meterlos, Derechos Humanos, ahora, el último año estuvo muy sensibilizado con respecto a ese tema y eso desde la coordinación que trato de hacer aquí, es más, entre comillas, un poco más fácil hacerlo, em, o intencionarlo, eso es importante al menos en este equipo.

**(Claro, porque independientemente de que seas coordinador ¿Cómo has percibido tú el posicionamiento del Trabajo Social en el equipo? porque puede ser que a lo mejor un Trabajador Social en otro equipo no sea coordinador y tal vez la posición esté como un poco más...)**

**R:** Hay una visión acá, yo creo que todavía eh del Trabajo Social como asistencialismo, por ejemplo, hace no mucho incluso, este año una paciente necesitaba lentes, entonces a propósito de que se integró una trabajadora social al equipo, entonces ¡Ahh que se lo tramite la asistente social, lo de los lentes!, entonces fue como otra vez que alguien coloque otra vez el tema de lo que te toca a ti es hacer asistencialismo. Pero yo creo que siempre hay una tensión con respecto a eso, a como otros profesionales califican o entienden tu rol y te piden cosas que están asociadas a esta visión del trabajo social que es la visión más asistencial, al acceso de beneficios.

**14. Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**(Bueno esa igual se puede responder un poco con la anterior… que en este caso ha sido positiva).**

**R:** Si yo creo que sí, de hecho, nosotros cuando el año pasado pensamos que teníamos horas para fortalecer el equipo, lo primero que pensamos fue en el trabajo social. Porque no había alguien que estuviera cien por ciento dedicado ejemplo al tema de familia, vulneración de derechos, tribunales, esa era un área y la otra área era por ejemplo trabajo, beneficios sociales, etc. Y había un tercer tema a tocar que tenía que ver con el …cómo había profesionales que pudieran constituir un programa que este todos los días o casi todos los días y que pudiera tener una visión en conjunto dentro del programa y ahí se pensó en un trabajador o en una trabajadora social. Entonces yo creo que el equipo también esperaba que hubiera … que pasaran ciertas cosas, y que ha pasado, tienen una percepción bien positiva de la persona que se integró y de la disciplina, por lo tanto.

**(La pregunta que viene ahora aquí se modifica, ahora se dirige a ¿Qué opinión le merecen las Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud? Ya que en este caso sabemos que si conoce las Normas Técnicas.**

**15. ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**R:** Mira, yo las conozco, las leí, no las he revisado bien. De hecho, tenemos pendiente con un grupo de compañeros de poder hacer una valoración crítica y que ahora en noviembre estamos invitados a hacer este ejercicio de evaluación crítica, ehm … yo creo que era algo que necesitábamos hace rato. El documento anterior, era antiguo y hace rato que había quedado fuera de lo que uno realmente hace y lo que más me importó de esta última orientación es que se incluyera fuerte el tema de derechos y que se incluyera también la perspectiva clínica ¿Ya?, ehm … así sin prejuicios, y sin pedir permiso también, así como que se fuera integrando el trabajo social de salud mental una perspectiva de trabajo social clínico. ¿Ya?,

porque había muchos colegas que estaban haciendo clínica y no se visualizaba su trabajo y hay mucha gente que quiere hacer clínica, que quieren formarse, pero necesitaban un respaldo, un respaldo institucional, de política social y en este caso del Ministerio al aprobar estas normas y hacer un reconocimiento de ese trabajo. ¿Ya?, obviamente queda todavía un montón de tareas por ehm… para que esto pueda hacerse efectivo. Por ejemplo, que esté reconocido en el código sanitario, que este en Fonasa, etc. Eso queda pendiente, pero yo creo que lo más importante de ésta última norma es que amplió el documento de 1992, amplió otras visiones, la misma visión crítica, está integrada en el trabajo social de salud y ésta … que fue lo polémico de esta visión del trabajo social clínico.

16. **Siguiendo la pregunta anterior, ¿Cuál es su percepción respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se traducen a cabalidad en cuanto a la realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil?**

**R:** Conozco algunas, en el trabajo psicoterapéutico con familia y con personas, que fue la parte polémica de estas normas, donde hubo ese atrevimiento por así decirlo, de decir que vean trabajos sociales que están haciendo psicoterapia familiar, terapia familiar, que están haciendo terapias individuales inclusive en unidades de salud mental especializadas y ese reconocimiento para mí fue vital. El resto de las funciones es un poco lo que uno sabe que … ehm… porque haber estas normas no fue como … si bien son unas orientaciones fue hacer como una especie de puesta al día del trabajo, un reconocimiento de lo que se está haciendo. Ehm … echo de menos por así decirlo una visión de futuro de perspectiva, quizás lo único que uno podría rescatar con respecto a eso es o del trabajo social clínico, de decir mira para allá va un poco la profesión en el área de salud mental. Ehm … pero el resto de la normas y funciones es un reconocimiento de lo que se está haciendo actualmente en trabajo social, en el trabajo con redes, el trabajo familiar, el trabajo fuertemente en trabajo grupal también ¿no?, ehm … yo creo que eso es importante.

**(Entonces, por lo tanto, ¿Habría como un reconocimiento a cabalidad de que las funciones que ahí son las que se ejercen en la profesión?)**

**R**: Si, sí, ajá.

**(¿Qué consideraría además agregar al perfil?)**

**R:** En este rato no, en tanto describir funciones, como esta puesta al día me parece que no. Yo creo que, si queda pendiente para este documento, para cualquier documento ah, el tema de mostrar que alcance tiene en términos de tiempo, que alcance tienen las orientaciones en un periodo de cinco años, no sé qué plazo tiene por ejemplo y cuáles son los mecanismos de revisión ¿ya? Ahí yo pudiera en algún rato retroalimentar con respecto a cómo están operando las normas, etc. Eso queda pendiente, para que sea efectivamente un instrumento útil, y no quede solamente con este ponerse al día, si no que sea un instrumento de trabajo que se pueda proyectar.

17. **En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?**

**R:** Solamente, por lecturas, de autores alemanes, españoles. Ehm… el año pasado y este año principalmente a través del contacto con algunas personas que están haciendo trabajo social clínico y con la idea de que se pudiese incluso hacer como lo habíamos conversado con algunas universidades. Ehm… a mí con

respecto al trabajo social clínico, lo veo como una parte del trabajo social en salud mental. Trabajo social de salud mental o en salud mental, algo que es un paragua más grande, pero que tiene una parte más clínica pero que no … que lo contiene, pero no todo trabajo social en salud mental es clínico. Entonces, no estoy de acuerdo con quienes piensan que es lo mismo o debiera ser lo mismo. A mi da la impresión de que es importante que se reconozca como una parte de trabajo social en salud mental ¿Ya? Hay trabajo de salud mental que tiene que ver con prácticas de grupo, de familia, y de comunidades que no son clínica, o son crítica a la visión clínica, dicen que siempre ha sido más conservadora, adaptativa, etc. Entonces mientras lo clínico no desborde esa categoría, para mi sigue siendo importante verlo … ver la salud mental como más amplia ¿No?, más extensa y que contenga lo clínico. Considero al trabajo social clínico como una parte del trabajo social en salud mental. No todo el trabajo social en salud mental es clínico ¿Ya? Y lo clínico no es el paragua de la salud mental, al revés ¿No?, la salud mental es el por así decirlo, esta categoría que es más extensa.

**18. Siguiendo la pregunta anterior, según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención?**

**R:** Pensando que el trabajo social clínico es ejecutado por un especialista, que ha sido formado en clínica, en psicoterapia, ehm … yo creo que lo que a mí me hace mucho sentido tiene que ver con colocar o trabajar orientado a objetivos de transformación, individual, social, familiar como uno quiera llamarle, grupal incluso, ehm … y que eso sea lo clínico ¿Ya?, por ejemplo, psicoeducación para mí no es un trabajo clínico, psicoeducación familiar, individual o de grupo ¿Ya?, hay modelos muy interesantes psicoeducativos que se usan en salud mental, son fantásticos, incluso yo los he utilizado, pero eso no es clínico. Lo clínico, tiene que ver con formas de hacer terapia y simplemente psicoterapia dentro de un formato que implica la búsqueda intencionada de transformaciones personales ¿Ya?, en donde los otros, el grupo, la familia, familiares aparecen como recurso de transformación. Y ehm … a mano de un especialista que trabaje epistemología, teoría y herramientas clínicas, debidamente formadas, supervisadas y aplicadas. Estoy de acuerdo con esa intervención, y es una intervención para mi propia, históricamente ha sido propia del trabajo social y lo bueno es que ahora existe una relevancia y se está formando y civilizando y además legislando.

**19. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Quizás agregar no más, que a mí me da la impresión de que ahora en este rato, es un buen momento para trabajar nuevas perspectivas en trabajo social en salud mental. Nuevas, viejas perspectivas por así decirlo. Porque, por ejemplo, derechos humanos es una definición que se ha hecho hace rato en trabajo social en salud mental, pero recién ahora yo veo una intención concreta de poder hacer inversión en programas con una visión de derechos humanos ¿Ya?, porque se está pidiendo referentes por ejemplo en temas como género, o integrar perspectivas de derechos recién ahora, se les está colocando nombre, plazos, ehm … presupuesto a este tema, ahí falta harto. El tema, de los determinantes sociales me parece que es una oportunidad tremenda para validar el trabajo social ¿Ya?, que es incluso el trabajo con patologías muy concretas, como adicción, esquizofrenia, y decir mira el ochenta por ciento de lo que le pasa a una familia o a la persona que está enferma ocurre relacionado con la manera en que vive con la forma en que trabaja, con la forma en que resuelve sus problemas económicos, con el lugar en donde está su casa, como accede a salud, etc. También eso es trabajo social. ¿Ya?, entonces ahí también hay una parte importante que se está ahora validando, el tema de genero obviamente que ahora se está … que también

lleva ahora un buen rato, pero … el tema de estigma en salud mental, que los programas incluyan de forma intencional políticas de trabajo para abordar el estigma social. En patologías psiquiátricas, pero también en adicciones. Queda un tema que tiene que ver con la ley de salud mental. Chile no tiene ley de salud mental, yo creo que los trabajadores sociales tenemos ahí un … una oportunidad también para mostrar que elementos debería contener esta ley ¿Ya?, la leyes que se están discutiendo ahora en el congreso, y la última que aparece ahí como borrador es bien débil en integrar la visión social, no la integra, o la integra de una manera un poco ingenua ¿No?, con esta idea de contexto social, esta idea de las cosas que pasan fuera de las personas y que no tiene que ver con lo que evidencia al día a día, eso no está claro. Entonces yo creo que ahí también uno debiera como trabajo social meter un poco la cuchara y hacer sentir la voz en colegio de asistentes sociales, en organizaciones, los académicos etc. Eso.

- **Entrevista: Profesional N°2**

Institución: Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
Fecha: 9/10/2018

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R:** Mi nombre _____, tengo 40 años. Soy Asistente Social de la Unidad de Psiquiatría Infantil y de Neurología del Hospital Gustavo Fricki y llevo 13 años ejerciendo en el área de salud mental.

2. **¿Como se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R:** Yo me identifico como Asistente Social porque mi titulo dice Asistente Social y la fomraciòn que yo recibí, tiene una orientación distinta a la que tiene la escuela ahora como Trabajador Social, que es mas operativa, esta mas tecnificada, una formación un poco mas holistica, más dinámica.

**(¿y a pesar de que haya recibido esa formación, de igual forma se identifica como Asistente Social?)**

R: No

3. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Las ventajas, son muchas (risas). Bueno, comenzando por traer al Box o traer al... espacio más clinico el contexto de los usuarios, sus familias, conocer su historia, porque hay mucuhas situaciones que se podrian confundir con un sintoma y en verdad tiene que ver con su cultura, con su cultura familiar, de comunidad. Por ejemplo, nosotros tuvimos un niñito, paciente pequeño que le tomaron un test de inteligencia y una de las preguntas del test, era define domestico y el niño dijo, son las personas que roban en su casa y la psicologa lo marco como malo, entonces le bajo su puntaje y, por lo tanto, su nivel de inteligencia era menor. Pero el vivia en un contexto en donde habia muchas personas que habian estado privadas de libertad y que estaban ligadas al trafico, donde efectivamente ser un domestico son las personas que robaban en su casa para el consumo de drogas y eso es una variable que debe estar inserta al momento de definir una patologia en el ambito de la salud mental. Desventaja... yo creo que para los equipos y los usuarios, no, pero para nuestra carrera, si. Porque muchas veces los trabajadores sociales o asistentes sociales toman como

un rol más administrativo y se dedican harto al tema como de llenar estadisticas, de ordenar y eso merma de alguna manera las capacidades profesionales que tenemos nosotros, entonces se pierde un poco la visiòn del Trabajo Social y se prioriza un tema mucho mas administrativo, entonces yo pienso que es una desventaja para nosotros como profesion, pero cuando los profesionales toman un rol activo de trabajadores sociales, de salir a terreno, de tener contacto directo con las familias, con las comunidades escolares, acá por ejemplo, en salud mental infantil, yo no le veria desventajas, ni para los usuarios, ni para el equipo.

**4. ¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** Bueno, yo creo que el modelo, es muy buen modelo, que recoge las riquezas de las historias de las comunidades y desde ahí, yo siento que nos da, la gran oportunidad de generar estrategias especificas para las comunidades y nos da la oportunidad como asistentes sociales de poder empoderar a la población para que se haga cargo de su propia salud mental, y de esta forma realizar una prevención real, no cuando el problema ya este instalado, sino que es antes. Generar estilos de vida más saludables, generar lazos comunitarios mas fuertes, disminuir la marginalidad y eso nos permite a nosotros como equipos de salud, tener una mejor respuesta, para lo que tenga una base mas biologica y no de contexto porque hay muchas, como patologias en salud mental, que se generan por el contexto y no porque las personas tengan un diagnostico, por ejemplo, psiquiatrico severo, hay tratastornos adaptativos, hay depresiones gatilladas a proposito de situaciones que viven los niños, en sus colegios, en sus casas, el tema del bullying por ejemplo. Entonces el enfoque comunitario nos permite a nosotros salir de los hospitales, salir de los box y acercarnos a la comunidad,estar con ella, participar con ella.
Yo creo que es desvantaja, lo dificil de aplicarlo, porque la politica nacional que ha guiado toda la historia de salud mentalen nuestro pais, tiene una visiòn biomedica, que lamentablemete no ha logrado simpatizar con este enfoque. Entonces hay equipos que tienen hartas ganas de salir...entonces lamentablemente, esta mirada biomedica marca un poco la exigencia de los equipos de salud, los miden por metas, los miden por cumplimiento. Entonces salir ala comunidad, es super dificil, porque no es como te van a medir tu rendimiento como trabajador, entonces el espacio que ha quedado historicamente, del modelo comunitario en salud mental, son los CONCE, que son las comisiones mixtas de salud y educacion que estan en atencion primria, en donde se convoca, a la comunidad organizada, juntas de vecinos, club de adultos mayores, adolescentes, escuelas, programa colaboradores de SENAME, etc, donde se deben relevar las problematicas o preocupaciones que la poblcion ve en su entorno y es el CESFAM, el que guia esta discusión y el que genera estas estrategias, y ese espacio y con harto orgullo lo dgo, sigue siendo liderado por las asistentes sociales de atencion primaria, que son parte de los equipos de salud mental.
Entonces es una ardua tarea, implica harto compromiso, porque trabajar en comunidad, significa trabajar despues de las cinco de la tarde, porque la gente a esa hora llega a sus casas, entonces pasa mucho por las ganas y por lo comprometido que este el trabajador que este a cargo de ese espacio. Eso, tambièn es una desventaja, porque hay gente que esta mucho mas motivada que otra y que tiene un... unas preferencias por salir a terrerno, porque hay colegas que en verdad le gusta mucho mas el trabajo de oficina, de atencion directa, de caso y no asi, de familia y de comunidad, y es valido, pero esa son como las dos desventajas que yo veo. El tema de que el horario es dificil y que estamos marcados por el enfoque mas biomedico.

**5. Según su opinión ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?**

**R:** Mira, cumple varias funciones. El trabajador social o asistente social, es la puerta de entrada a la continua salud. Cuando tu como persona natural, tienes algun problemaa... vamos a poner un ejemplo, ustedes que son bien jovencitas, desean iniciar metodo anticonceptivo ¿ya?, entonces se acercan al CESFAM y la puerta de entrada para ustedes va a ser Servicio Social, donde les haran una entrevista y les van a preguntar poque ustedes quieren iniciar un metodo anticonceptivo. Junto con eso, viene una consejeria, les entregaran su metodo conceptivo: oral, de barrera o el implnanon, les daran una hora con la matrona. Pero, ademas, la trabajadora social, va a hacer un acompañamiento de ese meotdo anticonceptivo, si ustedes tuviesen menos de 18 años, haran una visita domiciliaria, entonces, la funcion del trabajador social, es ser el filtro de la atencion, es quien conecta con todas las demas especialidades, por eso es tan importante. La segunda como funcion bien importante que realizan, es liderar las visitas domiciliares integrales que se llaman ahora. Nosotros tenemos en nuestra carrera, en nuestra malla, nos enseñan, visita domiciliaria por el trabajador social, que tiene un objetivo, que tiene una forma, que tiene una pauta distintaa. Las visitas integrales la realizan un trabajador social con otro miembro del equipo y en general tiene que ver con dos tipos de cosas, con hace rescate de pacientes que esten ausents de control o de tratamiento y, con aumentar la adherencia a tratamientos. Entonces la vision que impone el trabajador social al guiar un trabajo como este, implica un compromiso familiar, implica ademas, generar una sensibilidad especial en el equipo de salud, que no tiene la formacion en el pregrado que tenemos nosotros ¿ya?. Otra de las funciones importantes, es la brecha ccomunitaria, es poner de verdad en la mesa, un lenguaje distinto, que es el lenguaje comunitario. O sea, aqui hablamos en el modelo comunitario, por ejemplo se habla de cultura, se habla de territorio y territorio es distinto a comunidad, y esa, esa sensibilidad, solo la tiene un trabajador social y que, ademas, esta sensibilizado en el tema. En el CONCE, una de las misiones importantes es, relevar cuales son las redes que están presentes en el territorio, que circunscriben en el CESFAM o el CECOF, pero además implica rescatar los recursos de esa comunidad, que es difícil rescatar un poco los recursos económicos, los recursos de infraestructura, pero por sobre todo hay que rescatar los recursos que están implícitos en las personas que son los agentes claves dentro de una comunidad, ese encargado de la junta de vecinos, ese encargado del club de adulto mayor, que son personas que tienen un rol de liderazgo dentro de sus comunidades y ese trabajo, los hacen los colegas, entonces tienen harta pega.

**6. ¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R:** ¿En qué nivel? ¿Primario, secundario o terciario?

**(Secundario y terciario)**

**R**: A ver ... el enfoque biopsicosocial efectivamente está bien instaurado en los equipos de salud mental, hay por lo menos tres profesionales que intervienen en los casos clínicos, que es el usuario y su familia, pero la participación comunitaria, como tal, como la pueden entender ustedes, como la entiendo yo, en un espacio como este, que es un servicio de alta complejidad, no es tan fácil, es posible, pero no es fácil. Entonces, en general lo que nosotros hacemos, es priorizar que comunidad es la que nosotros necesitamos que esté presente acá. En infantil, cuando trabajamos con

niños y adolescentes, la comunidad educativa es la que cobra la mayor relevancia. Cuando trabajamos con adultos, la comunidad que toma mayor relevancia es la comunidad laboral y la comunidad que conforman los espacios de rehabilitación comunitaria y que tienen que ver con los espacios en donde los usuarios se van a desempeñar, donde pasan la mayor cantidad de tiempo. Por eso, se hace una diferencia en la comunidad que queremos insertar. Nosotros trabajamos bien de la mano con los colegios, que es donde los niños pasan seis horas al día y trabajamos bien de la mano con espacios, por ejemplo, con los hospitales diurnos, que son comunidades pequeñas, pero que son terapéuticas, pero que, sin embargo, no pierden la esencia de comunidad... de ser un espacio protector, generado por varias personas.

7. **¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación o no en salud mental?**

**R:** En los espacios de infancia y adolescencia, la verdad es que la adherencia es altísima, los niños vienen porque los traen, y las mamas y papas o tutores, vienen porque en verdad están bien preocupados por la salud y la salud mental de sus niños. Lo que tenemos, cuando nos baja la adherencia, nosotros es la adherencia a los tratamientos farmacológicos en la adolescencia, porque los chiquillos no quieren tomar medicamente. Porque les hacen bullying, porque en el colegio les dicen que son drogadictos, porque están aburridos. Entonces... eso nos invita a nosotros y nos genera el gran desafío, de generar estrategias que a ellos los motiven, que le hagan sentido y ahí es donde nosotros tranzamos con nuestros usuarios y tienen una voz activa, una participación en sus propios tratamientos y llegamos a acuerdos. No quieres tomarte el medicamento, listo, vamos a tomar no sé, dos se adecuan, no quieren venir toda la semana, entonces vamos a coordinar con otro programa que te vaya a ver a tu casa, vienes para acá, hay menos gente mirando. Logramos generar acuerdos también dentro de las familias, el tema de las normas. Por lo tanto, siempre requerimos de la participación de nuestros usuarios y sus familias. Tenemos un porcentaje, que no es el mayor, que son los niños que vienen de sistemas protecciones, donde los adultos están habilitados a venir y nosotros estamos obligados a atenderlos. Entonces eso genera un setting, un espacio terapéutico distinto, por qué es distinto, porque a ti te obligan a hacer algo. Y ahí, es donde tenemos hartos papas que están en contra de los tratamientos farmacológicos, te dicen, yo no les voy a dar ningún medicamento a mi hijo y tú ves la necesidad de que efectivamente, eso es necesario y es una vulneración grave de derechos y ahí es donde ingresa un ente superior, el Poder Judicial, quien ordena esto, y dice bueno, usted papa tiene que, sino están son las sanciones y ahí entran a formar parte de este equipo los Programas Colaboradores de SENAME, con los que nosotros tenemos reuniones y tratamos de consensuar los objetivos, ellos los ven más que nosotros, porque van a sus casas, hacen intervenciones en los colegios. Y la idea es mantenernos todos trabajando para el mismo lado, porque aquí es fácil como desordenarse. Entonces cuando la motivación y la participación están en este contexto más obligado, el desafío de nosotros que, a estos papas, les haga sentido y que, gracias a dios, en un alto porcentaje, tenemos buenos resultados. Siempre hay personas que desertan, que se niegan a tratamientos, personas que se van enojadas de acá, personas que dicen que en verdad esto no les sirve absolutamente para nada, como en todo orden de cosas. El equipo tiene una misión de abrir espacios para la participación.

8. **¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R: ¿En qué sentido? y ¿para quién?**

(Hacia los usuarios en general, por ejemplo, no sé, en la temática de Salud Mental de drogas SENDA da algunas, como campañas educativas hacia la población, ¿Existen en otras áreas de Salud Mental a lo mejor algunas campañas, o instancias educativas hacia los usuarios?)

**R:** Hay un espacio que se hace todos los meses, en cada CESFAM, donde se invita a todos los miembros de la comisión mixta Salud- Educación. Eso se hace una vez al mes, históricamente, y ahí se hablan diferentes temas donde va incluido el tema de Salud Mental. Eso es como lo más amplio que tu ves, que es política nacional ¿ya?, eso pasa en todas las comunas. Hay experiencias que son más locales y que tienen que ver por ejemplo con la Corporación de Educación, específicamente con las duplas psicosociales que están en los colegios, los que trabajan con nosotros en algunas temáticas específicas que tienen que ver, por ejemplo, con el manejo de, de regulaciones emocionales en aula, pero eso es algo como local. Existen también instancias como las campañas de difusión, que hacen en las ferias de salud, donde hay stand de Salud Mental, em, existe un programa que es un convenio ministerial, que es el programa, em de espacio amigable, que realiza educación a la población en general, respecto a sexualidad responsable, ¿ya? y eso es, va variando. Hay otro espacio de educación, em, que tiene que ver con la prevención del suicidio que es un, una norma técnica a nivel nacional también, y, que en esta comuna en particular se aplica a través de la generación de, em, Consejos Consultivos Adolescentes, que hoy día hay tres, hay cuatro, uno que lleva la OPD, uno que lleva el PREVIENE, y dos que lleva la Corporación Municipal de Salud. Y hay espacios bien locales que tienen que ver con iniciativas, por ejemplo, nosotros tenemos una escuela de líderes adolescentes que se ha desarrollado durante cuatro años y ahora estamos prontos a empezar la cuarta versión, que tiene que ver con educación en Salud Mental, especifica para la prevención de suicidio en el ámbito escolar. Entonces hay cosas que son nacionales, y hay experiencias bien locales.

**(Su percepción sobre estas actividades, ¿Cuál sería?)**

**R:** Mira, las que tienen como carácter nacional, son difíciles de implementar, porque viene con un, con metas que cumplir, viene con metas asociadas, entonces, es difícil para un trabajador, em, generar estrategias de participación pero que a demás tengan que cumplir una meta, porque la sensación que le deja a la población y que ha pasado en varias oportunidades es que las personas generan estos espacios sólo para cumplir con su trabajo, y no es que les importe realmente, la participación, ¿ya? y ahí la población se enoja y tenemos la experiencia de que lamentablemente, en Viña, por ejemplo, todavía no se podido instaurar un Consejo Consultivo, se ha intentado durante años y nunca ha resultado. Cuando las experiencias son locales, la diferencia es que tu conoces la historia de tu comunidad, y partes con un Diagnóstico Participativo que te da las luces por donde ir y que es lo que a esa población en específico le hace sentido y qué es lo que necesita y que cosas han resultado y que cosas no han resultado. Entonces, las experiencias que están más ligadas a las bases, cuando la necesidad nace desde la población hacia los equipos de salud tienen mejores resultados que las que nacen desde la política nacional hacia la comunidad.

9. **¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

**R:** Yo tengo dos diplomados, uno en abordaje de tratamiento de abuso sexual infantil desde el psicoanálisis, y otro de em, tengo otro diplomado en abordaje de violencia masculina y a demás hice una pasantía en Buenos Aires, en ese tema en específico, yo si creo que es necesario la especialización, yo no creo que cualquier Trabajador Social terminando la Universidad pueda insertarse en un espacio de alta complejidad como esta, a nivel secundario y terciario, pero a demás tiene que ver con el cambio que ha tenido la malla curricular de pregrado, donde lamentablemente, en el último tiempo se han ido cerrando los ramos, por ejemplo de psicopatologías o de salud pública y tiene que ver con algo tan básico como es el lenguaje, cuando un alumno llega acá a hacer su práctica, tiene que estudiar de lo básico de lo básico, o sea, aprender qué es tal diagnóstico, porque o sino no va a entender nada en una reunión clínica. Entonces en la medida que el perfil de los profesionales que egresen sea más general, mayor especialización van a requerir para espacios como este, pero sólo por eso.

**10. ¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R:** Mira, el perfil de cargo, con el que se llama a concurso para ocupar el, la planta profesional, es bien amplia, y eso te da la libertad un poco de organizar tus labores, también dependiendo de tus intereses y de tus aptitudes y a lo largo del tiempo como los programas y las unidades son bien dinámicas, van cambiando los objetivos estratégicos que guían el trabajo, y eso implica que uno tiene que ser flexible para ir adaptando su trabajo a las nuevas exigencias laborales, pero hay algo que es un escalón más abajo, que es la forma de desarrollar el quehacer profesional y eso yo siento que no cambia, que tiene que ver con una estructura, que te da la escuela, eh, por ejemplo con la atención de caso independiente del tema en el que tu estés, el abordaje del caso siempre va a ser el mismo, porque tu vas a iniciar con un diagnóstico, vas a proponer una estrategia de intervención, vas a desarrollar esa estrategia, y vas a evaluar, tomando todas las variables que vayan apareciendo en este flujo y eso lo vas a hacer en educación, lo vas a hacer en salud, lo vas a hacer en cualquier parte. Entonces, lo que va cambiando, acá, es el tema, pero la forma, en general se mantiene constante.

**(y, en base a la respuesta anterior, ¿Cuales son las funciones que realmente ejerce en el área?**

**R:** Yo tengo atención de caso directo, el usuario y su familia, em, asisto a consultorías, que son espacios donde se analizan casos, el equipo de atención secundaria se traslada a un CESFAM de la comuna, el CESFAM presenta casos con los que ellos tienen algunas dudas y lo que uno hace es como una supervisión clínica, uno entrega algunas orientaciones, su opinión profesional, para guiar el accionar, em, participo también en, yo estoy en dos programas, en el programa de adolescencia y estoy en la unidad de neurología infantil, tengo horas en psiquiatría y en neurología, entonces, hago ingresos de pacientes nuevos, con el médico psiquiatra, trabajamos en dupla y lo que hacemos ahí es, em, realizar la primera entrevista, como el primer acercamiento al usuario y definir un poco hacia donde va el tratamiento de este usuario, entonces como Asistente Social, lo que yo hago es la evaluación familiar, la evaluación de sus redes, si hay algún otro programa interviniente, me contacto con ese programa, se genera un plan de tratamiento y apoyo social, si se sospecha por ejemplo de situaciones de carencia económica, se hacen las gestiones para los beneficios correspondientes, hago informes sociales, si hay vulneraciones de derecho se realiza la denuncia, yo voy a las audiencias, hago visitas domiciliarias en los casos que se requiere para rescate o para generar adherencia en tratamiento o para supervisar el tratamiento en sus casas, eh, tengo contacto con otros hospitales, cuando los usuarios se

van trasladados, uno hace un cierre del proceso acá, se comunica con el colega, le hace una entrega del caso, de la documentación con la que se acompaña, em, y en lo administrativo, llevo algunas estadísticas, por ejemplo, de los niños que están en algún programa colaborador del SENAME, em, eso, en general.

**11. ¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R:** Ya eso tiene que ver, me imagino yo con el tema como de Trabajo Social Clínico, eeh, esta es una opinión bien personal, yo creo que acá hay que hacer una diferencia entre lo que es el trabajo social en salud mental y lo que es el trabajo social clínico, que son dos cosas muy distintas. El trabajo social en salud mental, tiene que ver con todo lo que hemos conversado ahora, con el nivel de caso, con el nivel de grupo, con el nivel de comunidad. El trabajo social clínico nace al alero del trabajo social de caso y tiene que ver con el trabajo en el uno a uno en el box. Yo, la verdad que creo que para ejercer un trabajo social clínico es necesaria la especialización y la supervisión clínica, como tal, con hartas horas de supervisión, con bastante formación, pero que no lo vas a encontrar en unidades de salud mental, porque no está considerado dentro de las funciones que tiene que debe realizar un trabajador social. La norma técnica que apareció en marzo, de este año, tiene un acápite especial de lo que es el trabajo social en salud mental que lo iguala al trabajo social clínico y la definición que entrega el Diego Reyes, tiene que ver con un trabajo terapéutico, con una psicoterapia, de hecho el la define como psicoterapia, nosotros no hacemos ese trabajo acá, nosotros tenemos un trabajo terapéutico si, porque cualquier persona que acompaña un proceso en cualquier ámbito de la salud mental es terapéutico y que tiene que ver, por ejemplo, con el rol que se ejerce en rehabilitación de drogas. Todos los profesionales que intervienen, son terapeutas, lo mismo acá, pero eso no implica, que mi labor profesional se va a reducir a el trabajo en el box en el uno a uno, yo puedo ser co-terapeuta en intervención familiar, para abrir temas, por ejemplo, que eso yo si lo hago, pero no soy yo quien lleva el proceso, sino que soy parte de un equipo que interviene en momentos específicos, entonces, eh, yo siento que lo que hay que especificar, es que el paraguas más grande que sostiene al trabajo social clínico es el trabajo social en salud mental, donde la riqueza del trabajo en grupo y de las comunidades no lo podemos perder.

**12. Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R**: mmm, yo siento que el perfil tradicional del trabajador social tiene que ver mucho con el hacer, con el generar, con el construir, con el co-construir, en diferentes ámbitos y el trabajo terapéutico tiene un poco más que ver con, lo que pasa es que, esta línea de trabajo social clínico que nace en Chile, nace al alero de los programas de Reparación en Maltrato Grave, que son los PRM de SENAME, entonces ahí, efectivamente, los colegas que trabajan en los PRM, tienen un trabajo directo en el uno a uno con los usuarios y toda la labor que tiene que ver con las coordinaciones escolares, las coordinaciones con el trabajo, las visitas domiciliarias, todo lo demás, lo están tomando los técnicos en trabajo social, entonces, lamentablemente, y lo digo con harta pena, por ejemplo, acá llega mucho técnico pidiendo entrevista para coordinar casos. Nosotros como unidad tomamos un acuerdo que no nos vamos a entrevistar con técnicos en trabajo social, solos, si vienen con el psicólogo o con el trabajador social a cargo del caso, ningún problema, porque la información de un usuario en salud mental, es una información que hay que cuidar porque en muchas ocasiones se pueden mal utilizar los diagnósticos, en todo lo que a ustedes se le pueda ocurrir.

Entonces, los técnicos, sin desmerecerlos, su labor, no es esta, esto es trabajo social, porque somos nosotros los encargados de generar un plan de tratamiento, algo que va a orientar y que va a canalizar toda la información que se tiene de un caso, por lo tanto, si perdemos de vista eso, que el trabajo social es mucho más amplio que el trabajo en box, claramente nos vamos a transformar en unos pseudo-terapeutas, y que no somos eso y por eso hay que cuidarlo y y yo siento que, que es una tremenda oportunidad la que tienen ustedes de poder generar un documento de peso, que pueda diferenciar estos roles, el rol del trabajador social en salud mental y el rol del trabajador social clínico, pero donde. Porque esa norma técnica, esa definición, nace al alero de los PRM pero se va a ejecutar en salud, a mi me van a medir por esa definición y eso no es lo que yo hago, y eso no es lo que a mi me hace sentido porque eso no es aplicable, ¿es aplicable en un PRM?, perfectamente, pero no es aplicable en una unidad de salud mental, no es aplicable en atención primaria. Los colegas en atención primaria no van a hacer psicoterapia, hacen consejería que es súper distinto, que es lo que ustedes aprendieron con la profesora María Teresa Sánchez, en Familia, eso es consejería, pero no es trabajo social clínico como está definido.

13. **Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R: ¿En qué sentido?**

**(En el sentido como del posicionamiento dentro del equipo como profesional, en cuanto a la profesión y después en cuanto a lo personal)**

**R:** eh, yo llevo seis años trabajando acá en esta unidad, les voy a contar la historia mía en particular. Cuando yo llegué acá, había una sola colega que tenía 22 horas y la labor que ella ejercía en general, estaba mucho más ligada al apoyo a la jefatura como en lo administrativo, de organizar a la Unidad, porque ustedes ven que somos hartos, más que el trabajo directo con los usuarios, entonces, cuando yo llegué, yo venía de otra Unidad de Salud Mental, eh, lo que hice, por ejemplo, fue pedir participar en las consultorías, porque a las consultorías acá antes sólo iban psicólogos y la norma técnica del MINSAL dice que el equipo de consultoría, es un médico especialista, un psicólogo y un asistente social, entonces, yo pedí estar en las consultorías. Dentro de los ingresos, acá en ese tiempo, los ingresos eran sólo médicos. Cuando un médico entrevista a un usuario, se va a dedicar a hacer una anamnesis médica, ¿cierto?, por lo tanto, la variable social dentro de los planes de tratamiento individual estaba muy invisibilizada. El trabajo con los colegios era escaso, el trabajo con las familias era súper escaso, que tiene que ver también con las horas que mi colega tenía, muy pocas horas y que tenía que ver también con, eh, las habilidades o preferencias frente al trabajo. Entonces, cuando nosotros llegamos acá porque llegamos 4 profesionales juntos, iniciamos esta nueva modalidad de ingresos en equipo, que era … inicialmente era el médico, un psicólogo y el asistente social, y a poco correr del tiempo los psicólogos salen de los ingresos y quedamos los médicos y los trabajadores sociales. Entonces, y ese es el modelo que está sistematizando el Sebastián. Entonces fue un poco difícil posesionar la variable social dentro de un equipo que estaba marcado por una visión biomédica, que no tiene que ver con las relaciones. Las relaciones son … siempre han sido horizontales, pero a la hora de generar un plan de tratamiento lo que prima, o lo que primaba en ese tiempo era la variable médica a través de un tratamiento farmacológico. Entonces cuando logramos posicionar la variable social, por ejemplo, se ampliaron la oportunidad que tenían las familias de exigir derechos. Un ejemplo: los niños diagnosticados con déficit

atencional con hiperactividad principalmente, más alguna comorbilidad conductual en general estaban desescolarizados porque los colegios decían yo no lo voy a recibir hasta que no venga medicado. Al incluir un trabajador social en el quipo, tu empoderas a la familia y dices; no, no pueden condicionar a la familia al derecho a la educación de tu hijo frente a un medicamento porque esa decisión no la toma el colegio, la toma un médico, y tiene que cumplir ciertos criterios médicos para iniciar un cierto tratamiento farmacológico. Por lo tanto, ahí empezamos a acompañar a la familia en este proceso de exigir a los colegios que también pusieran de su parte, y no podíamos tener niños desescolarizados porque eso merma; por ejemplo; sus habilidades sociales. Entonces, esto ha sido paulatino (risas), pero largo. Pero ha tenido un muy buen resultado. Hoy día, somos 4 trabajadores sociales en la unidad y en cinco años hemos logrado ampliar la cobertura dentro de trabajo social dentro del equipo. Hoy día todos los equipos dentro de esta unidad cuentan con un trabajador social y la variable social está presente en la formulación de los diagnósticos y el equipo hoy dio después de ser multidisciplinario paso a ser transdisciplinario donde todos manejamos un poco el lenguaje … tenemos un lenguaje en común, entonces ya no es te derivo si no que es trabajamos juntos que es distinto.

14. **Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**R:** Yo creo que una valoración muy positiva.

**(¿Cuál ha sido su sensación personal al interior del equipo?, mas allá de lo profesional, como en el trato, entre compañeros. O sea, igual claramente vinculándolo a … teniendo en cuenta que es trabajadora social)**

**R:** Mira yo creo que siento que como con los psicólogos en general es mucho más fácil trabajar en dupla, porque históricamente hemos trabajado en dupla psicosocial. Ehm … los médicos en general acá en salud mental tienen una visión bien abierta ¿Ya?, entonces no es difícil trabajar con ellos y consensuar con ellos. Siempre hay excepcionas como en todos lados (risas). Pero en términos como de sentirme profesional de sentirme profesional de segunda categoría por ser trabajador social y no trabajar a la par con los médicos, etc. No, no, eso no se siente.

15. **¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**R:** Las conozco, y las leí. Mira yo siento que es un súper buen instrumento, es una tremenda oportunidad para nuestra profesión, tremenda. El año pasado yo participé en la comisión que se generó para que trabajo social fuera incluido en el código sanitario, y después de eso me invitaron a participar en el colegio de trabajadores sociales para generar los insumos para la comisión que creo esa norma técnica. Los profesionales que la crearon efectivamente tienen bien claro el continua salud. Si tú la lees describe bastante bien lo que hacen los trabajadores sociales en salud en general. ¿Cuál es el problema?, ehm … el problema que yo veo tiene que ver con el acápite especifico de salud mental, que no es aplicable con esta realidad, entonces, apropósito de eso nace el colectivo de trabajo social en salud mental donde una de nuestros como objetivos próximos es generar un espacio de discusión con esta comisión, comisión que creo la norma técnica, para poder presentarle nuestra visión, porque como todavía es una orientación técnica no se rige por ley, por lo tanto a nosotros todavía no nos van a medir por eso, tenemos tiempo de poder generar algún tipo de discusión y es como la esperanza que tenemos.

16. **¿Cuál es su opinión respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se**

**traducen a cabalidad en cuanto a la realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil?**

**R:** Mira, es una orientación, no viene con funciones. No da un perfil de cargo, es decir, va a hacer esto, esto, no. Es una orientación. Las orientaciones en salud, uno lo que haces es tomar el espíritu de lo que la política nacional propone, y adecuarlo a la realidad y a los recursos que tenemos disponibles. Yo siento que las capacidades

17. **En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?**

**R:** Ya. He tenido conocimiento, sí. A través de por ejemplo el Congreso Internacional de Trabajo Social Clínico que se hizo hace poco, y he leído varios como … documentos que ... de un modelo español, un modelo italiano, en general, que son como los que me hacen harto sentido y lo idéntica como parte del trabajo social, ehm … importante, porque tiene que ver con los orígenes del trabajo social, así como … cuando nace el trabajo social ligado al área de salud a nivel general como internacional, es una de las … es uno de los como grandes nichos del trabajo social dentro de los hospitales del trabajo … de centros de rehabilitaciones, habilitación del usuario, de su familia sobre todo en salud mental. Ehm … y que después se fue ampliando y tomando hartas como otras funciones, pero claro, lo identifico dentro del trabajo social como una parte importante pero no como todo.

18. **Con relación a su percepción ¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?**

**R:** No. O sea, salud mental en el amplio espectro si, centralizado en las unidades de psiquiatría y salud mental de la red de salud no. Yo creo que el trabajo social clínico ehm … puede darse en el ámbito privado, si, o en el ámbito público. Y en el ámbito público, por ejemplo, ligado a los programas de reparación que son de la red de Sename, en los programas de educación que dependen de Ministerio de Educación en el ámbito de salud, en el ámbito de alcohol y drogas que depende de Senda, yo creo que eso transversal a varias de las políticas nacionales. Y que por lo tanto esta un nivel más arriba del ejercicio como parcializado del trabajo social, sino que tiene que ver con una estrategia amplia de la profesión, que independiente del lugar donde te insertes, es una estrategia que es posible utilizar, pero para eso hay que estar preparado porque tiene que especializarse.

19. **Según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención?**

(SE SALTA)

20. **¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Ehm … yo creo o me gustaría, es mi deseo, que la tesis que ustedes están realizando entregue un sustento real para poder poner este tema del trabajo social clínico en debate en la Escuela de ustedes. Trabajarlo con los alumnos principalmente con la línea de las prácticas profesionales y con el desarrollo de los Seminarios de Título. ¿Por qué? Porque hoy día la malla que ustedes tienen no sé si es la misma para los alumnos que están ingresando no contempla, por ejemplo, psicopatologías, y el ramo de salud pública creo que tampoco está.

**(Tenemos Políticas Públicas y ahí lo vemos)**

Claro, y dentro de ese ramo tienen como una clase dos clases de salud o salud mental, pero, así como bien acotado. Entonces, nosotros como miembros de la red de salud mental que estamos ejerciendo tenemos el desafío de poder transmitirle a los alumnos que llegan a hacer su práctica o tesis el espíritu del trabajo social en salud mental y transformarnos de alguna manera en instituciones en espacios de aprendizaje y de especialización. Pero, por otro lado, ustedes como alumnos tienen el gran desafío de poder levantar esta necesidad, porque la variable de salud mental es transversal a la vida. O sea, usted está en educación y se va a encontrar con un niño con déficit atencional, con un niño que sufre maltrato, con un niño que ehm … deserto del sistema escolar porque tiene un nivel de inteligencia menor o si se inserta podemos inventar en recursos humanos, de cualquier empresa, va a tener una mama o un papa trabajador en que su hijo tiene una dificultad o diagnostico en salud mental y si no se aborda desde el pregrado les va a limitar a ustedes en el ejercicio profesional, y va a implicar un desafío personal por aprender, y no todos los alumnos que se titulan se mantienen estudiando Por lo tanto yo siento que hoy día, el desafío de ustedes es levantar esta conversación con las personas que tienen la oportunidad de tomar decisiones y decirles, sabes que, nosotros queremos tener mas herramientas en este ámbito o en cualquier otro, pero que sea una decisión informada, que usted sepa que cuando entra a la carrera de trabajo social en la Universidad de Valparaíso, este es su perfil, estas son las herramientas, y estas son las que usted no va a tener. Porque el perfil del trabajador social de la Valparaíso es muy distinto al perfil del trabajador social de la Universidad Católica, de la Universidad Viña del Mar, de la UNAB, de las Américas, que han ido orientando la carrera o el perfil de sus estudiantes hacia ciertos sectores. Durante mucho tiempo la escuela de trabajo social de la Valparaíso preparaba a sus alumnos para principalmente, por ejemplo, uno de los grandes nichos de trabajo de los egresados eran las municipalidades. La católica por su parte, el perfil de sus egresados está orientado a la investigación, los chiquillos son súper buenos investigando, pero no en el día a día, a ellos le cuesta muchísimo el trabajo de caso, por ejemplo. Si tus miras la malla de la universidad … de la UNAB, no de la Viña del Mar, ellos están orientando el perfil a salud. Entonces yo siento que con lo que ustedes están haciendo, con levantar un perfil ehm … profesional tienen el material necesario para levantar una discusión en la cual se pueda repensar quías una modificación a la malla, ahora tal vez no a la malla en sí, pero un taller, un ramo optativo, no sé, lo que sea de algo (risas). Lo que sea, que les permita a los estudiantes que tienen la sintonía con el tema de salud mental, puedan optar a tener herramientas distintas. Y por otro lado, a nosotros como red de salud mental ya pedimos una reunión con todas las universidades que imparten la carrera en la región, porque nosotros tampoco vamos a recibir a todos los alumnos que quieran venir a hacer practica en salud mental, porque el perfil también es distinto, porque necesitamos alumnos que tengan habilidades personales y que tengan conocimientos específicos, que tengan un piso mínimo en el cual podamos trabajar. Entonces profesionalizar y aumentar el valor de nuestra carrera es responsabilidad de ustedes como alumnos y es responsabilidad de nosotros como egresados de entregarles el valor y de abrir campos de trabajo es responsabilidad de todos. O sea, cuando un alumno se equivoca en su práctica, se equivoca en términos de ser irresponsable, de no cuidar el espacio esa es una institución que va a cerrar las puertas a los siguientes alumnos, y todos lo sabemos. Y lo mismo nos pasa a nosotros como trabajadores sociales, si nosotros no hacemos un buen desempeño de nuestra labor, nuestros desempeños probablemente van a cortar, no van a ver la necesidad de contratar más profesionales y nuestro campo se va a ir rediciendo. Por eso, yo les decía que para mí era muy triste ver que los técnicos en trabajo social de la red colaboradora de SENAME, están tomando funciones que son de nosotros, que han sido históricamente del trabajo social. ¿Por qué? Porque nuestros colegas se están quedando, tratando de hacer un trabajo social clínico, pero que está un poco mal entendido y no es el todo. Tenemos que cuidar nuestro espacio laboral, tenemos que cuidar nuestra carrera. Entonces yo siento que lo que ustedes están haciendo es un tremendo aporte para nuestra profesión y tienen que visibilizarlo, tienen que mostrarlo, tienen que exponerlo. Ojalá vayan a las reuniones del colectivo, que nos cuenten cual fue el estado del arte, que es lo que han ido ustedes percibiendo en las entrevistas, contar en la escuela, o sea hoy día están sin supervisor chiquillas, o sea

partiendo desde ahí. El tema que ustedes están trabajando es un tema contingente, es un tema importante, se hizo un tremendo Seminario Internacional, y las alumnas que están haciendo la tesis no tienen guía, entonces desde ahí chiquillas yo creo que tienen que darle peso específico a lo que ustedes están haciendo, eso.

- **Entrevista: Profesional N°3**

Institución: Hospital de Quilpué.
Fecha: 26/10/2018

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R:** Mi nombre _____ tengo 36 años, trabajo como Asistente Social en el Hospital de Quilpué, en la unidad de Salud Mental hace casi cuatro años, desde el 2015. Bueno yo también cuento el área de tratamiento como un área de Salud Mental y ahí trabajo desde el año 2011.

**2. ¿Como se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R:** Trabajador Social, creo que si bien el área asistencial es demasiado importante en nuestra área, creo que uno debe como, mirar la disciplina de una forma más íntegra, que sólo el área asistencial, si bien en muchas situaciones es como la primera respuesta, me parece que no es con lo único que hay que trabajar.

(¿Cuando saliste de la Universidad el título ya era de Trabajador Social o todavía la escuela lo daba como Asistente Social?)

**R:** entiendo que hasta ahora la escuela lo da como Asistente Social.

**3. ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Yo creo que siendo el área de Salud Mental, un área tan eminentemente clínica, la consideración de variables sociales, culturales, territoriales, es fundamental, incluso familiares, yo creo que de pronto las disciplinas del área más clínica, olvidan como la importancia de ir integrando otras variables, más allá de lo eminentemente individual, así que nos ayuda como a entender una lectura un poquito más integral de los casos, en términos de su contexto territorial, de los temas culturales, incluso de la integración de otras variables también clínicas, me pasa por ejemplo bastante que no se integra en todos los casos, en todos los análisis de los casos por ejemplo, variables como el maltrato, como la violencia intrafamiliar, como el abuso sexual incluso que es tan tan tan clínico, y conceptos como la transgeneracionalidad, y en la medida de que nosotros seamos capaces de ir integrando también esos elementos en el análisis, lo van enriqueciendo en el fondo, yo creo que aporta en ese sentido una mirada más comprensiva de los casos, creo que ese es como nuestro plus.

**(¿alguna desventaja?)**

**R:** si, yo creo que igual tenemos varias desventajas, a veces problematizamos más de la cuenta, yo creo que somos buenos para encontrar problemas y desde ahí hay miradas de colegas como de pronto más practicistas, nos ayudan a centrarnos en un tema, como esto es lo que podemos resolver acá y no otra cosa.

**4. ¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** Mi percepción sobre el enfoque comunitario es que no está instalado, si bien hay como harta política hecha al respecto, mi impresión es que no está instalado, en los niveles que debería estarlo, está instalado en APS, como nivel primario, pero en los dispositivos del área de Salud Mental y tratamiento como de nivel secundario y terciario, no, no está instalad, esa es como mi percepción, al menos en la quinta región. Yo creo que nos ayudaría a enriquecer nuestra como nuestros análisis y como nuestros tratamiento el hecho de poder estar, no sólo trabajar con el enfoque comunitario sino que estar instalados en el territorio, yo creo que la visión de los profesionales, cambia bastante cuando tú te logras instalar en el territorio, si más que como sólo decir, no, trabajamos con el enfoque comunitario, hacemos visitas, no sé, eh, si eso, yo creo que como la idea, como instalarse en el territorio sería muy interesante, desde los programas de drogas, ya eso sería muy desafiante, porque además, por supuesto si, imagínate yo me instalo en un territorio complejo como también voy a demandar del empleador, ya sea, privado o público algunas condiciones así como de seguridad, etc, etc. Y las desventajas del enfoque comunitario, yo creo que la población chilena al menos, no espera intervenciones comunitarias, sino que está conforme con estas intervenciones más clientelistas, yo creo que la sociedad chilena se ha capitalizado en términos de sus valores, entonces les gusta más el box que el trabajo comunitario, incluso que el trabajo grupal.

**5. Según su percepción, ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?**

**R**: Yo creo que varias funciones, pero, yo creo que el primer desafío que tiene el trabajador social en la instalación del enfoque comunitario es la vinculación entre la comunidad y el equipo de salud, sobre todo de los perfiles de profesionales más clínicos, hay una distancia muy grande en ese sentido, entonces yo creo que el primer desafío que tiene uno como profesional es también un poco perderle miedo al enfoque comunitario, no sé si miedo, al menos como romper esa barrera de la distancia entre una cosa y la otra.

**(¿pero sería como más enfocado como en la visión de las otras profesiones también, como más en lo profesional?)**

**R:** también, también, es que yo creo que ahí hay como un doble rol, hay un rol que tiene que ver con la socialización con el territorio, con las organizaciones del territorio, con la gente, eh, y otro que tiene que ver como con el trabajo con el equipo, ayudar al equipo como a perder este miedo/respeto, como por el mismo territorio ¿cachai?, entonces como una socio educación para ambas partes, pero para eso uno tiene que hacer ese trabajo también, como uno de perderle el miedo a la vinculación con el territorio, a que la gente en el fondo tenga un rol más activo dentro del proceso, porque igual el modelo clientelista es bien cómodo para los profesionales, ¿cachai?, la lógica de atender en el box es súper cómoda porque en el fondo yo me aíslo dentro de mi box, de todo lo que pasa en la sala de espera, y en una modalidad más comunitaria, de todo lo que pasa en el territorio, ¿cachai? entonces no me basta con que pongan un centro de salud comunitario en una población, sino que tiene que ver también con cómo ese equipo sale desde esa infraestructura y se instala en el territorio y conoce los pasajes y conoce a la señora del quiosco, te fijai? yo creo que esos son procesos que debe liderar el trabajador social, entonces uno tiene que liberarse como de esa comodidad, no le voy a pedir al psiquiatra que tenga esa lógica si es que yo no la tengo instalada.

**6. ¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R:** Yo creo que estamos en el tránsito del enfoque biopsicosocial, eh, y es como la misma idea del enfoque comunitario, estamos en ese "tránsito", "ojalá fuera", pero claro, tiene que ver con el rol que cumplen los colegas, que cumplimos los trabajadores sociales, em, al ser un área tan clínica, como que necesariamente para que tu enganches dentro de ese equipo debes como volverte también eminentemente clínico, y tienes que tener un análisis de variables clínicas y manejo y todo, entonces tu te tienes que sumar a como a este lenguaje común que tiene la sicología, la psiquiatría, incluso la terapia ocupacional en muchas áreas, por nombrar un par de carreras, enfermería, yo creo que la gracia está, a propósito de lo biopsicosocial, yo creo que la gracia está en remarcar lo social y en que tu también logres darle el valor, la importancia de esas variables en el aspecto clínico, no se po, analizas un caso y como tiene historia de maltrato, o más simple, cuando pensai en análisis biopsicosocial, teni un paciente, un usuario con cuadros depresivos y hay chicos, niños a su cargo, que pasa con esa mirada también, ¿te fijai?, con el grupo, con el sistema familiar, ¿te fijai? y como también relevas, que es importante entonces por ejemplo, informar a tribunales, solicitar apoyo de otros programas más proteccionales pa esos chicos a propósito de cómo les impacta la situación de enfermedad de su pariente, ¿cierto? en su cotidianidad, en su formación, en su crecimiento, eh, cuando el lenguaje común es como decir: bueno, pero eso es problema de otras personas, no es problema de nuestro paciente, nosotros nos tenemos que enfocar en nuestro paciente, ¿te fijai? ahora, para eso tu teni que tener, eh, trabajadores sociales que estén convencidos y que tengan los argumentos técnicos para poder decir por qué estas acciones son importante ¿cierto?, y no solamente así como los perritos de los autos, como mover la cabeza afirmativamente frente a la postura de los otros profesionales, eso, eso era ¿no?

**(ah no, falto la otra parte, ¿considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R:** yo creo que hoy día no, yo creo que, yo creo además que no solo tiene que ver con el rol de los profesionales, sino también como con, con la fragilidad del tejido social que existe hoy día, que es como con la idea del miedo, con las percepciones de inseguridad, confiai más en lo que dice la televisión que lo que cuentan tus vecinos ¿te fijai? escuchas más televisión de lo que hablas con tus vecinos ¿te fijas? me acuerdo cuando estaba chico, en la casa de mi abuela, la señora de al lado tenía las llaves de la casa de mi abuela, por años, décadas, no me imagino a alguien que tenga las llaves de mi casa, o de tu casa o de la casa de tus papás, ¿cachai? y eso es súper potente, y yo creo que pa allá tiene que apuntar en el fondo el tema de la participación comunitaria, esto no se trata de plantar un poco de trabajadores sociales a liderar una junta de vecinos, la participación comunitaria tiene que ver con cómo la población civil se apropia de estos espacios ¿cachai?

**7. ¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación o no en salud mental?**

**R:** Hoy día tendrá que ver más como con los espacios institucionales en salud, em, hay algunos como ensayos, como intentos de ciertas agrupaciones, pero que en general están más bien avocadas como al tema de la patología o están muy fuertemente vinculados con el tema de la patología, no sé, "grupo de padres, madres con hijos con TEA", por ejemplo, con trastorno de espectro autista o los

temas vinculados a la rehabilitación, así como COANIQUEN, o TELETON, em, como las cosas que están más institucionalizadas, en Salud Mental, claro, me hace falta ver como "Organizaciones de familiares", no sé si vinculados necesariamente a un diagnóstico, pero de pronto si a una institución, así como "los familiares de los usuarios de los programas de salud mental del hospital de Quilpué (de Marga-Marga)", "del hospital de día", te ¿fijai?, "la agrupación de familiares de usuarios del CTA de Peñablanca" ¿te fijai?

**8. ¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R:** Las instancias educativas son formales, son formación o capacitación pa los profesionales, han habido algunos como más abiertos, pero de pronto tienen más como carácter de seminario, de conversatorio, que igual son interesantes, aparecen cosas interesantes, pero al ser menos estructurados en el fondo la gente también lo percibe como menos serio, no se da mucho esto como la valorización de los conversatorios, como una instancia más democrática, más participativa.

**(¿y hacia la población usuaria?)**

**R:** en general son abiertas no más, no es que están dirigidas hacia la población usuaria, las instancias de educación en general, en los usuarios, usuarias de los programas, al menos de este lado, de salud mental, tienen que ver con la socio educación que se hace en el contexto del tratamiento ¿te fijai? y desde ahí claro, instancias grupales, pero son grupales más que comunitarias ¿cachai? no tienen un enfoque tan centrado en el territorio, están centrados o en la patología o en los usuarios.

**(en nivel secundario y terciario siempre es como más complejo, siempre se genera más como en atención primaria)**

**R:** según el modelo de psiquiatría comunitaria, las unidades como estas deberían tener un enfoque comunitario, eh y eso significa que claro, mi punto es este, tu puedes territorializar, por ejemplo, la atención de este dispositivo, como el CTA de Peñablanca, tu podrías generar por ejemplo, un equipo Quilpué, un equipo de Villa Alemana, Peñablanca, Limache, no sé, si quieres llegar hasta Limache, em, pero eso no significa que tu trabajai con enfoque comunitario, territorializando la atención, ¿cachai? estoy pensando así como en los CESFAM, ¿cierto? en el CESFAM está el sector 1, el sector 2, el sector verde, el sector rojo, no sé, entonces este sector tiene su equipo de trabajo ¿cierto?, pero tú para trabajar con enfoque comunitario, necesitas más que eso, ¿cachai?, si en el fondo es como sale el equipo de salud a ese territorio, ¿cachai?, claro, no será todo el equipo pero bueno, saldrá la enfermera, la matrona, la trabajadora social ¿cachai? a instalarse en algún momento en ese territorio, a trabajar con las organizaciones que están en ese sector, club de futbol, jardín infantil, colegios, escuelas, no sé, ¿cachai? eh y desde ahí en el fondo generar red, generar tejido social, ¿cachai? que es como se ve desde el modelo, en el fondo más institucionalizado, ¿cachai? como el trabajo de los profesionales que están dentro de instituciones que están en el territorio y como entonces tratan de robustecer el tejido social, pero en el fondo, como dejamos afuera como la propia organización del territorio, de las personas que viven ahí, de los vecinos, ¿cachai? ¿cachai? como el trabajo de los profesionales que están dentro de instituciones, que están en el territorio y cómo

entonces tratan de reabastecer el tejido social, pero en el fondo cuando, como dejamos afuera como la propia organización de los territorios, de las personas que viven ahí, de los vecinos y eso... claro también, aparece bien clientelistamente solo cuando pasa algo, cuando hay una situación medioambiental, por ejemplo, ahí hay movilización y ahí, se caracteriza como territorial. Pero hace diez años atrás, no recuerdo ver movilizado a Quintero por otra cosa digamos, así por la situación de la escuelita, igual es bien clientelista, ¿cachai o no?

**9. ¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

**R:** Totalmente. Sí, porque yo igual trabajo, o sea, capacitación formal no tengo, pero sí, es tremendamente necesario porque en la experiencia tú te manejas como con las cosas más comunes, pero cuando te llega alguna situación nueva, te saca. Entonces tú te tomas tu tiempo, de enfocarte en los conceptos más básicos, de esta nueva situación y eso también demora la intervención con el usuario. Entonces, si, no totalmente necesaria la formación. Ahora, hay varias formas de formarse también, hay una instancia formaría, que son las reuniones clínicas con análisis de casos. En donde se pueda confrontar las miradas, en donde tú también puedes argumentar, sugerir algún autor, no se ps, para ver desde donde miramos. También la formación personal.

**(¿Pero no ha hecho alguna especialización? ¿por qué?)**

**R:** Porque... tengo un ritmo de vida bastante colmado digamos, familia por un lado y por otro lado, que yo después trabajo en otro lado. Ahora, igual esa es una instancia también, bien formativa, porque yo considero que el área de tratamiento también es un área de salud mental. Sobro todo en el área en donde yo trabajo, porque como es residencial, la mayoría viene con algún otro como (NO ENTENDI), entonces desde ahí también he aprendido. Ahí también hacemos análisis de casos, más extensos, pero no alcanzas a revisarlos semana por semana, pero se deben manejar 6 u 8 pacientes semanalmente y, el nivel de análisis es como bien (NO ENTENDI) para diferencial un rasgo disocial de un rasgo limítrofe, narcisista, claro, ahí es como más específico. Yo creo que si ps, es como una instancia de capacitación y es más practico también porque en el fondo te ayuda como ir afinando el ojo clínico, como que es qué cosa, cachai... no se ps, el primero que se acerque a cuadros más psicóticos, probablemente va a tener dificultades con diferenciar no se ps, ideas para … podría decir una dificultad, pero después de cierto grado de entrenamiento, tu rápidamente distingues una de la otra. Eso.

**10. ¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R:** Poseo un perfil de cargo, sí, esta antes de que yo llegara y si le he realizado modificaciones, no. No, es que tampoco lo hemos propuesto, en realizar una modificación en el perfil de cargo, básicamente por dos cosas, porque igual en el último tiempo hemos tenido, así como varios movimientos, yo no alcance a estar durante tres años, una jornada completa hasta cuando me cambie al programa diurno, yo diría que estoy como recién cerrando mi proceso de adaptación al programa diurno y ahora vendrán así como las re definiciones de ciertas funciones. Por, además, también como el volumen de atención, tampoco

te permite hacer mucho más digamos, aunque esta siempre la intención de al menos desde el otro lado, igual hemos ido incorporando como más temáticas que funciones.

**11. Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R:** Ohh, yo creo que es, mmm como decirlo... yo creo que tiene que ver con la forma de transmitir la información que vas a transmitir, si... cuando tu no consideras las variables como clínicas del proceso en el que está la persona, que en el fondo tiene que ver con, como con la estrategia terapéutica, si se le puede llamar así, como cuando tu no consideras este encuadre, te fregaste (risas). Por muy bien que este lo que estás diciendo, si tu no consideras el encuadre terapéutico en el que se está cursando ese mmm... ese, ese proceso de tratamiento, te perdiste. Te perdiste totalmente, y en cosas no se ps, como tan sencillas, si un paciente llega tarde, lo devuelves o lo atiendes. No todos se devuelven y no todos se atienden. Entonces no vale por sí las normas, probablemente con algunos tengan que ser no cierto, así, te puedo dar una hora para otra consulta y con otros, será así como metete altiro tengo diez minutos, en diez minutos estoy. Y eso, tiene que ver, con que en el fondo, como el perfil terapéutico tiene que responder a las necesidades que tiene el usuario en el momento, y tiene que ver con el perfil que tiene el usuario, entonces no es solo, como lo que yo tengo que transmitir, que este es un espacio público, que, que hay otras personas que están esperando su turno cachai y que el tiene que aprender a ser responsable con el tema de atención, pero en otro caso podrá ser, "no estás en condiciones de entender esto, siéntate, conversemos". Te fijai, así que, yo creo que es como bien distinto, como no, no se ps, recibiendo documentos para el MINEDUC, probablemente uno puede ser bien estricto como con las fechas y eso, pero yo creo que incluso en eso, si viene un paciente medio psicótico, igual le debes pasar los documentos, entonces es distinto.

**12. Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R**: Hay por... por una cuestión de responsabilidad legal incluso, como una estructura que posiciona al médico por sobre el resto de las profesionales, y ahí se delimitan una serie de otras cosas, así, por ejemplo, él es el responsable de que todos nuestros usuarios y usuarias tengan su diagnóstico, y por lo tanto, él es el responsable legal de la ingesta farmacológica, todo lo que viene de eso. Y, por lo tanto, se manejan con otra ley, a ellos los contratan con otro número de ley, con otras condiciones, bueno con el sueldo también. Pero yo, no diria que ni en el equipo de dependencias, ni en el equipo del hospital de día de quilpué, eso... o sea que yo me vaya a sentir como postergado, y de pronto, no sé, tiene que ver como con nuestras lógicas de trabajo en equipo, yo entiendo que nuestros pacientes necesitan con mucha urgencia tener una entrevista con su médico, con su psiquiatra y que esa prestación que ellos reciben en esa atención, es muy distinta a la que puedan recibir conmigo y en el fondo, yo creo que desde allí uno se pone a disposición, no del médico, sino que del usuario, cachai... no. Entonces me pasa constantemente, que, por ejemplo, si la dra Oneto o Flores, no tienen tiempo para verlo, ya, ¿quieres que lo vea yo? ya, yo puedo verlo, yo me puedo hacer un espacio de tiempo para eso, porque igual tu teni que ver a juanita cachai. Y en el fondo, yo no me siento por eso, ni vasayo, ni (risas), ni nada de los psiquiatras ps cachai, por mucho que ellos tengan más días administrativos, más sueldo. Porque en el fondo, a mi lo que interesa es ser funcional para las

necesidades que tiene la persona cachai y si en eso yo puedo aportar dando un control entre medio de lo que pueda dar un médico. Yo creo que, por el contrario, así como eso me posiciona a mí como una pieza super importante y super valorada en el trabajo del equipo, porque también la prestación que voy a hacer yo, es distinta a la que va a hacer el psicólogo, yo no voy a hacer lo que hace él. Bueno igual tiene que ver un poco con la lógica del equipo, por ejemplo, acá, bien pocas personas nos llaman como por doctor, acá nos llamamos por nuestros nombres, no por doctor Oneto, sino que Hugo y no es por faltarle el respeto.

**13. Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**R**: Yo creo, a ver y sobre todo como en el espacio del, del.… en este espacio, de la unidad de salud mental, de un programa ambulatorio de salud mental con un alto, alto, alto nivel de... como de volumen de atención, de demanda de atención. Yo creo, que como en la medida en que, como trabajadores sociales, nos posicionamos dentro de un equipo y nos ponemos al servicio como de las necesidades de los usuarios, desde el momento en que hacemos la entrevista de ingreso con el usuario, yo creo que nuestra valoración va a ser siempre positiva. Yo creo que como lo de salud mental, todo se aprende. Tu aprendes a hacer tratamiento de drogas, aprendes a hacer tratamientos en salud mental, aprendes a hacer tratamiento de atención en SENAME. Yo creo que las temáticas se aprenden y eso no es difícil, hago un curso de capacitación, un diplomado, la misma practica cachai, yo creo que lo que no se aprende, es como la disponibilidad y yo creo que eso es lo que finalmente, los otros profesionales valoran de un trabajador social. Que esté disponible al servicio de lo que el equipo necesita, te fijai?. Y yo, al menos en mi experiencia, lo he visto así, en mi interés como por los casos, nosotros tenemos bien poco tiempo como para hacer análisis de caso, entonces generalmente ando como detrás de los | otros profesionales, como en el fondo ir aglutinando la mirada, si tiene que ver como que miramos lo mismo, si es que estamos mirando lo mismo, sino también abrir el debate, así como que parece que no estamos mirando lo mismo. Entonces en el fondo, el cómo tu asientas cachai una visión de equipo respecto a lo que está ocurriendo en la persona, te fijai. Y desde ahí también como ordenan las acciones de ayuda, ay me salió bonito eso (risas). Eso, yo creo que como en la medida en que tu soy busquilla, desde ahí tu valoración como profesional y después como de la disciplina, claro que se puede ir como asentando.

**14. ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**R**: Ehh... tengo, tengo la, tengo las orientaciones de hecho, que me parecen... yo creo que un avance, yo creo que es lo primero que uno tiene que decir, así como, ¡¡por fin apareció este documento!! Se demoró, yo creo que... estábamos muy atrasados, era como bien vergonzoso que como disciplina no tuviéramos esto, no de verdad, de verdad, creo que es vergonzoso, y no solo para el trabajo social, yo creo que para el área de salud no haberlas tenido antes, es vergonzoso. Yo creo que, siendo un país moderno en tantas áreas, no tener este documento, era casi imperdonable y de verdad a mi me da vergüenza que no estuvieran. La falta de reconocimiento de la disciplina como un área, como una disciplina dentro del campo de la salud, es vergonzoso, si nosotros estamos vinculados a esta cuestión hace más de un siglo, entonces creo que, que en el fondo viene a ser como un alto reconocimiento, de algo que en la práctica hace rato se estaba haciendo. Asi que desde ahí creo que es un avance, eso primero que todo. Y después claro hay cosas que a uno le llaman la atención (risas) porque … pero yo creo que es perfectible no más como todos los documentos ehm … a mí me llama la atención el tema que a los psicólogos también les hizo harto ruido que es el tema de la

psicoterapia familiar ehm … cuando tu teni en un país 120 programas de trabajo social … no sé si todavía serán tantos, pero yo me acuerdo cuando salí de trabajo social eran como 128 programas de trabajo social a nivel nacional ehm … tu entendí que no todos forman con el mismo nivel crítico po ¿te fijai?. Todavía hay programas de trabajo social que se forman sin licenciatura, ehm … y a uno en el fondo también lo hacen dudar de la formación que están recibiendo todos los colegas, y yo creo que el área de la psicoterapia es delicada, no digo que no estemos capacitados para hacerlo, pero yo digo que fiscalizar que ciento veintitantos programas de trabajo social estén capacitados para hacer psicoterapia es un poco más complejo. Porque es psicoterapia po (risas), es complejo. Yo me encuentro bien, como personalmente, bien puntudo como de hasta donde llego interviniendo con los usuarios y usuarias, ehm … y yo no diría que hago algo más que despeje del motivo de consulta cuando entran, porque después teni que considerar otras variables y tú también teni que estar disponible en otros niveles, demás que hay gente que hace más que eso, yo creo que hay obviamente profesionales que están mucho más capacitados que yo y que pueden hacerlo, pero no sé si los ciento veintitantos planes de trabajo social en Chile están en esa misma línea, ni siquiera en el tema de saber separar el motivo de consulta, y desde ahí como los efectos que eso tiene también para la persona, las personas vienen preguntando por una cosa pero al final vienen preguntando por otra.

**(Pero según tú … ¿Va en un tema más de formación que de la capacidad que pueda tener un trabajador social? O sea, si estuviéramos bien formados ¿Podríamos hacerlo?)**

Yo creo que no todos los psicólogos pueden hacer psicoterapia, eso. Que después ya me pongo más fascista para mis cosas. (risas) Yo creo que para las personas que trabajamos en salud mental deberíamos tener más recursos disponibles en términos de nuestros procesos de formación, ehm … de partida deberíamos tener todos un análisis psicológico y una buena psicoterapia, por lo menos una, ¿Cachai?. Ehm … y después una cosa más formativa en términos también de como también tú te vas conociendo a ti mismo, y vas aprendiendo a conocer para que cosas eres bueno y para que cosas no tienes tantas habilidades, eso.

**15. ¿Cuál es su opinión respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se traducen a cabalidad en cuanto a la realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil?**

**R:** No, a mi parece que están bien. Hay cosas que por ejemplo yo no hago, y me parece súper interesante que estos otros colegas trabajan con esas funciones, que tienen que ver con los temas de docencia temas de investigación, y me parece súper interesante como que además pudieran hacerlo sabiendo la carga que tenemos en el área de salud mental, si po fíjate, es como la queja eterna de los funcionarios del área pública. Ehm … no, no se me ocurrió, no se me ocurriría tampoco agregarle otra función no sé, ehm … no sé de pronto cruzándolo como con lo comunitario no, no sé.

**16. ¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R:** Totalmente, si eso totalmente. Yo ehm … con el plan que yo sali, no. No tenía ninguna posibilidad de hacer terapia. A mi todavía me da mucha ehm … como pudor incluso decir; ya yo voy a tomar el caso de salud mental. Ehm … porque

además tu podi hacer mucho daño, si ese es el tema, hay mucha responsabilidad, ehm … y como ya dije yo no tengo formación en salud mental (risas). Ehm… no pero más allá de eso, como … no eso, me da pudor, me da mucho pudor, otras cosas puedo hacer yo como ayudar a mantener la primera parte no se po ¿Cachai?, pero eso no es terapia propiamente tal, o sea es parte de la terapia, todo es terapia, o sea ¿Qué es terapia? (risas). Ehm … pero yo creo que nosotros estamos súper preparados para hacer otro tipo de cosas, buen entrenamiento … como en esto que te decía yo, hacer un buen despeje del motivo de consulta, buenos trabajos de socio y psico educación de la familia ehm … no, nosotros peinados con eso, incluso ser coterapeutas familiares, con eso sí, yo creo que es absolutamente necesario que se haga con un o una trabajadora social porque hay una mirada distinta del fenómeno de la familia, del sistema familiar. Sí, yo creo que es necesario porque de repente el psicólogo se va como más en la vola clínica, si no, porque se pone muy clínico po, entonces no, no miramos lo mismo, y no intervenimos de la misma forma, eso es súper interesante. De pronto, el trabajador social, puede ser hasta más patudo que el psicólogo, con esto que les decía al principio, si hay como que perderle el miedo al territorio a lo comunitario ¿Te fijai?.

**(Pero haciendo énfasis entonces en la primera parte de si ¿Reconoces un papel terapéutico? … )**
Si, totalmente, si. Incluso en esto que decía yo, de llegar a ciertos momentos de la terapia, porque también tiene que ver en como tú lo trabajas ehm … si, y no, mal hecho es desastroso po, si también eso pasa mucho, que la gente se va como con la última emoción que quedo y desbordado y después de la terapia pasan cosas, ehm ... no , si , si pero es necesario como especializarse.

**17. En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?**

**R**: Sí, tuvimos algunos seminarios y algunas pinceladas dentro del pregrado. ¿Cómo cómo lo identifico?

**(Por ejemplo, propio del área de salud mental o tal vez el trabajo social clínico puede ser de forma transversal en distintas áreas) …**

O sea, yo creo que tú lo puedes instalar en cualquier área, en muchas áreas, no solo en salud mental, tampoco sé si en todas las áreas (risas), la colega de la ventanilla única en la municipalidad no sé si podrá, pero de pronto sí. Pero de nuevo, yo creo que ahí uno tiene que estar bien formado, ehm … tengo como mis aprensiones con el tema de la formación de los colegas, ehm … yo creo que nos falta como conversar un poco más y un poco más seriamente, más que como trabajo social clínico, trabajo social comunitario, nos hace falta como dialogar un poco más en relación a las temáticas. Como que, desde ahí, siento que de pronto el trabajo social se ha ido como atomizando como parcelando, el trabajo social clínico se puede instalar en varias áreas, pero esas áreas tienen que aprender un lenguaje común. Así como salud, educación, seguridad pública incluso, ehm … protección desde el lado sename como que necesitan un lenguaje común.

**18. Con relación a su percepción ¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?**

**R:** Yo creo que está más dado poder practicarlo.

**(Por ejemplo, algunos nos han respondido que es como una parte, pero no el paragua de la salud mental).**

No, no creo que sea el paragua. El tema de salud mental debe revincularse a los territorios, y al trabajo comunitario y a los territorios.

**19. Según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención?**

**(Pero acá seria si es que tu visualizas como que trabajas a diario con el trabajo social clínico …)**

Hay elementos. Yo no diría que las intervenciones que nosotros hacemos son eminentemente de trabajo social clínico, pero se ocupan elementos yo diría cotidianamente, sí.

***** ¿Cuáles son las funciones que realiza específicamente dentro de tu trabajo aquí?**

**R**: Lo que más hacemos es trabajo de atención directa sea individual o grupal, ese es el fuerte del trabajo acá.

**(Y desde ahí, no sé, ¿Derivan?)**

Sipo, si, si, derivaciones, contra referencias, devuelven pacientes también, informes, millones de informes. Visitas domiciliarias por supuesto, socio educación familiar, coordinaciones con intersector, ehm …no sé qué más puede ser. La participación en las reuniones clínicas, la construcción de los diagnósticos, evaluaciones que nos ha costado un poquito, pero estamos como entrando en eso. Sí, cuesta, somos buenos para exigir diagnósticos y planes, pero malos para evaluarlos, ehm .. así que hemos intentado insertar una metodología no para todos los pacientes, pero para algunos. ¿Te fijai?, como para ir reevaluando, y eso. Ehm … yo creo que me faltan como el área formativa, como el área de la docencia desarrollar un poco acá y el trabajo comunitario, es la pata coja de esto.

**(O sea que en realidad debería ser como … supuestamente es el enfoque que si o si se utiliza es el enfoque comunitario en salud mental, pero realmente no se está como llevando a cabalidad).**

Porque la demanda está más puesta en lo otro, o sea cuando teni una médico psiquiatra, o sea una especialista que puede ver a sus pacientes cada dos meses, cada tres meses, que haya una atención de un trabajador también clínico entre medio es fundamental, desde para ver si esta tan grave como la última vez, o está más grave o mejoro, y por ultimo plantearle a la doctora, tu entre pasillos; oye vi esto, etc.

**20. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Siempre dejan esa pregunta, y uno siente que ya ha hablado tanto (risas). Sí, yo creo que de pronto hace faltan hincarles más el diente a los temas como de evidenciar o no la falta como de tiempo disponible a la investigación, a la misma docencia. Me llama la atención, por ejemplo, que espacios como éste, no reciba estudiantes de trabajo social. Me extraña como que las universidades de … como

tradicionales de la zona no hayan el año pasado así a la puerta de salud mental así en forma despavorida para recibir alumnos de trabajo social, porque además yo siento que en términos de desarrollo comunitario, en general la gente sale así como bien preparada, pero no creo que haya tanta formación así como en salud mental, y desde ahí se nos generan como problemas de comprensión, ehm … de que entendemos nosotros por una persona que consume pasta base, que es lo que miras tu; miras una vieja pastera, una vieja delincuente, miras un problema transgeneracional, miras un problema social del territorio, del barrio, de la comuna, un problema económico, un problema judicial, delictual, de seguridad pública. ¿Qué mirai?. Ehm … o miras un problema de salud, una enfermedad… ¿cachai?, eso.

- **Entrevista: Profesional N°4**

Institución: CTA Peñablanca
Fecha: 4 de octubre del 2018

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R:** Bueno mi nombre es Profesional N°5, soy Trabajadora Social en estos momentos del Centro de Tratamiento de Adicciones de Peñablanca y cuantos años llevo trabajando en salud mental... como... no se cuentan los de práctica y eso, mmm 13 años, no 12.

2. **¿Como se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R:** Yo me identifico como Trabajadora Social, pero es una buena pregunta, porque igual en mi título, o sea cuando yo me titulé, era Asistente Social y Licenciada en Trabajo Social, pero en verdad por ese tema de la discusión entre lo que es el asistencialismo y el Trabajo Social, como que recién salí ya hubo un cambio en el nombre, en la malla y en todo, pero yo me identifico más con Trabajo Social por una cuestión de... así bien básico o bien resumido, que tiene que ver con, con el foco puesto en la transformación social y en el agenciamiento, más que en el asistencialismo.

3. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Mmm... es, a ver... depende harto también de... de cómo uno se posicione, parece que ya lo conversamos en la entrevista anterior, pero igual ha sido complejo este posicionarse como desde la misma pregunta anterior, porque no hay mucho conocimiento en nosotros... ni si quiera nosotros lo tenemos bien claro, que es el Trabajo Social, bueno uno lo va teniendo más claro, pero los otros a veces también esperan como cosas más asistencialistas del Trabajo Social o del Asistente Social y eso creo que es como una dificultad de oportunidad también ps, porque de repente como que las demandas son más hacia... me acuerdo que cuando llegue acá, algunos miembros del equipo, era como ahhh... ehh no sé, tramítale los lentes, cachai como cosas así... oh no se ps, como cosas que tenían que ver con la visitadora, como bien antiguo relacionado con esto. Y uno tiene que... como que... a diferencia de otras profesiones, uno tiene que ir como posicionándose con lo que uno va haciendo y ganándose como el reconocimiento

desde lo que es el Trabajo Social, eso es, no sé si ponerlo como ventaja o desventaja, porque es como una oportunidad también. Cuesta un poco más que en otras disciplinas que se supone que ya está mucho más claro lo que hacen, pero también, te da cierta libertad para poder crear otras cosas... me entienden y creo que en esta área de la salud mental, a mí no me ha tocado porque igual yo he trabajado en dispositivos con de salud mental, con características más comunitarias, porque a mí me interesa trabajar desde ahí, yo he buscado este tipo de trabajos también. Donde es importante el Trabajo Social, pero por ejemplo sé que hay otros dispositivos más rígidos o con perspectivas más biomédicas, donde el Trabajo Social cuesta mucho que entre y donde se da como un status mucho menor a lo que es el Trabajo Social en comparación con lo que es el Psiquiatra por ejemplo... y ahí eso se nota mucho. A mí no me ha tocado, porque como dije, he elegido ciertos lugares y porque tengo cierto perfil también, pero se ve, o en ciertas discusiones de caso... claro. Incluso una vez me lo dijeron, como cuando tu entras en un nivel de discusión en donde ya no hay argumento posible, me han dicho como... usted no es psiquiatra, usted no sabe, entonces ahí se nota, como que ya no hay más posibilidades de discusión porque no hay contrargumento, repente te pueden decir eso.

4. **¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** Yo tengo, o sea, el enfoque comunitario en salud mental, me parece como la única posibilidad como real de... de avanzar en el tema del bienestar en salud mental, como que, pensar en la enfermedad o en las personas como un síntoma, como un órgano... ehh, que se puedo solamente tratar con un medicamento, ni siquiera las enfermedades más físicas tienen solamente un carácter físico, siempre hay otras cosas que tienen que complementar y en el tema en salud mental, es básico, porque nadie nunca ha podido comprobar donde está la enfermedad mental, como posicionada en qué órgano. Entonces para mi tiene que ver más con un tema de interacciones social, como de lo intersubjetivo y ahí el enfoque comunitario, es como, complementado con otros, tiene, creo que es la única posibilidad de... de poder realmente apoyar esos procesos con las personas, los grupos y comunidades. Y respecto a las ventajas y desventajas, creo que cuando existen posiciones muy extremas, ahora... yo no me posicionaría desde la antipsiquiatría, aunque si tengo mucho a favor de eso, pero como creo que tiene que ser como desde el complemento, cuando existen posiciones muy extremas, creo que ahí se ven las desventajas. Y, por ejemplo, en los enfoques comunitarios, muchas veces son vistos por las miradas más médicas, como no sé, hippies o como una pérdida de tiempo, entonces se desestima este enfoque cuando se plantea desde lo extremo. Ya sea, desde los que se paran desde el modelo más biomédico, organicista, hasta los que se paran de un modelo más extremo, desde lo anti psiquiátrico, ahí es como súper difícil la discusión, creo que es importante ese complemento en la medida de lo posible.

5. **Según su percepción, ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?**

**R:** Ahí yo creo que, es uno de los grandes espacios donde el trabajo social puede, podría, que no lo ha hecho tanto, posicionarse como, no me gusta la palabra, pero vamos a ponerlo así porque no encuentro otra en este momento, como más experto, ¿ya?, porque creo que, que efectivamente nosotros tenemos desde la mirada del trabajo social que planteé hace un poquito, como desde el agenciamiento, desde poder potenciar a las comunidades, desde la autogestión, desde que el otro se vea como protagonista de su proceso, ya sea, comunidad o individuo, o grupo o familia, creo que nosotros tenemos como muchas más herramientas y una apertura mayor, desde la mirada del trabajo social, eh, para

poder avanzar en estos procesos de salud mental, entonces creo que dentro del enfoque comunitario, nosotros debiéramos, tomar más la batuta. Creo que hacemos mucho pero todavía trabajo social creo que no se cree mucho el cuento, todavía está como con esa mirada también como del status menor, creo que se están haciendo más cosas, pero, pero debiéramos creo que tomar más protagonismo en este tema del enfoque comunitario.

6. ¿**Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R:** Pucha podría hacer un análisis súper, es que, eh, más riguroso, pero voy a hablar como desde ahora no más. Depende también del espacio, ¿ya?, por ejemplo, nosotros acá en el CTA o yo antes en el Centro Diurno en Salud Mental, trabajábamos con el enfoque comunitario con trabajo interdisciplinario y a veces transdisciplinario que, y desde ese tipo de trabajo es más factible que se considere el enfoque biopsicosocial y más, ¿ya?, eh, y ahí se nota el tema del trabajo más comunitario, pero, eso porque tenemos como más tiempo con las personas, conocemos a las personas con las que trabajamos, me refiero como a los usuarios, em, está el tema de los talleres, está el tema de las visitas domiciliarias, está, hay un grupo más reducido de usuarios, lo que no pasa por ejemplo, en los espacios de atención como las unidades de salud mental por ejemplo, o mismo lo que me pasa ni siquiera solamente en salud mental, sino, que en mi otro espacio, en mi otro trabajo, que es un PRM, donde tu tienes que cumplir cierta cantidad de atenciones y por ejemplo en la unidad de Salud Mental atienden a miles de personas o cientos de personas, eh, y nosotros atendemos a treinta por ejemplo, ¿ya? entonces es como hay mayor posibilidad del trabajo comunitario o el enfoque biopsicosocial en estos espacios, también tiene que ver con una cuestión de lo que uno cree con respecto al trabajo, pero también tiene que ver con las condiciones, entonces, si tú me preguntas, eh, en la intervención en salud mental, así como general, depende del dispositivo, depende de los equipos, también hay equipos que trabajan con un grupo súper chico y que tienen un enfoque súper biomédico, entonces tiene que ver con las condiciones laborales, tiene que ver con el enfoque del equipo, tiene que ver con varias cosas, no podría decir que pasa en todos lados, creo que acá pasa, en el CTA, creo que pasaba en el Centro Diurno donde trabajaba yo antes, pero no siento que sea, a pesar de que está en el Plan Nacional de Salud Mental, creo que es más de discurso que de práctica, por eso también, yo he elegido con pinzas donde trabajar, no es que en todas las partes donde hay Salud Mental se trabaje desde ese enfoque, o sea, de hecho es poquito.

**(Se supone que en todas debería ser así)**

**R:** Debería pero, te dicen que lo hagas pero no te explican o no ayudan a trabajar en cómo hacerlo, qué es, que significa para el equipo, nosotros en el CTA, somos un equipo súper reflexivo, con reuniones semanales, ahora estamos con, bueno con hartos procesos pero, nos damos espacios para preguntarnos cómo entendemos la intervención, discutimos, no solamente atendemos, atendemos, ¿cachai?, no es como en otros lugares que yo he dicho que es como una fábrica de salchichas, donde hay que cumplir, cumplir, cumplir, eh, es importante para este enfoque creo, eh, que se permitan los espacios reflexivos y de que los equipos puedan construir lo que entienden del trabajo, idealmente con los

usuarios, para mi eso tiene sentido, y acá se hace y e hacía en el otro centro, pero es súper, bueno no es utópico, porque igual se hace, pero es como para allá.

**(es lo que se espera que debiese ser)**

**R:** Claro, o lo que yo espero, otros no esperan, otros quieren hacer la pega y pasar el medicamento y que se vaya.

**7. ¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación de ellos/as o no en salud mental?**

**R:** Lo mismo que dije antes, pero con otro, con otro centro. Em, también depende de los que le dije antes, como si estamos hablando de dispositivos como estos, donde hay mayor espacio, mayor tiempo, donde hay un interés por que el otro sea agencia como sujeto no, bueno igual uno acá tiene que decir paciente, usuario, porque es como la... pero no objeto de tratamiento, sino que sujeto de su tratamiento. En estos espacios ehm … la participación de los usuarios y de la familia es … si no existiera no podría haber un tratamiento exitoso. ¿Ya?, es como que se entiende que es parte y que por ello la gente viene a trabajar algo que no han podido trabajar solos, pero se van a ir y van a seguir en ese espacio y van a tener que saber armar su red de apoyo, entonces es como fundamental. En el otro espacio en el que estaba, en el centro diurno ehm … bueno y de hecho no solo, ahí lo puse también … ahora estoy … bueno ya estamos en el proceso de conformación de la cooperativa inclusiva (risas), entonces yo entiendo que la participación principalmente de los usuarios entre comillas, ehm … es un indicador de salud mental. Cuando … no sé si se entiende, es como un indicador de que su proceso ha sido más exitoso. Creo que una de las grandes dificultades de los diagnósticos de los tratamientos de salud mental tiene que ver con ese aislamiento, con esa mirada de las personas como sujetos de protección, como discapacitados y creo que todo lo que salga desde ahí que permita que la persona sea sujeto de derechos y que pueda decidir lo que quiere hacer con su vida como grupo, comunidad o individuo o familia ehm .. es un indicador de que ya no está en esa posición de discapacidad y aunque tenga un diagnostico no va a implicar que este deteriorada su calidad de vida, no sé si se entiende. Porque alguien con esquizofrenia puede vivir bien con una buena red o con un buen proyecto, porque lo que falta en este tipo de situaciones es como un proyecto de vida propio, es como la desmotivación y un montón de cosas que son las que te discapacitan al final, no es tanto el diagnostico si está bien tratado.

**8. ¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R:** Mmm… Pucha no a ver … si, existen. Ehm… ahora estaba, por lo que yo he visto en Chile, porque estamos hablando de Chile… ehm … está bastante enfocadas en las neurociencias … como que se está … en algún momento hubo una tendencia a hacerlo más comunitario, pero ahora como que ha bajado un poco, igual yo siempre sentía que como que en esto faltaba … hay como mucho desde la experto, desde el que se supone que sabe, casi siempre lideradas por desde como el modelo médico. Aunque depende del espacio. A ver … ehm … existe como lo formal, de lo institucional, donde no se po hay diplomados, charlas o lo que sea, como diferentes espacios de … educativos donde los expertos son los profesionales ¿Ya? A mí siempre me quedaron esas ganas como de tener otro espacio donde los expertos sean los usuarios, o los familiares o eso. También existen, pero son espacios como más alternativos y en eso yo he participado mucho ¿Ya?, más en los espacios alternativos que en los como ehm …

gubernamentales por decirlo de alguna manera o desde los dispositivos de salud y también hemos hecho … o sea yo también he participado como mhm… oyente, no sé cómo se puede decir, como alumna o algo así, y he participado gestionando espacios ¿Ya?. Hace poco … hace un par de meses traje a un psiquiatra paraguayo, pero es como un psiquiatra anti-psiquiatra, entonces es muy interesante (risas). Y estuvimos haciendo como una … me gusta hacer como tour, así como cuando uno trae un artista y lo pasea, o no se po hay como otros … también he traido a Alfredo Mofatt que es psicólogo social argentino que es como también desde lo alternativo. Y hay grupos que se están auto gestionando, que son como no se po … hay un grupo de psicología critica acá, otros en Santiago que esta el grupo de locos por nuestros derechos, no sé si lo han escuchado. Bueno es un grupo que se llama locos por nuestros derechos no sé si lo han escuchado.

**(No)**

**R:** Bueno es un grupo que se llama loco por nuestros derechos (risas), ehm … y que está compuesto por algunos profesionales, pero que principalmente está compuesto por usuarios, entonces nacen como espacios de reflexión, jornadas, ahora creo que están haciendo como un diplomado con terapia ocupacional en Santiago ehm … pero tiene esta otra perspectiva ¿Ya?, como desde el cuestionamiento a lo que se está haciendo y como proponiendo otras alternativas. Entonces por eso la pregunta es cómo; ¿Existen instancias educativas? Muchas, algunas como oficiales, formales desde lo institucional ehm … y otras como más desde la reivindicación de los derechos de las personas que han sido diagnosticadas. Bueno, hay muchas, hay mucho (risas).

**9. ¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

**R:** Mmm... hablamos de que, yo si pose especialización, pero depende desde donde se mire, porque para mí, como mi forma de ver el tema de la intervención, igual es importante la especialización desde lo académico, bueno y en eso tengo, no específicamente de salud mental, pero si un magister en trabajo social con mención en comunidad y territorio, que desde mi perspectiva tiene... mucho que ver como yo comprendo el trabajo social como habíamos hablado, que para mí tiene mucho que ver con lo comunitario, con el rol del trabajador social dentro de la salud mental, porque... no sé si aparece en las preguntas anteriores esa respuesta, pero que la salud mental tiene más allá que ver con lo biológico, con lo relacional, con la interacciones sociales, con lo intersubjetivo más que, o sea, principalmente, entonces en ese sentido está esa especialización, que yo creo que sí es importante ir como... buscando... otras ideas o ir reflexionando permanentemente sobre esto, pero también, no sé si más o menos importante, pero muy importante, me parece que es especializarse a través de la acción, a través de conocer otras experiencias, pero desde lo práctico y en ese sentido igual he desarrollado unas pasantías en espacio de intervención en salud mental, comunitaria, PS y otras en Chile y en otros países, más principalmente en América Latina, pero eso.

**10. ¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R**: Sí, hay un perfil de cargo, pero bueno, había una demanda cuando se creó este cargo acá, porque se creó y me llevaron a mí para eso, bueno no solo a mí, pero se creó ahora que entré yo, ya. Porque claro antes estaba _____ que es

trabajador social, pero él es el director entonces él tiene otras funciones, y había un perfil que tenía que ver con hartas demandas por parte del equipo, que habían hartas áreas que no se estaban pudiendo abordar acá, porque acá el trabajo es más integrado, integral... no está solamente centrado en el tema del consumo por ejemplo, sino que tiene que ver con hartas aristas, porque creo que tenemos la misma visión de que los problemas acá son más complejos que... y por lo tanto, tiene que ser abordada desde diferentes enfoques. Entonces sí se habían formado algunas demandas para el perfil, pero lo fuimos formando en conjunto también, o sea, las entrevistas, las conversaciones que tuvimos con _____ y con el equipo, y yo, y claro, después hubo algunas modificaciones que tuvieron que ver como con el proceso de diagnóstico, que yo creo que uno tiene que ir haciendo cuando se integra a algún equipo, que tiene que ver con identificar las necesidades, con lo que uno puede realmente aportar a los procesos con los usuarios, entonces, sí, a la pregunta, sí sigo más o menos estructuradamente el... el perfil de cargo, pero también, es flexible en ese sentido, hay cosas que tengo que hacer sí o sí, pero también hay cosas que puedo ir aportando.

**(¿Cuáles son tus funciones específicamente?)**

**R:** Bueno estoy como... no tiene un nombre, lo han cambiado en varias oportunidades, pero... estoy en el vespertino casi todo el tiempo, por lo tanto estoy como atenta al grupo de vespertino, no se ps aquí hay psicólogos que tienen X pacientes y yo debo estar al tanto más o menos de todos los vespertinos que asisten a rutina, igual hay algunos que vienen como atención individual y... no sé cuál es la palabra, pero fin.

**(pero, así como a cargo, ¿haciendo talleres?)**

**R:** Es que había un vacío en eso, y por eso también se crea este cargo, que tenía que ver con articular el vespertino, así como articulador. Entonces alguien que estuviera todos los días en el vespertino, que pudiera conocer al grupo, que lo armara, que pudiera crearse cierto ambiente donde las personas, pudieran y quisieran venir, si es que no podían venir, estar llamando para ver qué pasa, como esas cosas del vespertino, principalmente. Y también hago dos talleres con el vespertino, con otros profesionales, de terapia, los días lunes hago el taller de Prevención de Recaídas y... pero los de abstinencia con _____, que es la psicóloga familiar, los días miércoles hacemos un taller con el psicólogo con ____, que es con hombre que han ejercido violencia, pero es como, en realidad, es un taller para trabajar el fenómeno de la violencia, desde la masculinidad, tiene que ver con el enfoque, son puros hombres y yo (risas). También estamos pensando en armar un taller con solo mujeres, para el próximo año, como con las mismas características, y también estoy a cargo, de temas de tribunales, acompañar, y bueno eso también se está formando, pero yo también tengo experiencia en PRM, en programas de reparación en maltrato, bueno, relacionado más con SENAME y tribunales de familia, pero la idea es como ir acompañando a las personas que llegan acá desde tribunales, que son muchas ya. Ahora están como mandando a muchas personas y ha cambiado mucho el perfil, porque claro este es un espacio de voluntarios, pero cuando te manda el tribunal ya no es tan voluntario, entonces también hay que ir trabajando esto de la voluntariedad, bueno esto tampoco tiene mucho sentido para cuando llegan de obligatorios, si no tiene mucho sentido para la persona, es muy difícil hacer un proceso real terapéutico. Pero ya, que otras cosas hago... informes a tribunales, como con las personas que están en tratamiento, porque las personas que derivan y no vienen ponte tú, los informes lo sube la ___ que es como administrativo, porque son muchos, y acompañamiento individual y grupal, o sea, en realidad no tengo mucho trabajo asistencialista, como que me tengo que

conseguir las cosas, no, porque no es lo que se pide y tampoco me llama mucho la atención. También el trabajo de red, pero en redes que tienen que ver con, con varias cosas, por ejemplo, ahora hicimos un acercamiento con el SERNAMEG, porque hay muchos casos de violencia intrafamiliar o más violencia en contra de la mujer, entonces ir armando como la red de villa alemana, la terapeuta ocupacional también está a cargo del tema de red, pero más relacionado con drogas, ocupacional y también con temas de casas de acogida y cosas así como con la red de SENDA y yo como en lo más territorial y eso.

**11. ¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R:** Sí, reconozco un rol terapéutico dentro de mis intervenciones, y eso viene, viene desde hace harto tiempo, como antes estaba a cargo de un centro de salud mental, siempre ha estado lo terapéutico dentro de lo que he podido hacer y como el trabajo social, también como un espacio que puede ser terapéutico, bueno de alguna manera siempre lo es, pero tiene que ver como desde donde uno se posiciona, creo que hay muchos colegas y de otras profesiones también, que a veces, depende de donde estén, se tiende a optar como un rol más coercitivo o de control, sobre no se ps, las familias o con quien sea, y la opción mía tiene que ver más con el acompañamiento, que tiene que ver con lo terapéutico y eso, como ir apoyando a las personas en lo que vayan considerando importante. obviamente, si uno está, este espacio, no tiene este rol más fiscalizador, coercitivo, como lo tendría el otro en donde estoy trabajando, pero, aun así, desde donde estés, tú puedes tomar esas opciones. En cuanto a lo segundo, tiene que ver en cómo uno entiende lo terapéutico. Creo que el proceso terapéutico, tiene que ver con esta posibilidad de acompañar al otro, con que pueda tener cierta mirada distinta de lo que está vivenciando, o de lo que él o ella considera un problema o alguna situación que le gustaría modificar... lo terapéutico tiene que ver, no solamente con el box, porque a veces se tiende a confundir como eso, con las prácticas clínicas como tradicionales, y yo no estoy de acuerdo con esa mirada. Hay muchas ocasiones en donde las personas estando en espacios de taller o grupo con otros, por lo menos acá se da mucho más, tienen mucho más posibilidad de tener transformaciones... que en un espacio de un box con alguna persona que considere que es experto en algo, ya, bueno no sé, ahí tampoco es como entrar a competir, pero me refiero, a que veo lo terapéutico como algo más que tiene que ver con estos procesos de transformación también, esa es mi respuesta.

**12. Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R:** Sí, ahí en algún momento dije algo como de que, a veces, bueno en los orígenes del trabajo social igual son, son diversos, pero lo tradicional, lo entiendo como de repente como lo que no, lo que no se cuestionaba tanto. A veces el trabajo social era visto como para administrar la pobreza y desde ahí un perfil más como ¿asistencialista?, em, y creo que el perfil terapéutico tiene que ver más con la transformación, pero desde yo entiendo lo terapéutico, desde un poquito lo que dije antes, creo que el rol tradicional tendía más hacia como una mantención de un estatus quo respecto a ciertas dinámicas, que claro, se entendía que la visitadora, por ejemplo, llevaba la caja de mercadería, cosas como así, aunque tal vez no era tan así, o sea, de hecho, lo tradicional no significa lo que pasaba antes porque igual habían muchas prácticas que eran transformadoras y eso, entiendo lo tradicional como esa mirada, ¿ya? y creo que lo terapéutico tiene más que ver

con esto del acompañamiento, de la transformación, de esta posibilidad de no mantener estas forma de relación bien asimétrica como a nivel más estructural, y lo terapéutico es no mirado como, bueno, igual esto es una discusión que se está dando, yo no tengo ninguna respuesta con respecto a eso, como lo que yo estoy pensando en este momento, em, pero lo terapéutico antes era como más, no visto como lo individual, no como el espacio del box sino como esto que también puede ser colectivo, nosotros trabajamos mucho la grupalidad, en ese sentido y lo terapéutico se da en este contacto con el otro que a lo mejor está pasando lo mismo que estoy pasando yo, entonces, nosotros vamos como provocando o intencionando ese tipo de transformaciones, entonces, también viendo lo terapéutico como algo colectivo, individual y/o colectivo.

**13. Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R:** em, bueno, igual es algo que se ha ido construyendo, yo llevo un año acá, ya cumplí hace un poco un año, em, y si, estaba, había algunas personas del equipo que entendían al trabajo social como lo que yo les estoy planteando, y por eso también decidieron dejarme a mí y no a otros, pero también, hay gente del equipo, que tenía esta mirada como más asistencialista y que tenía otras demandas o que se imaginaba otras cosas que podía venir a hacer una trabajadora social acá, entonces, esto se ha ido como negociando con el equipo y también con los usuarios y usuarias ¿ya¡ y ha sido interesante el proceso, porque al principio había como mucha demanda de , no se po, me mandaban: oye esta niña quiere la media agua, como cosas así, igual yo hacía como la gestión un poquito de red, como para decirle donde, como, con quien, que no era yo, em, pero ahora ya saben, y me ha parecido interesante eso, porque no es que yo les haya hecho una clase de lo que yo puedo hacer, aquí, pero como que ya hay un perfil y son otras las demandas, o no sé, me dicen: oye sabi que estoy teniendo problemas en mi casa con mi familia, es como más, bueno hay una psicóloga familiar, yo no soy psicóloga familiar, pero si tiene que ver con estas formas de relación, con esto que está como de repente dificultando que podría ayudar al proceso de rehabilitación en el tema, no sé, de las adicciones, entonces como que, ha sido interesante el proceso y como el equipo también va viendo el aporte del trabajo social, como de una mirada más crítica, pero también constructiva, y pensando también en el tema de la transformación, del tema, no sé po, hemos hecho algunas gestiones con, por ejemplo, con el Instituto nacional de Derechos Humanos, entonces es como, no es que yo venga, osea, el equipo ya tenía una forma que tiene que ver con una perspectiva de derechos y me vengo a integrar a este equipo desde ahí también, entonces como que ...

**(¿y la sensación personal?)**

**R:** en este espacio en particular, solamente se siente una diferencia con el médico, pero no es por el médico, no es la persona del médico, porque de hecho igual hay una buena relación, como horizontal, buena onda, de hecho está aquí hace mucho tiempo, pero es el rol, ¿cachai? también viene poquitas horas, viene solamente a atender, es como, el resto intentamos trabajar como equipo, pero todavía se da que el médico, como el rol, viene a ser esa pega y no es como equipo.

**(¿médico general?)**

**R:** general, y el psiquiatra menos, porque también habían unas horas de psiquiatra, entonces como que es más difícil ahí entrar a dialogar, es como : oye, pero te puedo decir algo de este paciente antes? como que ahí se nota yo creo

que una diferencia, es un espacio de salud también, creo que ese es como el desafío grande, poder incluir, a la gente que está desde la medicina, psiquiatría, a una mirada más de equipo o desde la interdisciplinariedad, el resto del equipo creo que mmm en general no, hay un par de situaciones pero bien aisladas como con algún psicólogo, pero tiene que ver más con perspectivas más que con que yo sé más que tú y eso, como mi profesión es mejor que la tuya, no, tiene que ver como con puntos de vista.

**14. Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**R:** eeeh, creo que he venido un poquito a subsanar heridas sobre la disciplina, creo, creo, creo, porque igual , por ejemplo hay mucha experiencia anterior, porque viste que acá vienen muchas personas, todas las personas vienen con problemas de adicciones y generalmente tienen problemas con las redes de protección a la infancia y siempre ha habido coordinaciones con los trabajadores sociales de los programas de los FAE, los PPF, los programas de SENAME, y siempre ha habido o muchas veces, la mayoría, el 80% de las veces como: oh, las trabajadoras sociales malditas ¿cachai?, como de parte del equipo, porque claro po, era como: oie a la drogadicta quitémosle al niño o orden de alejamiento, ese tipo de cosas más coercitivas, entonces claro, a veces al principio me tiraban tallas, como hay tú, SENAME, no sé qué, la trabajadora social, como visto más o menos como el carabinero de la intervención, pero no es mi función, no es mi rol , no es mi interés, desde ahí, entonces como que obviamente también hay experiencias de otros trabajadores y trabajadores sociales que no se paran desde ahí pero está esta mirada del equipo hacia la disciplina, como o sea la profesión, como no muy reflexivo, como más coercitivo, y eso está visto súper negativamente, así que hacia la profesión, yo creo que es como variado, no, no hay como : todas las trabajadoras sociales o todos los trabajadores sociales, respecto a mí, yo creo que bien , pero eso.

**15. ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**R:** ¿no es del plan de salud mental y psiquiatría?, es como trabajo social en salud mental, no lo he leído, de hecho, pensé: lo voy a leer, pero no lo he leído, todavía no lo leo. Lo que pasa es que yo creo que igual tengo cierta resistencia, a ciertas cosas como tan de normativa porque, porque si po, me ha tocado ver experiencias complejas desde ahí, entonces como que de repente me voy más como desde lo in situ, desde el trabajo, me gusta conocer y aprender también desde la tangente, de lo tangencial, desde los márgenes de lo que se está construyendo, estoy en un montón de actualización, respecto de lo que es la salud mental y todo, pero no se po, desde la psicología comunitaria, desde la no anti psiquiatría, un poco de la anti psiquiatría sin ser anti psiquiatra, no me declaro anti psiquiatra, pero si tengo harto desde ahí y, no se po, desde la psicología crítica, hay harto movimiento acá en la zona al respecto, pero movimientos más como alternativos y desde lo comunitario, desde la comunidad, eh, y ahí me muevo, entonces cuando hay mucho documento desde, no sé po, lo institucional, no me llama tanto la atención, como que no le creo tanto, me gusta como el movimiento social, me gusta más desde ahí conocer y aprender más y eso si lo he leído más, lo otro me causa un poquito de, no es rechazo, pero si, no me llama tanto la atención, igual sé que tengo que ver algunas cosas, pero estoy por ahora en un proceso de recuperación, y si, por eso, no es como hay que interesante, me interesa más lo que surge de las mismas comunidades que se están organizando y que van creando conocimiento desde ahí.

**17. En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?, ¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?**

**R:** Sí estoy en conocimiento de hecho me han invitado a participar de algunas cosas en las que no he participado por cosas de tiempo, igual estoy haciendo como muchas cosas, ehm … creo que tengo una deuda pendiente, pero a veces como que se me escapa de las manos el trabajo social como colectivo. A veces me han dado más ganas de participar en grupos de trabajadores sociales, pero en realidad participo en grupos de personas que son de distintas disciplinas y se organizan. Ehm … creo que el trabajo social tiene mucho que decir, pero aún está parado muy desde lo institucional entonces no me está llamando mucho la atención. Entonces, sé que hay movimiento, que hay como un interés respecto a las normativas, y que está la posibilidad, pero también tengo esa cosa como contradictoria, que también lo asumo, que cierto temor y que está haciendo que el trabajo social se psicologice y pierda como su identidad, pero claro tampoco me estoy sumando a algo como para que no suceda, entonces ahí hago esa autocritica también, porque tampoco tengo como tiempo. Estoy metida en hartas cosas y hacerlo sería ponerle mucho tiempo y harta fuerza. Yo sé que el _____ también estuvo metido y participe en un par de reuniones, pero no más que eso, entonces si estoy en conocimiento y tengo cierto temor de que pierda. Creo que después lo preguntan, de la identidad del trabajo social o algo así.

**(¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?**

**R:** Es que insisto, depende de cómo se entienda lo clínico. Yo hasta hace poquitos años como dos, tenía esta misma sensación, de que cuando hablaban de; ah es que yo soy clínico, era como esto mismo que ustedes preguntaron antes, si sentía alguna diferencia. Cuando se paraba un grupo de personas con las que yo trabajaba, desde lo clínico era como decir nosotros sabemos y ustedes no, porque yo soy clínico. Entonces yo tenía como esa percepción, porque era lo que a mí me había tocado vivir. Pero, después tuve otras experiencias, de hecho estuve en un tipo diplomado en la católica con la _____ que ella nos hizo también del trabajo clínico en terapia familiar, y yo le decía, Luisa, tengo miedo de lo clínico (risas), y ella nos decía que en realidad lo clínico era trabajar con el dolor, eso, como con ese cuidado, de que estás trabajando con el dolor del otro, ehm … que lo demás ya era como que mucha gente se estaba apropiando de lo clínico como para posicionarse así como con más status en relación a otros pero en realidad no tiene que ver con eso, se está mal utilizando como con muchas otras cosas. Tiene que ver más con esta sensibilidad y este cuidado, porque claro, estás trabajando con esa parte donde hay mucho más dolor. Entonces para mí, si me he reconciliado con eso, pero desde esta mirada, de esta postura, que no es transformarlo en un … que solamente puede hacerlo el psicólogo. Es una mirada que puede ser desde lo trans de lo interdisciplinario.

**(Voy a agregar algo, pero entonces el trabajo social clínico ¿igual lo considerarías como una parte de la salud mental? … o en realidad no es tan necesario.**

**R:** Sí, pero desde esa mirada de lo clínico, es que también tiene que ver como tu mires la salud mental po. Yo creo que esta mirada como más integral de la salud mental o de la persona, creo que el trabajo social tiene mucho que decir respecto a las interacciones sociales, a lo intersubjetivo como les había dicho en algún

momento, entonces, desde ahí claramente nosotros si tenemos mucho que decir. Trabajo Social clínico, es complicado, porque claro cómo se entienda, pero sí.

18. **Siguiendo la pregunta anterior, según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención?**

19. **¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Me pareció interesante darme cuenta, de que por ejemplo claro po, igual lo pueden hacer otros, creo. Tengo algunos compañeros psicólogos y psicólogas que también están parados desde ahí, pero creo que, en salud mental, en adicciones, en temas de salud mental de lo que trabajaba antes en psiquiatría, pasa mucho que las personas quedan como muy, como que pierden como mucho más poder, además que la mayoría al ser de bajo nivel socio económico y esas cosas …me pareció súper importante el estigma. Nosotros trabajamos mucho con, por ejemplo, nuestro rol tiene que ver mucho con trabajar contra el estigma asociado a este tipo de patologías, o este tipo de dependencias, dependiendo de donde uno se pare, ehm … y claro tenía que ver con eso de que la gente con la que yo trabajo acá, no … en su mayoría no sabe cómo manejarse en esos espacios. Por ejemplo, tribunales y eso. Entonces lo que yo hago y me gusta hacer, es como compartir el conocimiento, socializar y decir como ya yo he aprendido esto tu cuando vayas a hablar con el juez … no es que le diga lo que tiene que decir … pero, estas son las cosas que tiene que mirar y es como socializar, democratizar ese poder. Entonces acá era como ok, vamos a hacer una traducción. Yo creo que eso tiene que ver harto con las funciones, y yo creo que eso no estaba … o sea, aquí el equipo es bacán, yo por eso estoy acá, lo dije en algún momento, pero eso creo que igual faltaba y vine o sea no yo, la profesión. Creo que es eso, que los chiquillos puedan como entender lo que les está pasando en esos espacios y en otros, porque también pasa que; fui y en realidad como que me estigmatizaron … y usan harto la palabra estigma acá los usuarios, y ha sido re bueno eso, como que salen súper contentos de la audiencia, y hay uno que ha venido como no sé cuántas veces, y me dice; oh gracias, porque salió perfecto de la audiencia po ¿cachai?, y no tenía ninguna posibilidad, y había entrado a este lugar y hablaba súper mal, no de hablar mal de no saber usar la palabra correcta, si no que no se le entendía nada de lo que hablaba, tenía súper poca posibilidad de hacerse entender, y fuimos trabajando esas cosas. Eso me parece súper interesante, como con la gente porque la gente cambia harto, es como, enseñar las reglas del juego porque entran a un juego en donde siempre se van a perder. Entonces acá ese es el trabajo, es como este es el juego, las reglas, las fichas, estas cartas tienes tú y van y juegan y pueden ganar, entonces eso es como algo dentro de las funciones.

- **Entrevista: Profesional N°5**

Institución: Hospital Peñablanca
Fecha: 16/10/2018

Protocolo Entrevista Semiestructurada para Trabajadores y Trabajadoras Sociales.

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R:** Mi nombre es _____, Soy Trabajadora Social del área de Salud Mental del Hospital de Peñablanca y ejerzo acá en el área hace 4 años y tengo 35 años.

2. **¿Como se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R**: Bueno, yo en realidad soy de la época antigua, así que yo me titulé como Asistente Social, no estuve, no soy del cambio de nombre de la carrera, así que en realidad, pero en realidad, la gente te identifica como Asistente Social así que yo en realidad me identifico como Asistente Social, si bien, siempre firmo como Trabajadora Social, pero en realidad me identifico, si, de la vieja escuela.

3. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R**: A ver, las ventajas, yo creo que tiene más ventajas que desventajas, porque en un equipo, yo creo que tiene mas ventajas, yo creo que desventajas no tiene, yo creo que en un equipo tiene que haber una mirada, tienen que haber distintos tipos de miradas, entonces distintos tipos de miradas desde cada una, de la experticie de la profesión que cumple cada uno, por ejemplo en el área de Salud, desde la psiquiatría, de la psicología, de la mirada de nosotras como trabajadoras sociales, eh, por algo es un equipo multidisciplinario, o sea, la idea es que cada uno aporte, recursos y miradas y perspectivas desde la experticie de cada uno, así que, desventajas yo creo que no tiene , o sea, desventajas al contrario, porque es como ir en desmedro en el bienestar, se supone del paciente, del usuario, yo creo que tienen que estar todas estas miradas conectadas en forma transversal.

4. **¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** Bueno, también, yo creo que tiene más ventajas que desventajas. Lo mismo, porque pienso que justamente la salud mental enfoca hoy en día, de hecho el plan de Salud Mental enfoca un plan comunitario, o sea, trabajar desde la comunidad, en conjunto, desde la prevención, con respecto a las enfermedades, a pesquisar desde la atención primaria, después de la atención secundaria, la terciaria y trabajar justamente, como de forma, también conjunto con los equipos intersectoriales, o sea, yo creo que eso es fundamental, el trabajo comunitario que uno hace con la red, es fundamental dentro de nosotras como trabajadoras sociales y dentro de los equipos en realidad, porque no solamente es como desde nosotras como trabajadoras sociales si no que, también, desde que el equipo tenga esta mirada comunitaria, yo creo que de verdad es lo más óptimo, en pro al paciente y desventajas yo creo que a lo mejor podrían ser, eh si bien deben existir por supuesto desventajas, pero yo un poco lo miro, a lo mejor, em, no sé, a veces suele ocurrir, las malas relaciones que a veces se dan con los equipos intersectoriales, por ejemplo, como con la fluidez, la comunicación, pero eso también te lo va dando la experiencia, también te lo va dando el tiempo en que tu ya trabajas y empiezas a articular las redes, yo creo que eso, yo creo que a lo mejor una desventaja seria no tener como esta comunicación fluida con los distintos dispositivos de la red, que yo creo que por eso es parte de como que también que te va dando la experiencia, pero a lo mejor, por ahí podría existir una falencia, el trabajo como te digo, en conjunto que se hace con los distintos dispositivos y a veces los tiempos de espera, bueno si nos ponemos como a ondar un poco más por ejemplo, nosotros, no se po, si es que se hace alguna derivación, de repente a algún otro dispositivo, ya sea, atención primaria, secundaria, los tiempos de espera, que a veces los pacientes, eh quedan ahí en el limbo, bueno también son desventajas, por su puesto, como de trabajar de forma, eh, como desde el enfoque comunitario, porque por ejemplo nosotros, si bien no es lo que nos pasa a nosotros, porque nosotros ponte tu, cuando nosotros derivamos a un paciente, a algún dispositivo de la comuna de la red, nosotros hacemos una derivación asistida, el paciente no queda en el aire, por ejemplo, al paciente se le da de alta y no se le da de alta y se va pa' la casa y esperará la hora si le sale en dos, tres, cuatro meses más, sino más bien queda enlazado con nosotros, el paciente viene hasta que le sale la orden, entonces, pero de repente suele suceder que eh, también existen, como te digo, no necesariamente

acá pero conozco otras realidades de otros hospitales, que a veces el paciente si queda en el limbo, entonces eso también yo creo que hay que pulirlo, cuando uno trabaja en forma, como te digo, desde este enfoque comunitario, por supuesto que hay que pulir ciertas cosas como esas, por ejemplo.

5. **Según su opinión ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?**

**R:** Bueno, como lo que yo te digo po, en realidad la función, lo primero, es tener, una fluidez en trabajar con las redes, o sea, lo primero yo creo que, en la percepción y la función más que nada, la función que nosotros cumplimos es trabajar, netamente, articular este sostén justamente en pro del paciente para que no queden vacíos, no queden limbos, donde el paciente a lo mejor o la persona pueda tener recaídas por llamarlo, entonces la idea es que nosotros, nuestra función es justamente cumplir con eso, con ese enfoque de que el paciente esté sostenido como por todos lados y no queden vacíos en las derivaciones por ejemplo, que se hagan los acompañamientos permanentes, los seguimientos permanentes, por eso es importante, ese rol como trabajadora social y más como trabajadora social porque, como más ya, como desde la formación terapéutica, el acompañamiento es fundamental, yo creo que desde ahí nosotros, como te digo, es como el sostén del paciente y por supuesto , es lo que yo te digo y tener buena comunicación y que la comunicación sea fluida con los diferentes dispositivos, ya sea con APS, con los CAE, con los Hospitales de Día, eh, no sé con los centros, los CTA, los CTR, dependiendo de la patología del paciente, yo creo que la comunicación y hacer ese lobby que nosotras somos muy buenas, las trabajadoras sociales para hacer esos lobby, yo creo que eso, hay que si po, hay que mantenerlo y eso es parte de nosotros, yo creo que es una función principal de nosotros.

6. **¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R**: De todas, maneras, o sea, en realidad, las intervenciones, eh, corresponden a un enfoque biosicosocial, o sea, no podemos, no habría un trabajo comunitario, sin por ejemplo, la visión de un médico, de un psiquiatra, no se podría como articular, o sea, no se podría trabajar, entonces, yo creo que si po.

**(¿y en cuanto a la participación comunitaria? ¿se hace notar esa participación o en realidad no?)**

**R:** si po, yo creo que si.

**(porque desde el modelo, desde el plan, se hace la bajada a que debería haber una participación comunitaria y el enfoque del modelo familiar comunitario, pero en realidad eso se ve? ¿se visualiza? por lo menos acá)**

**R:** acá si, acá si po, por eso te digo acá por lo menos desde este enfoque, que es un enfoque que si bien estamos en un enfoque clínico, en un enfoque hospitalario, hay un enfoque biosicosocial, pero nosotros lo tenemos súper arraigado, de como, como Unidad de Salud Mental, el enfoque comunitario, así que, ninguno va en desmedro del otro, sino que bien trabajamos en conjunto y se respetan las opiniones de cada uno y se trabaja desde el enfoque.

7. **¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación o no en salud mental?**

**R:** a ver, la participación de los usuarios, cuesta, yo con el transcurso del tiempo, me he dado cuenta de que los pacientes tienen una baja adherencia, por lo mismo, porque no van como desde la prevención, sino que el paciente llega ya cuando está

en crisis, por lo tanto, ahí uno se da cuenta que las personas no tienen adherencia, son pésimos pacientes y bueno, me incluyo, yo creo que es como la esencia del ser humano, somos pésimos pacientes, entonces es como cuando ya revienta, queda la grande, es como que nos acordamos en realidad que tenemos que, que atendernos, que diagnosticarnos, o que ir y nos cuesta adherir, seguir los tratamientos, no continuamos, abandonamos los tratamientos, los pacientes abandonan los tratamientos entonces vuelven, vuelven y las recaídas son peores y eso como te digo pasa, nuestros pacientes son así po y son súper cíclicos, de repente tenemos pacientes que se repiten durante el año, por lo mismo, porque no tienen, no está internalizado el tema de la prevención, de controlarse constantemente, sino, más bien, ya cuando está como te digo, la grande, se acuerdan y después como me siento bien, lo abandono, entonces al final es como un círculo.

**(¿y en relación a las familias? ¿al apoyo de las familias?)**

**R:** mira, el apoyo es bien relativo, porque hay gente que si bien llega acá con redes familiares y en realidad que también es parte de la función de nosotras como trabajadoras sociales, trabajar con las familias, hacer esta sensibilización, esta sicoeducación en las familias, que es importante, que tiene que estar acompañando, hacer un acompañamiento permanente, ir con el paciente si es necesario a los controles, llevarlo, eh, o sea, eso es parte de nosotros, de nuestras funciones, de nuestro rol, pero tu también te das cuenta que muchas veces la familia no está comprometida, tampoco la familia se compromete. Por eso te digo es bien variable, porque tenemos familias que si, que si igual hay pacientes que adhieren, que las familias son súper comprometidas, pero son las menos, si bien, yo creo que, hay una no adherencia, como te digo, tanto de los pacientes y las familias.

8. **¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R**: si, mira, existen instancias educativas sobre la temática salud mental, hay, pocas, por ejemplo, el servicio de salud, igual nos hace, ponte tu, como dos veces al año, hacen eh capacitaciones ponte tu o conversatorios o seminarios, pero son súper pocos, son súper pocos, entonces también hay un déficit ahí por parte del servicio de salud, y en parte en realidad como de las políticas públicas porque esto es a nivel estructural, entonces no hay, yo creo que no hay un continuo, no hay una educación continua respecto a la temática Salud Mental dentro de los servicios hospitalarios y dentro de la comunidad, como te digo, y dentro del, a nivel de nuestro sistema no.

**(¿y por ejemplo actividades comunitarias, no se realizan a la comunidad desde dentro del hospital? porque, por ejemplo, en el consejo consultivo arma de repente pero en temáticas de prevención al adulto mayor)**

También, lo mínimo, si bien la parte comunitaria lo toma participación que está a caro de otra unidad, y si bien como tú dices, se hacen actividades para la comunidad, se abre el hospital para la comunidad con ferias, pero no son muy enfocadas a la salud mental. Yo apenas he participado como una vez al año con un stand de salud mental. Así que no, no hay una sensibilización.

9. **¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

**R:** Sí, yo creo que es necesaria porque en realidad nosotros en las mallas de pre grado, ahora sí, creo que hay un módulo de salud mental, una pincelada, y eso es, en realidad es como a raíz de ahora, algo como que está emergiendo recién,

que sé que algunas universidades incorporaron a la malla, el módulo de salud mental, pero como te digo, es super escuálido, entonces nosotros, bueno en mi época menos, nunca tuve un ramo de salud mental, bueno... psicopatología, pero no era salud mental propiamente tal, entonces... eh si po, debiéramos tener, todos, las personas por supuesto interesadas en trabajar en salud mental, si ps deberían tener especializarse, lo que yo pienso, en... justamente el hacer como más especialidad o carrera en eso. Yo, por ejemplo, como acá sale si poseo o no especialización, me he ido especializando de a poco, he hecho cursos, he hecho pasantías en el área de salud mental, de hecho hice una en el hospital del Salvador, he hecho seminarios también... referentes a lo que es salud mental, la patología en psiquiátrica. Tengo como hartos cursillos, pequeños, de pocas horas, durante estos cuatro años, así que me ido como especializando. Y bien ahora, estoy en un diplomado que, si bien es desde la terapia familiar, pero también nosotros ahí, es un diplomado también enfocado en la salud mental, así que, hay que seguir.

**10. ¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R:** Sí, hay un perfil de cargo, de hecho, lo cree yo cuando llegue, porque no había, yo les he contado que esta unidad se ha ido creando sobre la marcha. Cuando yo llegue al hospital, no existía la unidad de salud mental, se fue creando a raíz y a la necesidad de los usuarios, ya que llegaron muchos con distintas problemáticas de salud mental, con patologías psiquiátricas., entonces se vio la necesidad de crear esta unidad donde cómo te digo, el hospital quería una psicóloga para todo el hospital, entonces como te digo empezamos a llegar todos de a pocos. Llego la carla magna, después llegue yo, después llego un psiquiatra, después una secretaria, después otro psicólogo y así, la unidad comienza como a tomar forma. Y si ps, yo como te digo, en realidad se crea este perfil de cargo y, en realidad, así como tan estructuradamente que lo siga, no. Yo igual estoy como en constantes modificaciones, trato como de no encasillar, si bien sigo el protocolo, los informes sociales, que hacer las evaluaciones, que es lo típico que hace uno, gestiones, coordinaciones, como la estructura y las funciones del trabajo social si, lo hago, pero siempre estoy como desmarcándome un poco de eso, del rol tan tradicional.

**(¿cuáles serían estas funciones? como a modo general.)**

**Las funciones que, ¿si se realizan, o las funciones que yo modifico?**

**(las que hace hoy en día)**

Ya, por ejemplo, un paciente llega a hospitalizarse y lo primero que se hace, es la evaluación inicial. Entonces yo voy a sala, evalúo al paciente, hago todo como el diagnóstico, veo las redes de apoyo, si tiene redes de apoyo o no, en que situaciones está el paciente, hacemos una entrevista con el paciente, hacemos una reconstrucción de toda su historia familiar, ya... ehh... donde por supuesto ahí vamos trabajando, respecto a cómo te digo, a deconstruir un poco desde lo que, desde la historia que el trae, de identificar la red familiar. Muchos pacientes llegan como casos sociales en realidad. Parte también de mi rol, es, por ejemplo, trabajar con la familia, ya una vez visto al paciente, yo llamo a la familia, se trabaja con ella, como en fortalecer los vínculos porque eso es super importante y es lo que, que tiene que ver un poco con la adherencia. Cuando los pacientes en salud mental llegan muy deshabitados y muy en crisis, entonces justamente se hace

como ese rol de educación, de psicoeducación con la familia, se trabaja muy a fondo en fortalecer esos vínculos. Luego, se trabaja con el equipo, se dan las distintas miradas, se hace un plan, de intervención, se hacen en conjunto con el psiquiatra, la psicóloga y yo, ya y eh... lo que te digo, es bueno y después se va trabajando a medida de la necesidad del paciente, o sea tú sabes que no todos son iguales, así que dependiendo de lo que vaya surgiendo. Eso, y bueno se hace como lo típico, los informes sociales, los certificados o si necesitan un acompañamiento, autorización de algo, se trabaja también por ejemplo, yo hago el taller de, no es un taller, es un encuentro, los encuentros vinculares, no se ps, si llegan pacientes a hospitalización con larga data, por ejemplo, mujeres con hijos pequeños, ustedes saben que menores de 15 años, no entran al hospital, entonces se hacen estos encuentros de vinculo, en un box, en una instancia que es como privada, ya y se generan esos encuentros, un poco articulo y coordino estas cosas, las restricciones de visita también o los pases también de salud mental, que son como pegas más administrativas. Entonces se hace dependiendo coordinaciones, con nuestros dispositivos si es que el paciente lo requiere, entonces se hace como toda esa gesticulación.

**11. Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R:** Ya... ya entramos en materia (risas) bueno eso ps, como lo que les hablaba antes, siempre me he desmarcado un poco como del rol tradicional del trabajador social, como un poco de las funciones tradicionales. Como te digo, la diferencia justamente desde el rol terapéutico es que de partida tú te sales del rol de experto, partimos de esa base, yo trabajo con la gente y no soy la experta. Siempre lo he marcado, la persona es experta de su vida, no yo. Entonces parto desde allí, esa es mi base. Por lo tanto, desde un rol más terapéutico, la persona como te digo, la persona es experta en su propia vida, y es finalmente, desde la escucha, desde la escucha activa, desde la doble escucha, que uno puede tomarlo no desde el prejuicio, como te digo, estando ahí ps, desde un rol más... cómo llamarlo... desde el acompañamiento, desde el escuchar, desde el estar acompañando y desde que la persona es la protagonista, no nosotros y nosotros tampoco somos, en realidad los que entregamos los consejos, porque no somos quienes para entregar consejos, si lo otros, si es como desde la desconstrucción de su propia historia de vida si ellos tienen sus propias respuestas, si nosotros facilitamos, si somos facilitadores para que ellos puedan... u ordenadores un poco, para que las personas puedan ellas ir aclarando un poco su vida, pero desde ahí, desde, ese rol me paro.

**12. Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R:** A ver...

**(La primera es como a nivel profesional y la segunda es como más a nivel personal)**

Como me posiciono yo como profesional, bueno me posiciono más desde mi experticia, desde lo que yo puedo aportar al equipo, ósea como, tampoco es como contradictorio, no desde el rol de experto, sino que me refiero como a la materia,

como a mis conocimientos que es lo que yo puedo aportar en realidad al equipo multidisciplinario como desde esa posición, y un poco también, como desde la posición personal, que tenemos que estar ahí validándonos, nosotras mismas porque en realidad en los equipos suelen, que la trabajadora social esta solamente pa temas administrativos, y que en muchos equipos se da, no si la trabajadora social, la asistente social está pa los pañales, pa que le solucione el tema más paliativo cachai, así como asistencialismo, así como que te igualan asistente social a asistencialismo, es como... como desde esa mirada te visualiza un poco, los otros ps, entonces no ps yo creo que uno debe empoderarse y desmarcarse de eso y que estamos más mas que para entregar pañales o informes sociales. No po estamos para también desde nosotros dar una mirada más crítica más política, nuestras percepciones, y nuestras visiones po, que tenemos en realidad otro rol, o no uno más, que no solamente es eso, porque claro lo otro también lo hacemos, pero que no estamos solo para eso, entonces y eso yo creo que uno tiene que … ehm … bueno esa cómo te digo mi sensación personal, que uno se tiene que igual estar siempre validando, porque el otro te ve así y cómo te digo es una lucha constante, no solamente … y con colegas, yo te hablo con las mismas colegas, con otros gremios profesionales que igual no sé si es desgastante, pero si como te digo que un poco yo creo que tenemos que tomar ese como … que empoderarnos, tenemos que empezar a empoderarnos, sobre todo ahora que estamos como en todo ese … en un momento de cambio de nosotras como trabajadoras sociales.

**(¿Y en este equipo en particular? ¿Alguna vez ha sentido como un posicionamiento menor? ¿O siempre ha sido como a la par el trabajo?)**

No, ha sido a la par, ha sido a la par, pero a ver yo te podría decir, si ha sido a la par, pero como te digo cuesta de repente como posicionarse un poco cuando tu trabajas con los psicólogos, que yo creo que es como la pelea que hay, no sé si es la pelea, pero es como lo que pasa hoy en día, con este tema del trabajo social clínico y que con el tema de las normas técnicas, un poco que los psicólogos siempre se han sentido un poco dueños de que ellos son los amo y señores de la psicoterapia ponte tú, desde que ellos son terapeutas, o de que ellos también es como que tratan un poco de … de … son no sé pero son súper individuales po, trabajan súper individual, desde lo individual, y que son celosos como de eso, entonces un poco de repente cuando uno tiene otra mirada u otra formación cuesta un poco entrar ahí po, cuesta un poco pero por eso te digo, es un trabajo que uno tiene que hacer, de a poco, constante, no echar pie atrás y estar ahí po, ahí posicionándose, validándose, con fundamentos, entonces pero como les digo no sé si es desgastante, pero si hay que dar la pelea. (risas). Se ríen, algo les paso.

**(Hemos escuchado harto eso). (risas)**

**13. Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**R:** No, yo en mi caso yo creo que por … ehm … no sé, desde mi percepción, si yo creo que sí, hay una valoración positiva, sí, siempre, total. Pero como te digo es una valoración positiva, pero porque ha habido una lucha detrás.

**(Claro, si.)**

Ha habido una lucha constante po.

**14. ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**R:** Sí, tengo conocimiento sobre las orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud, que es justamente lo que yo les decía con todo este revuelo ahora que el trabajo social que ahora, hoy en día hay un trabajo social clínico, que tiene que ver con ser validado, que tiene que ser bueno normado, justamente a través de esto, que nosotros también podemos trabajar desde el box po, que también podemos como te digo, desde el rol terapéutico, se puede po, se puede por supuesto que tenemos que ir formándonos, tenemos que formarnos, porque como te digo esto no se enseña en pregrado, sino que es parte de la especialización como es afuera, en Canadá, en EEUU, por ejemplo en Canadá, tu no sales como trabajador social clínico, sino que hay un montón de … tú tienes que estudiar un montón de años, para pasar a ser un trabajador social clínico, entonces es parte de la formación, que nosotros tenemos que hoy en día formarnos para tener más conocimientos y poder como les digo, ehm … trabajar bien, también desde la psicoterapia y también desde el rol terapéutico, que también es parte de nosotros, que no solamente se encasilla a los psicólogos, que ellos se han apropiado de eso es diferente, pero nosotros tenemos que estar ahí al pie del cañón para darle con todo.

**15. ¿Cuál es su opinión respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se traducen a cabalidad en cuanto a la realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil?**

**R:** A ver, es que las funciones propias como tal, yo como te digo leí el documento, pero en este momento no recuerdo que funciones …bueno lo tengo ahí el documento por ultimo lo leemos, pero, así como respecto a las funciones establecidas propiamente tal, en este momento no las recuerdo, pero como te digo, ehm …

**(Pero, no sé si te acuerdas un poco, pero no sé, de lo que hay en ese documento tu sientes o encuentras que ¿Se traduce en lo que los trabajadores sociales en salud mental están ejerciendo actualmente?).**

Si, por supuesto que sí.

**(Porque al final igual, era muy antiguo el documento anterior, entonces eso es como una puesta al día, por decirlo de alguna manera de lo se está haciendo ahora)**

Claro si, por supuesto.

(Entonces, ¿Encuentras que lo que está ahí, es lo que se está haciendo ahora?

Claro sí, por supuesto que sí, si es lo que se está haciendo, por eso les digo es como desde el rol terapéutico que nosotros tenemos que como un poco desmarcarnos del trabajo social y si po, nosotros también tenemos las herramientas, y las competencias para poder tomar este tipo de funciones que salen ahí en las normas técnicas.

**16. ¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R:** Bueno si po, dice acá reconoce usted un papel terapéutico … Yo si, como les acabo y les he hablado todo el rato, si yo como te digo siempre me desmarco un poco de lo que es la trabajadora social típica, soy un poco más atípica en ese

sentido, sí que, si po todo el rato, siempre trabajo como te digo desde el rol terapéutico, y ehm … y si es necesario tener especialización para hacer terapia, si yo creo que sí, sí, tenemos que estudiar, tenemos que perfeccionarnos, justamente en este nuevo rol, como terapeutas familiares, tenemos que especializarnos, sí. Sí, porque es lo que yo les digo po, en pregrado, no te forman, ahí hartos vacíos, así que sí.

**17. En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?**

**R**: Si po, como te digo, conocimientos ehm …claro ahora yo como les vuelvo a decir, me estoy formando como terapeuta en este momento, estoy haciendo un post título, justamente en intervención y terapia familiar y claro que es importante, justamente como les digo con toda esta nueva … con estas transformaciones que está viviendo el trabajo social hoy en día, claro que si po, tenemos que acreditarnos, tenemos que acreditar el trabajo social clínico, si,

18. Con relación a su percepción ¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?

**R:** Sí, yo creo que sí.

**(¿Por qué?)**

Porque, yo creo que es un campo que lo manejamos las personas que … a ver es propio de nosotros, de las personas que nos especializamos justamente en el área de salud mental, o sea el trabajo social clínico es un área netamente de nosotros po, sí, sí.

**19. Según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención?**

**(Igual es lo que se respondió antes en cuanto al rol terapéutico, no sé si hay alguna diferencia o sería casi lo mismo)**

**R:** S, es casi lo mismo.

**20. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Eso po, un poco dejarles a ustedes que están como recién partiendo y están a portas de titularse, eso po si ustedes … seguir en realidad como perfeccionándose, bueno igual dependiendo, no sé el área que ustedes se quieren especializar …

**(Si, esta es el área que nos gusta)**

¿A las tres?

**(Sí, por eso estamos haciendo la tesis en esto)**

Ya, sipo eso, un poco como sugerirles que hay que especializarse, como justamente para poder acreditarnos po, acreditar, acreditar y trabajar como trabajadores sociales clínicos dentro del área de salud mental. Yo creo que es lo único que a uno la va a validar justamente, estar en estos registros. De hecho, se está trabajando con …se

está trabajando ehm … para eso desde el colegio de trabajadores sociales justamente, y regulando y ver cómo se va a hacer, porque todavía si bien esto está en papel, pero hay que ejecutarlo po, y como se ejecuta, y eso es lo que se está trabajando desde el colegio de trabajadores sociales, como ehm … finalmente ajustar estas normas técnicas al … como a los requisitos para poder nosotros como te digo acreditarnos, porque no no, no hay … o sea esto está todo en papel y esta como todo así en el aire, estamos todos viviendo un revuelo, pero no, no, todavía no hay como nada determinado po, entonces por eso es importante ehm … como les digo estudiar, perfeccionarse y eso po, eso yo les puedo decir a ustedes que están como recién comenzando po, y que son jovencitas (risas), y que pueden hacerlo todavía.

**(Eso sería entonces, muchas gracias.)**

- **Entrevista: Profesional N°6**

Institución: Hospital San Martin de Quillota.
Fecha: 19/10/2018

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R:** A ver, bueno, yo me llamo _____, soy, bueno, Asistente Social, ¿cierto?, Trabajador Social, em nací el año 79, así que tengo 39 años, en Marzo cumplo los 40 y llevo, yo salí el 2004 y estoy desde el 2005, 2006 más o menos realizando funciones ya como Trabajador Social, con algún tipo de espacio a lo mejor entre el 2006 y el 2007, pero desde el 2008 ya sin interrupciones.

2. **¿Como se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R:** em, lo que pasa es que uno se identifica de acuerdo a lo que la gente le platea a uno, yo en mi rol que tengo en la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, la labor que nosotros realizamos está como mucho más institucionalizada, a diferencia del trabajo que realizo acá, que quizás es un poquito más horizontal, en el dialogo y en la comunicación o interacción que uno tiene con los usuarios, allá como uno es parte del hospital está como mucho más, em, a nivel jerárquico hay como un poquito más de distancia quizás con las personas, entonces, generalmente a mí me dicen Asistente Social, o Visitador Social, entonces en ese sentido yo no me complico mucho respecto del nombre, porque finalmente lo que a mí me importa es realizar mi función y el rol que yo tengo dentro. A mí me acomoda un poco el término de Asistente Social en el sentido de que en algunas situaciones puntuales, uno también cae a veces en el asistencialismo, porque a veces las redes no responden a ciertas necesidades que se necesitan y uno en ese sentido como que a veces, no se po, se sale un poquito del rol ya como más evolutivo que es el de generar herramientas para que sean las mismas personas quienes logren desarrollas sus propias...o resolver sus necesidades e intereses y a veces uno cae un poquito en el asistencialismo, en ciertas situaciones puntuales. Entonces en realidad, desde el punto de vista del contacto con las personas yo creo que soy un poquito más Asistente Social, como de la vieja escuela, pero en relación a los aprendizajes que yo tengo y a los conocimientos, yo creo que voy por la otra línea.

3. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** A ver, lo que pasa es que bueno, nosotros estamos en inmersos en un equipo multidisciplinario o interdisciplinario y en ese sentido es muy importante que nosotros podamos de alguna manera diferenciarnos de otras especialidades como por ejemplo, la psicología, en ese sentido, es muy importante que nosotros tengamos una clara identidad respecto del rol que debemos asumir, entendiendo que obviamente uno flexibiliza y de alguna manera se va acomodando a las necesidades que se tienen en los distintos centros y programas, pero yo creo que en cuanto a las ventajas que podemos desarrollar en un espacio, en primer lugar, el Asistente Social o Trabajador Social tiene una mirada amplia respecto de las dificultades que tienen las personas, incorporando no solamente una temática específica como interna del individuo, en términos por ejemplo de la parte Salud Mental o Psiquiátrica, en la parte emocional, sino que, nosotros vemos las dificultades y problemáticas de las personas de manera mucho más amplia, abarcando un contexto más de interacción, familiar y también del entorno, no es lo mismo, por ejemplo, que ustedes hayan estudiado, en las familias que vinieron que quizás en otras familias, podría haber sido más difícil o más fácil, o sea, a todos nos afecta el entorno, para bien o para mal, entonces la mirada nuestra incorpora eso, incorpora una mirada más amplia de las cosas y no es bajo un modelo biomédico, sino que, que se incorpora ya la parte psicosocial, en ese sentido, yo creo que es importante que nosotros de alguna manera realcemos la importancia de las dificultades familiares y sociales en la persona y lo que influye eso en sus vidas, porque finalmente, el psiquiatra hace un diagnóstico importante en Salud Mental, ya sea, a nivel de drogas, o a nivel de psiquiatría, pero en las evaluaciones que tiene frecuente, lo que el hace es evaluar los síntomas que tiene pero esos síntomas muchas veces influyen de acuerdo a lo que están viviendo, o sea, una persona que tiene una depresión leve o moderada puede pasar a una depresión severas si se le muere el hijo o si pierde el trabajo, entonces es muy importante el realzar, o sea, que nosotros desde nuestro rol, realcemos esa realidad sociofamiliar, entonces obviamente que la identificación o el diagnóstico del individuo se enriquece cuando está esa mirada de nosotros, yo creo que ese es un beneficio muy importante, bueno, obviamente que, en la medida que nosotros podamos especializarnos también vamos a tener un aporte mucho más grande o sustantivo, en el sentido por ejemplo de, especializarse en la intervención familiar, por ejemplo, eh obviamente que los equipos a veces no tienen como cierta especialización y yo creo que en la medida que nosotros también podamos fortalecer eso, va a ayudar obviamente en el diagnóstico. Lo otero yo creo que em, nosotros de alguna manera desarrollamos muy bien el vínculo con el usuario, con la persona, el usuario, el paciente, como se llame, en el sentido de que al estar en contacto con la realidad familiar o habitacional, de alguna manera lo conocemos como más ampliamente y eso genera también una confianza y un vínculo que no siempre se logra por ejemplo con un médico, que de repente tiene una mirada o una posición un poquitito más, no tan horizontal, sino que un poco más vertical y quizás, bueno, obviamente que hay diferentes médicos pero generalmente tienen los tiempos como mucho más acotados que igual está bien en términos del autocuidado y de manejar los tiempos pero nosotros hacemos visitas domiciliarias, el contacto es diferente con la persona entonces eso yo creo que también aporta mucho porque cuando se exacerbe alguna dificultad, la persona obviamente va a acudir a nosotros, entonces yo creo que los beneficios serían esos, la mirada más amplia y también el vínculo con la persona y en cuanto a desventajas de nosotros, em, a ver, yo creo que puede ser un poco que, a lo mejor, desde la universidad, no se especializan a nosotros, ¿cierto? en la profesión, así como por ejemplo, los psicólogos salen con un

lineamiento, intervención psicológica, hay otros que son humanistas, otros sistémicos, cognitivo conductual, entonces eso yo creo que sería como importante, por ejemplo, si yo hubiese salido con una especialización en Salud Mental, por ejemplo, y dependencia de drogas, hubiera sido mucho más fácil el camino, a mí me costó un par de meses o años incluso aprender como de manera más entendible y clara la dificultad, la problemática y todo lo que abarca, así lo mismo en recursos humanos, a nivel comunitario, uno hace la práctica, incluso en términos de poder conocer cuáles son las instituciones del Estado, las políticas públicas actuales, como mucho más urgente. Yo creo que eso puede ser una dificultad, que a lo mejor se enfrenta el colega que va a comenzar a trabajar y tiene que empezar como de cero, o sea, si bien tiene todo en la cabeza y obviamente uno lee o va teniendo una mirada de las cosas, no es fácil incorporarse de lleno a una pega, o sea después de una semana o dos semanas comenzar a trabajar al mismo nivel que el resto, no es fácil, yo comencé a trabajar con los 80 bis el año 2015, 2015-2016 y también empecé de cero, o sea afortunadamente llevaba un tiempo en otras áreas que me dio la base de cómo enfrentar una entrevista, alguna confrontación o situaciones de crisis, hacer un diagnóstico igual pero la temática misma de vulneración de derechos la empecé a conocer ahí. Entonces si yo hubiere tenido, o sea, obviamente yo puedo especializarme con un magister, un postítulo, pero lo ideal sería tener un mayor aprendizaje en la universidad, eso yo creo que podría ser.

**4. ¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** em, el enfoque comunitario, bueno, es muy importante, porque la política pública chilena, establece que los procesos sean de alguna manera abarcados bajo esta mirada, em, no sé si, ahí yo siempre utilizo el enfoque o modelo ecológico, como para poder realizar un diagnóstico y una intervención donde no solamente el enfoque este en la persona y en la familia, sino que intente abarcar como, un poco más amplio, entonces em, a ver, como lo habia dicho anteriormente, la mirada que abarca no solo el sistema individual y familiar es importante, hay que ver la parte del entorno barrial, como se desenvuelve, como evolucionó la persona desde su infancia hasta llegar a la persona que es ¿cierto?, las redes a nivel comunitario que tiene, porque en salud mental, ya sea, en psiquiatría o en la parte de la dependencia, uno identifica inmediatamente que las personas que tienen una problemática de salud mental, ya sea, allá en el hospital,, nosotros vemos enfermedades de salud mental del GES, que son la depresión, el trastorno bipolar y la esquizofrenia, el resto de enfermedades, ya sea, trastorno de personalidad o un trastorno ansioso u otro tipo de enfermedad de salud mental que no sea del AUGE quedan un poquito relegados, porque el plan AUGE o GES, da una obligación al Estado de poder responder con ciertos plazos, entonces obviamente que se va a priorizar esas enfermedades y las otras van a quedar en segundo plano lamentablemente, entonces las personas que tienen una enfermedad de salud mental, en la cual se incluye la dependencia, han visto reducido su interacción con el medio, entonces para que la persona pueda llegar a tener una rehabilitación real es importante que la persona pueda lograr volver a vincularse, incluso, bueno, en SENDA, que es el organismo que nos supervisa a nosotros tiene una política como bien específica respecto al tema de la integración social, incluso nosotros cuando elaboramos un diagnóstico lo tenemos que elaborar desde el punto de vista de siete variables ¿cierto? del tema del consumo, situación familiar, salud mental, relaciones interpersonales, la parte socioocupacional, la parte de judicial y algo que se me olvida, y aparte de eso está la integración social, se le da un realce como bien importante y para eso, hay em, dispositivos o programas que abordan específicamente una área de eso, entonces hay, no sé, un taller grupal que se llama CIAM que ve ciertas habilidades para las personas, hay unas casas, que son las casas BAIS, que son para una vez que la

persona sale del centro de rehabilitación, ya sea, un programa básico, intensivo o residencial puedan estar en estos lugares si es que las condiciones de su hogar no son las adecuadas o no tiene hogar, pueden estar hasta un año y medio en ese lugar, con un terapeuta ocupacional y una asistente social, que ven más que la rehabilitación de consumo, ven la parte de integración social, entonces nosotros desde un principio tenemos que ver ese tema,hay contacto en psiquiatría y acá con la OMIL que es la oficina municipal de intermediación laboral, donde hay cupos específicos en personas que tienen una discapacidad ya definida, a través de una credencial de discapacidad o pensión de invalidez, entonces, a nivel del Estado se ve la necesidad de poder hacer un proceso de rehabilitación de la persona, no sólo en la parte interna sino que en relación a las redes, entonces es muy importante que nosotros podamos vincularnos con el medio en que la persona está. Acá en este centro es mucho más fácil porque nosotros tenemos un cupo de 14 personas y somos dos asistentes sociales de 22 horas cada uno, entonces nos dividimos 7 y 7, en cambio en el hospital es más difícil porque son dos asistentes sociales uno de 44, yo tengo 22 y son no se po, 1200 pacientes, si bien, no todos requieren trabajador social, em, uno no hace lo que quisiera en términos de tiempo, es como muy rápido todo y pero si es muy importante la vinculación con el medio, incluso en el hospital, el hospital tiene algunos dispositivos de los cuales está a cargo, que son dependientes también del MINSAL, que son, es un hogar para las personas que no tienen red de apoyo, en otros lugares hay residencias de salud mental, estan, hay un centro de rehabilitación de adolescentes que está ubicado en el paradero 5, camino a la cruz y también hay un hospital de día que es como el camino, es como la opción antes de una hospitalización involuntaria en Putaendo, de cuando las personas de descompensan y un centro diurno que también es como bien interesante la mirada, porque ellos tienen directa relación con la vinculación con redes de apoyo a nivel comunitario, entonces, o sea, yo creo que es súper importante hacer una intervención basada en la parte comunitaria pero no desde acá po, si no que desde afuera, entonces es importante que al menos una vez se haga la visita domiciliaria, para tener una mirada más clara de las cosas, los lugares, tener obviamente una agenda donde uno tenga todos los contactos, y que sea un poco más rápido la coordinación que se haga con ciertas instituciones, porque hay algunas instituciones como vivienda que de alguna manera uno, hay plazos, porque en algún momento aparece, ya ahora, son las postulaciones y ahí uno empieza, pero hay otras que se requiere más, como más rapido, como por ejemplo, la DIDECO ¿cierto? acá, hay un área que es BANAMOR, que da ayuda social como inmediata, entonces ahí yo creo que hay que ser un poquito más rápido, la OMIL también.

**5. Según su percepción, ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario?**

**R:** yo creo que es importante que cuando uno haga un diagnóstico, obviamente incluya la vinculación que tiene la persona con el medio, con el medio mas cercano y próximo y ya un poquito más institucional por así decirlo, en ese sentido ¿cierto?, bueno obviamente uno se tiene que establecer ciertas metas o lineamientos de acuerdo a los intereses y necesidades de la persona, eeeh y van a de alguna manera a generarse acciones que puedan ir apuntando hacia la resolución de esos objetivos, entonces la labor o la función, o sea si, yo creo que nosotros como parte de un equipo tenemos la labor más importante porque los médicos no realizan visitas domiciliarias, algunos psicólogos si, otros son más de box, de salas de atención y en ese sentido los que mayormente realizan visitas o contacto con el medio, con el medio de la persona cierto, es el... bueno somos nosotros el trabajador social y también el área de enfermería ¿ya? Yo hago harta visita domiciliara con la enferma, como para ver a un paciente descompensado, que no quiere asistir,

para reforzar la motivación, adherencia. Ella cuando el personal no está en condiciones físicas, también le va a inyectar el Modecati, que es un medicamento cierto que, que ve, que reciben los pacientes que tienen temas psicóticos, de esquizofrenia. Entonces es muy importante el vínculo, porque finalmente somos nosotros quienes podemos entregarles la mirada también ps, aparte de poder comprender y establecer un trabajo de intervención, incorporando esta área, ehm de alguna manera cuando se evalúan los casos a nivel de equipo, los psiquiatras necesitan también cierta, cierto conocimiento un poquito más amplio y somos nosotros quienes respondemos un poquito más esas dudas.

**6. ¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R:** A ver, ehh... yo creo que, hay algunas instituciones donde el modelo biomedico se sobrepone más a un biopsicosocial, ya, en el hospital se ve un poco más claramente, incluso a nivel de equipo, el rol que tengo yo acá, independientemente que yo sea el coordinar ¿ya', pero el rol del trabajador social es mirado mucho más horizontal que en la unidad en donde estoy yo. La, si po... allá es como mucho más jerárquico y... y de alguna manera, se le da mucha más importancia a los medicamentos, por ejemplo, a la función del psiquiatra, siendo que cuando yo converso por ejemplo, con la misma persona, la persona me ha señalado, o en algunos casos, que en realidad con los medicamentos, ella lleva años tomándolos y que en verdad, o sea obviamente, es una persona que tiene una esquizofrenia, el medicamento es fundamental ¿ya?, yo no estoy señalando de alguna manera, que esto no sea así. Hay algunas personas por ejemplo, que tienen, episodios depresivos moderados por ejemplo, y que tienen absoluta relación´´on con una situación familiar o social que le está afectando, ya... ehm, entonces ahí yo creo que es importante dar el realce a esa situación y plantearlo también al equipo, porque acá quizás la mirada es mucho más fácil, porque la psiquiatra, o sea, si bien participa, no tiene un acompañamiento como tan integrado dentro del equipo, viene una vez, somos dos personas las que interactuamos con ella, pero por ejemplo en salud mental en el hospital, es mucho más biomedico: la psiquiatra, después la enfermera, después los psicólogos y al último, estamos nosotros. Entonces igual es importante que el equipo pueda entender, que hay una situación social o familiar que está afectando mucho, y que hay que darle un realce, o sea, conversándolo con el psicólogo, para que pueda reforzar ciertas cosas y nosotros también, o sea, yo creo que si ps, hay instituciones que son mucho más biopsicosocial, pero hay otras que es un poquito más difícil, y ahí en donde nosotros tenemos de una manera, con una justificación, cierto clara, poder dar a conocer al equipo la importancia de ese factor social en la recuperación de la persona.

**(Ya, y en cuanto a la participación comunitaria, por ejemplo, dentro del hospital)**

**R:** Es bastante bajita, porque como son muchos pacientes o usuarios, personas, como que no se da abasto mucho, entonces en algún momento se ha pensado en hacer actividades grupales y como que queda ahí, nosotros de alguna manera obviamente, tenemos contactos con distintas redes. Yo, por ejemplo, tengo contacto con las instituciones sociales, cierto, a nivel a educacional, laboral, de salud, de ocio y recreación, pero no es fácil cierto, no sé por ejemplo, ir al lugar de la persona y a partir de eso, establecer con el ciertas metas, sino que, es como un poquito más a nivel comunal, o sea, generalmente lo que se le propone a la persona, son por ejemplo, opciones que la Municipalidad entrega. Entonces falta quizás ese tiempo, para acercarse al barrio de la persona y ahí mismo poder visibilizar ciertas opciones que pudiese la persona tener, yo creo por ahí falta un poquitito, de tiempo, de espacio, a lo mejor nosotros mismos, porque yo hace una semana atrás, entregué la agenda que voy a tener el próximo año, entonces divido las 22 horas en ciertas actividades. Y si po, en eso, yo tengo alguna horas destinadas al trabajo en redes, pero no especifico mucho, quizás ahí falta ser un poquito más, el tomar la decisión y también de darle la importancia, porque a veces es un tema de espacio o de tiempo, pero a

veces uno cierto, se queda también un poco como en la parte más bien comunal de respuesta, que respuestas como en la parte comunitaria y no en el barrio mismo, yo creo que quizás por ahí me movieron una teclita de cómo mejorar eso.

**7. ¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación o no en salud mental?**

**R:** A ver... yo creo que, la salud mental cierto es una... es un área que hay que estar siempre reforzando, como la adherencia de la persona y también, las familias se van desligando un poco cierto, a medida en que la persona se va deteriorando. No es fácil, por ejemplo, acompañar como familiar a una persona, cuando tiene un consumo inicial de alcohol, que cuando tiene ya una temática de dependencia de pasta base o que está en situación de calle, porque las familias obviamente se van desgastando. La participación de los usuarios en salud mental, es, o sea, igual hay bastantes fallas ya, es bastante irregular, porque lo ideal cierto sería, que esa persona tuviese una consciencia de enfermedad, desde un inicio, desde que se detectó la enfermedad, porque muchas veces son como dejadas de lado y ya una vez cuando la persona está más dañada, hay que psicoeducar cierto y no es fácil, porque ya como que la persona no comprende mucho o la enfermedad ya está más avanzada, entonces hay que estar haciendo cierto rescatas habituales. Allá en salud mental existen, para los pacientes GES, son dos rescates y sino, vuelve a la atención de consultorio y tiene que darse nuevamente la vuelta hasta la secundaria. Y acá cierto, es un poco distinto, acá hay dos meses que la persona si es que falta, hacer rescate a través del teléfono, o bien, haciendo visita domiciliaria. Pero es un tema, que siempre está como reforzándose, y con las familias también ps, la familia lo viene a dejar y después como que se desligan... es difícil, porque estos temas vienen de antes, la comunicación, el vínculo, la afectividad entre los familiares y la persona, se van distanciando desde, incluso la niñez entonces, las personas que tienen una dificultad en salud mental importante, por ejemplo, depresión, vienen con temas también en relación a la familia, con conflictos familiares, quizás fueron abusados también cuando niños y tienen rabia con la mamá o con los adultos que en ese momento fueron responsables, porque los dejaron, los dejaron abandonados, entonces no es fácil que la, que la persona o el familiar llega al tratamiento, hay que estar como siempre reforzando. Y para eso, nosotros utilizamos la teoría de la motivación, como para poder evaluar cierto, especialmente esta área de dependencia, como para poder evaluar el estadio emocional en el que se encuentra la persona. Si está en contemplaciones, en preparación, acción, mantenimiento, porque a partir de eso podemos, hacer un plan, una estrategia de acción que pueda ayudar a la persona, a pasar de ese estadio emocional al otro estadio emocional, asi que, es como bien frecuente estar motivando y ahí, a veces uno se sale, como de ciertas cosas, a veces uno no se ps, abraza a la persona cierto, le da fuerzas o realmente le llama del celular de uno y queda el celular y a uno lo llaman un sábado, entonces son cosas que uno tiene que ir manejando también. A veces, la personalidad de uno, a veces le pasan la cuenta. Es difícil separar o no se ps, una persona está en una situación muy compleja económicamente, no ha comido, uno saca diez lucas y le dice que lo sacó de ahí, pero en realidad es de uno, no se ps son situaciones bien específicas, uno igual a veces con tal de resolver, una situación como muy específica o lograr que la persona venga. Ayer, por ejemplo, vino un usuario que, que había estado un poquito perdido y ehm... no podía venir, porque no tenía plata, entonces estábamos viendo la posibilidad de conseguirle un trabajo. Se había conseguido los quinientos y me preguntó si es que yo podía, prestarle quinientos y estaba complicado, como nunca lo había visto. Ya, yo le dije, si en realidad lo que a mí me importaba es que el viniera, sí que, yo te felicito por eso, voy a ver... y no tenía quinientos ps (risas), tenía luca, así que le pase eso, si en realidad uno también se arriesga por el tema de la dependencia, así que le dije que iba a llamar a la mamá, que le iba a informar y todo, así que esperemos que no haya pasado nada (risas). Pero si ps, esas cosas, yo sé que no es lo adecuado y yo estoy consciente de eso, yo creo que él igual que este es un espacio que puede dar cuenta de sus necesidades, nosotros intentar resolverlo

por los medios institucionales y sino, bueno veremos cómo, pero yo creo que eso igual ellos lo valoran, independiente de que no hay que hacerlo, pero bueno es una situación puntual.

**8. ¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R:** Instancias educativas, se refieren como a...

**(como a la comunidad, en relación con los usuarios)**

A ver, ehh... lo que pasa es que, los temas a nivel comunitario se manejan más como a nivel de gobiernos, nosotros en realidad, vemos, o sea, vemos la cosa como más con la persona, su situación a nivel familiar y también que la persona se pueda incorporar en ciertas redes sociales y comunitarias, pero ehh... el hospital es un, un dispositivo secundario que ve especialidad, que una persona tiene un problema en la rodilla, se acerca al consultorio, y si ese problema requiere una operación no cierto, porque es de mayor gravedad, ahí es derivado al hospital. Entonces el hospital no cumple una función en lo comunitario, debiesen ser los consultorios que resuelvan toda esa situación, por eso todas las campañas no se ps, del VIH, son a nivel de consultorio, porque el hospital ve a la persona cuando ya tiene el virus, y ahí hace una psicoeducación a la persona y a la familia, pero la prevención es a nivel de consultorio, lo mismo nosotros, nosotros somos un centro de rehabilitación de drogas, pero quienes se encargan de lo comunitario, es el Previene, ellos ven la parte comunitaria. Ellos se relacionan con los, con los colegios, hacen actividades grupales, talleres a niños de quinto básico que tienen una metodología también para ellos y también a nivel laboral, van a empresas, a los trabajos para prevenir esas cosas. Pero al menos, donde estoy yo, no se ven esas instancias a nivel comunitario. Si, en algún momento, en algún centro, específicamente del Ramón, yo fui como a una junta de vecinos y presenté el centro, pero no mucho la verdad. Y también, pensando en que, las personas tienen el derecho a la confidencialidad de su diagnóstico, yo no se lo puedo revelar a un familiar, a menos que la persona lo autorice y todo eso, entonces nosotros acá no tenemos puesto centro de rehabilitación de drogas y alcohol, porque también queremos resguardar eso, como hay tema de prejuicio, incluso queremos irnos a otra casa, porque sentimos que de acá no aportamos mucho, donde acá en la noche es complicado, hay un mecánico que vendía drogas, entonces acá hay un mismo usuario que consume ahí, no es fácil cambiarse porque hay que tener resolución sanitaria, pero igual lo queremos hacer el próximo año. Pero si, hay instancias más de barrio, por ejemplo, el consultorio está en un barrio, y ellos trabajan con ese barrio, pero no estoy informado de que nivel están, onda si se la juegan o no en la parte comunitaria.

**9. ¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

R: A ver, especialización...ehm, yo hice un diplomado en dependencia, de alcohol y drogas que lo realizaron, bueno fue de SENDA, así que tuve la oportunidad de acceder a ese, que lo realizó la Universidad de Chile, fue bastante positivo ahí en el año 2009, entonces me sirvió harto para poder entender. Bueno y ahí uno se va especializando en cosas como más chiquititas, como cursos, seminarios... Mira, magister, no he realizado, ya... netamente porque, estoy ahí viendo qué hacer y porque bueno, a veces es necesario, y este es como un consejo desde la edad, más que la experiencia, que yo creo que si po, obviamente que, cuando uno es más joven, es como ideal aprovechar el momento para estudiar, a veces uno no lo tiene tan claro, porque uno tiene que aprovechar ese estudio mayor que realizó, entonces yo creo, que si ps obviamente sería ideal seguir especializándose. Es muy importante la especialización, ahí uno ve diferencias con otros colegas no cierto, para postulaciones a trabajos, o sea, yo he participado en hartas mesas y reuniones y harto contacto con los colegas y.… en salud mental no, hay como mucha especialización. Si bien, hay como harto a nivel de familia, intervención familiar., la salud mental abarca un área

clínica que no todos entienden o manejan y que uno va de a poco no se ps, de repente uno imprime, alguna información respecto de la esquizofrenia, como para conocer los elementos que de alguna manera configuran el diagnostico, o el tipo de personalidad de las personas que tienen esquizofrenia, entonces uno también se va como auto capacitando. Entonces evidentemente que es muy importante la especialización en el área, cierto, eso.

**10. ¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R:** A ver... sí po, bueno, hay un perfil ¿ya?, pero no es que me lo sepa ni nada, sino que como que uno va ahí manejándose en realidad, yo creo que a lo que uno apunta, es que de alguna manera, cada persona que integra el equipo pueda conocer a cabalidad su perfil, porque así se pueden optimizar mucho más los recursos, los tiempos que tiene la persona y poder avanzar realmente en lo que se necesita. Yo... bueno, el próximo año se supone que acá, voy a dejar las once horas de trabajo social y me voy a dedicar solamente a la coordinación, y una de las labores que quiero es específicamente, eso, que cada uno pueda identificar, cual es el rol que tiene acá, cuáles son las actividades que son más importantes y las otras que no son tan importantes como para poder ordenar ciertas cosas que no están tan ordenadas. En el cargo allá en el hospital … ehm … a ver, lo que yo hago esencialmente en un principio es … bueno habría que dividir dos tipos de perfiles; las personas que se identificó o que está bajo una sospecha de cierto diagnostico psiquiátrico y las personas que ya tienen una, una patología y que vienen…

**(diagnosticada…)**

Diagnosticada ya, y que vienen. A ver en primer lugar yo tengo que hacer una evaluación ehm como para poder identificar las situaciones a nivel familiar y social que de alguna manera pudieran estar afectando cierto la patología y también ver las redes de apoyo que tiene la persona y la vinculación con el medio, ehm … una vez que tenga eso cierto, yo puedo comenzar a realizar ciertas aprobaciones, bajo la aprobación del equipo y del psiquiatra esencialmente y dl psicólogo. En ocasiones, a mí me asignan una situación específica respecto de un paciente. No se po, me llega por ejemplo un correo o un mensaje que yo vea la credencial de discapacidad de la persona porque eso es lo que necesita, entonces mi rol en esa situación es exclusivamente sobre eso ¿ya?, pero de repente uno al interactuar con la persona puede surgir otra situación y yo se la planteo al doctor y le pregunto si él está de acuerdo con que yo pueda ver esa situación, que en realidad igual es importante y todo y ahí él dice sí o no y si me dice que no, no no más po y le sugiero a la persona que se contacte con tal persona y que lo trate de ver por ahí. Pero es eso po, son funciones específicas que tienen relación a veces … si po con un poquito más como de coordinación con el medio, con las instituciones, como por ejemplo, ayudarlo en credencial de discapacidad, postulación a viviendas, hacer un informe social para postular a ciertas cosas y todo, o bien identificar cierto la dinámica familiar que puede estar afectando a la persona, en su situación de salud mental, y también la psico educación, eso es en conjunto con la enfermera nos toca de repente psicoeducar a la persona respecto a su enfermedad para que ella pueda comprender que es lo que tiene, la importancia de tomar los medicamentos, que sean a la hora…

**(¿Eso se hace en las visitas que realizan o no necesariamente?)**

No, no necesariamente, puede ser en el espacio de box, de atención, bueno y también, así como tú dices, bueno hay visitas que tienen relación con saber cómo es la dinámica familiar, no en términos de lo relacional si no que en cuanto a lo cotidiano. Por ejemplo, allá hay una persona que viene como con cinco perros y obviamente que la parte higiénica no está resuelta, entonces con la enfermera hacemos una visita y vemos en qué condiciones está la casa e intentamos organizar un poquito con ella

ciertas rutinas para que ordene y cosas así, después llegamos y esa igual, tenemos que reforzar, como cosas, así como más específicas, eso.

**11. Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R:** A ver, ehm … yo creo que la diferencia que se podría dar, es que cuando uno se involucra en lo terapéutico el vínculo es diferente, el vínculo con la persona, porque uno indaga en situaciones, en hechos de la vida de la persona, que de alguna manera le están afectando y que de alguna forma no ha, o sea, han ido afectando tanto que de alguna forma no los ha dejado avanzar ¿ya?, cuando la persona tiene a veces algo más habitual en su perfil, o sea respecto al perfil es como resolver ciertas situaciones como a nivel socio económico y el vínculo no es tan como intenso por decirlo de alguna forma, porque obviamente que a uno le afecta cuando un usuario o una persona le comenta una situación no sé po, cuando una señora me dice que su hija tiene ideación suicida uno no se va asó como jaja a la casa, tampoco sufre tanto, pero uno piensa y ve y alomejor uno desconoce, busca un pdf o algo y busca como resolverlo o llama a un psicólogo o alguien que pudiese manejarse mejor en temáticas como situación en crisis o emocional. Entonces la parte como de la intervención del trabajador social … como la parte socio económica o con un vínculo no tan estrecho. No se po si yo fuera el asistente social de la dideco, por ejemplo, o de ventanilla única, que a veces son asistenes sociales o algunos son técnicos ehm … es como ya a ver ¿Cuál es su problema?, este, ya entonces lo voy a derivar que le vaya bien. Pero lo otro es más amplio, si po, hay que tener un manejo clínico mucho mayor porque no se po si yo estoy frente a una persona que tiene esquizofrenia es distinto que este a una persona que tiene no se bipolaridad, una personalidad con rasgos antisociales … la forma de vincularme con ellos es diferente. Un anti social no tiene empatía ¿cierto?, o una persona que tiene una personalidad narcisista todo se centra en él, no le gusta la confrontación … entonces hay que manejar bien la parte clínica, o sea uno no es un especialista pero debe tener cierta comprensión, entendimiento de eso como para poder de una manera bajarlo a la forma verbal de comunicarse, interactuar, o sea los tiempos, las distancias, si bien a esta persona me puedo acercar, no se po, por ejemplo yo tengo generalmente con las abuelitas, con las señoras como mayores, como más viejitas por decirlo de alguna manera, ehm … y cuando están con una pena importante, porque falleció un hijo y están con un duelo no resuelto, generalmente las abrazo cuando se van, y les digo; ya, no se po como un poquito más de sentido común de repente, pero eso, yo creo que es eso una de las diferencias importantes, que el vínculo es diferente y que obviamente uno tiene que manejar cierto … ehm … ser un poquito más especializado en el área ¿Ya?, porque en las otras pegas yo creo que se aprenden más ehm … estudiar no se po o saber cómo se deriva a quien hay que derivar, uno va no se po al instituto… al INP y hay siempre como un guardia una persona, y uno dice; ni siquiera uno sabe dónde tiene que ir entonces uno dice; no lo que pasa es que tengo que … ah ya, segundo piso a mano derecha, saben todo. Pero, pero lo terapéutico es distinto, porque tú puedes venir con una intención de conversar cierto tema y se puede ir para otro lado, entonces no podí como de un momento a otro cambiarlo, ehm si no que alomejor darle como un cierto cierre para bajar un poquito los niveles de ansiedad y ahí volver a lo de uno, o quizás no hacer lo de uno y ahí resolver ese problema, entonces se requiere como una mayor especialización, no solamente en la temática sino también en la forma en como uno se tiene que desarrollar, resolver en la intervención con la persona.

**12. Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R:** Ya … ehm … a ver en cuanto a mi posición, bueno yo siempre he tenido la idea de que es importante la horizontalidad, si nosotros como … vemos el problema de un punto de vista biopsicosocial ¿cierto?, es importante que esté como todo sin considerar una cosa por sobre otra, entonces en ese sentido creo que, bueno en la

medida también que uno se maneje y tenga conocimiento y se desenvuelva en lo que uno maneje, el equipo también ehm … a uno la valida ¿ya?, así como también hay cosas que uno no sabe, yo creo que la posición es como o sea, un profesional que aporta desde su área y que ese aporte se considera relevante dentro de la identificación del problema y de la resolución del conflicto, de la situación. O sea, yo siento que nosotros estamos bien valorados en la medida de que ese profesional sea una persona que tenga conocimientos en el área y que también de alguna manera pueda aportar en otras cosas, como ehm … la puntualidad ¿cierto?, que, si hay alguna situación que salga un poco de lo uno, también hacerlo, o sea yo en ese sentido no tengo problema. Por ejemplo, no se ehm … lavar la loza de los compañeros, no se po si no llego la persona del aseo y estamos compartiendo el baño limpiar el baño.

**(Como también habilidades sociales y personales propias)**

**R:** Si pues, exactamente sí, yo creo que es súper importante porque así uno se valida también integralmente, porque en los lugares uno también ve personas que son como más apartadas del grupo, entonces no se po si alguien está de cumpleaños y se lo van a celebrar el viernes y yo no voy a trabajar el viernes y son dos lucas por cabeza, igual aportar las dos lucas si son para el regalo, no decir no si yo no voy el viernes, no. (risas), porque igual pasa, entonces yo creo que igual es importante como validarse desde lo profesional, de lo técnico, clínico, pero también como persona. Y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?, o sea, yo creo que la, a ver … a mí me gusta la incorporación de la gente joven, yo creo que a uno le aporta porque los viejos están generalmente como un poquito más ehm … no sé si quemados ya con el trabajo, entonces el vínculo con la persona es distinto, porque allá en el hospital son 15 minutos tarde y si llegas al minuto 16 es otra hora, entonces allá el psiquiatra minuto 16 y no no más po. En cambio, uno no po, si lo tiene a las ocho y media y llega a las cuatro de la tarde y le da una explicación, de verdad no pude, uno igual ya pasa conversemos un ratito pero que no vuelva a pasar, entonces, ehm … yo creo que nosotros de alguna manera nos hemos ido validando, pero yo creo que el equipo multidisciplinario ha ido cambiando en la medida que va llegando gente joven, yo creo que eso es como bastante aportativo, porque si bien las personas con más experiencia a veces les cuesta aceptar que venga una psiquiatra joven. En el hospital, llego una psiquiatra joven que es súper simpática, se ríe de igual a igual con nosotros si bien no somos amigos ni nada, pero no se po, de repente yo estoy en el computador y va para allá y conversamos un rato como dos personas horizontales, obviamente que cuando hay un caso cada uno conoce su rol y lo que tiene que hacer, pero con un psiquiatra de más edad no pasa eso, no pasa, entonces yo creo que es como importante esta renovación que se va dando.

**13. Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**R:** Mira, yo creo que es positiva en la medida que el profesional sea alguien que tiene conocimientos, que se esfuerce por aprender, porque nadie nace sabiendo, entonces uno se va dando cuenta de la evolución de las personas y de los profesionales. Entonces, yo creo que es positiva, pero si es necesario que uno se vaya especializando, porque así se va como diferenciando.

**(Y validando también)**

Y validando también, sí.

**14. ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**(Son las que salieron hace poco, el nuevo documento)**

Sí, mira, ehm … lo imprimí, lo anille y lo tengo ahí. (risas). Como que lo voy a leer (risas), pero no hay mucho tiempo. Si mira lo que pasa es que, la salud mental de uno también es importante, entonces yo cuando regreso … a mí también me gusta por ejemplo el deporte, entonces no se po me gusta el futbol, el boxeo, las artes marciales mixtas, entonces cuando me devuelvo me vuelvo viendo peleas, entonces está el documento ahí po, por ejemplo ahora cuando ustedes iban a venir dije; ya lo voy a leer y todo (risas), pero al final no lo leí, pero siendo honesto no lo conozco mucho, o sea, sé que hay un documento importante y vi algunas funciones pero no le he dado como el proceso de leer completamente y todo, pero está ahí así que yo creo que de aquí a fin de año … a parte que hay una supervisión que tenemos ahora el 27 de noviembre, entonces estoy como un poco más abocado a eso, porque la idea mía también es como hacer una biblioteca acá, imprimir y anillar varias cosas y no he hecho nada de eso porque he estado como abocado a eso.

**15. ¿Cuál es su opinión respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se traducen a cabalidad en cuanto a la realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil?**

**16. ¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R:** Si pues, si, absolutamente, si bien nosotros no hacemos una función, así como tan a largo plazo, ehm … son algunas situaciones específicas, por ejemplo, en el hospital ehm … a veces hay una dinámica familiar que hay que intervenir, ehm … no se po, en relación a como la mamá está asumiendo el rol de a acompañamiento de un paciente que tiene una enfermedad ehm … se trabaja en eso, se establecen algunas sesiones, es como bien cognitivo conductual, eso se ocupa harto porque ehm … tiene evidencia en salud mental, como bien repetitivo y que la próxima semana vamos a revisar, y si tiene … por ejemplo una persona que tiene que establecer una rutina porque no hace nada en la casa, se escribe la rutina ehm … la acompaño a la casa, la colocamos en su pieza, después de dos semanas yo le pregunto a él le pregunto a la mama si lo hizo o no lo hizo, o lo hizo a medias, entonces sí, yo siento que si hay un rol que, que … hay un espacio que en lo técnico clínico que el trabajador social puede hacer, que yo por lo menos realizo. Ehm …

**(¿Si es necesario tener una especialización para hacer terapia?)**

O sea, si po yo creo que igual es importante poder conocer cierto ehm …. Porque si no uno se confunde y de cierta manera uno puede intervenir o ehm … de una manera inadecuada, yo creo que es importante tener un sustento teórico y en lo practico que de alguna manera a uno lo guie, lo guie en las formas, en la metodología que uno va a utilizar, en los tiempos ¿Cierto?, en el tiempo de intervención, en la estrategia que va a utilizar, si po es absolutamente importante la especialización.

**17. En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?**

**R:** A ver … ehm … bueno yo, he realizado, bueno intervenciones a nivel clínica técnica, ehm … no sé si de alguna manera he ledo alguna bibliografía especifica del área ¿ya?, porque cuando yo estudio ehm … no siempre estudio desde el rol del trabajador social, sino que estudio desde la parte más amplia ¿ya?, del conocimiento, por ejemplo de la parte psiquiátrica, a nivel cognitivo funcionamiento del cerebro, ehm … no sé si específicamente desde el rol del trabajador social de ahí como que trato de mezclar un poco internamente y como poder asumir cierto el rol, no sé si

específicamente haya leído algún autor específico sobre esta área, yo creo que ahí me quedo un poquito corto.

**R**: O sea, yo creo que dentro de las entrevistas que me han hecho, alomejor no son tantas, pero han sido algunas, yo siento que es como bien específico en realidad valoro harto, porque me movilizaron en términos de respuesta, ¿ya?, no fue como tan general, sino que fue como bien específico, ehm … ¿Algún aporte? Ehm … no se alomejor quizás es como un poquito difícil poder realizarlo, pero alomejor podría haber sido ideal en una etapa poder haber juntado a las personas, a lo profesionales a los usuarios y haber hecho algunas consultas o preguntas para poder interactuar.

**(Íbamos a hacerlo, pero por el tema de espacio y de tiempo fue complicado de hecho queríamos hacer un grupo de discusión como con las tres miradas, pero era muy complicado y era nuestra idea inicial).**

Si hubiese sido bastante enriquecedor.

**(Vamos a hacer un grupo de discusión, pero con puros trabajadores sociales en el colectivo de salud mental. No sé si lo conoce, ahí en Viña).**

Si, si, Ramón me invitó. Pero son algunos viernes me parece.

**(Si, los primeros viernes del mes).**

Sipo y yo salgo de acá siete y media, un cuarto para las ocho.

**(Sí, las reuniones son como a las seis, cinco por ahí).**

O sea, pero mi intención es ir porque me parece un espacio súper positivo.

**(Se realizaría la primera semana de diciembre).**

¿La primera semana de siempre? Yapo, me voy a esforzar por ir.

**(Le enviaremos un correo, muchas gracias).**

- **Entrevista: Profesional N°7**

Institución: Centro de Tratamiento Residencial (CTR) Peñablanca.
Fecha: 11/10/2018

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, cargo que ejerce actualmente y el número de años que lleva trabajando en el área de salud mental?**

**R:** Eh, me llamo _____, tengo 66 años, soy coordinadora Clínica de este CTR, llevo 34 años trabajando en el área de Salud Mental, y exclusivamente, en alcohol y drogas 25.

**2.¿Cómo se identifica usted? ¿Como trabajador social o asistente social? ¿Por qué?**

**R:** Como Trabajadora Social, porque Trabajadora Social es más amplio, mi rol, eh, ha sido principalmente, terapéutico, de Trabajo Social, de reparación, eh, donde se trata de facilitar un proceso de las personas, para que puedan resolver sus dificultades, para que puedan tener su propio rol significativo en la comunidad

2. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Relacionado con lo que decía recién, la necesidad, de que las personas se hagan cargo de sus dificultades, que las puedan resolver, eh, y, eh, llevar eso al equipo y que cada uno en su quehacer pueda aportar algo en ese proceso de facilitación donde las personas se hagan cargo de sus dificultades y puedan ser una persona de relevancia en su comunidad, en su familia, en su tejido social.

**(¿Y podría decir alguna ventaja y/o desventaja?)**

**R**: La ventaja es de llevar el contexto al equipo, el contexto de ese equipo que está en un Centro alejado de la comunidad, alejado del territorio de los usuarios, eh, llevarlo y situar la intervención y el conocimiento de la usuaria en su contexto, esa es la ventaja. La desventaja es que por el hecho de insistir mucho, de repente, eh, se puede caer en la trampa de que el equipo quiera que sea el trabajador social el único que, eh, se conecte con el territorio, no sé si me explico bien. Es tu pega, tu lo haces. Esa vendría siendo, más que una desventaja, una dificultad, que ocurre realmente, porque los otros profesionales están acostumbrados a trabajar en el box, sólo en el box y a que otro aporte el contexto desde el relato y desde la vivencia porque efectivamente nosotros estamos más en comunicación con la red social de apoyo, con el territorio, eso, y la otra ventaja es motivar al equipo a tomar contacto con el territorio y de que participen en las visitas a domicilio y en las intervenciones domiciliarias o en las actividades comunitaria, como ejemplo, el grupo multifamiliar comunitario que tenemos los días Lunes en Villa Alemana pero que abarca el Marga- Marga, Quilpué, Villa Alemana y Belloto, para personas que no tienen tratamiento todavía.

3. **¿Cuál es su percepción sobre el Enfoque Comunitario en Salud Mental? ¿Cuáles son sus ventajas y desventajas?**

**R:** Mi percepción del enfoque comunitario es que es absolutamente necesario, es absolutamente necesario trabajar con el concepto comunitario en Salud Mental, en Salud y que, eh, tiene muchas ventajas y que una de las pocas desventajas que tiene es la representación que la misma comunidad tiene de la Salud, el propio concepto que tiene la sociedad, de lo que es salud, que más bien piensan en la enfermedad y que al pensar en la enfermedad, delegan todas las acciones al modelo biomédico, a las instituciones médicas, y eso es un error, o sea, más que una desventaja del modelo comunitario, es una dificultad para practicar el modelo comunitario, por la representación que tiene la población, es decir, si no estoy en un box con un delantal blanco y siendo ahí el que sabe, no estoy haciendo salud, pero la verdad es que estamos haciendo, mas bien enfermedad, digo yo. No sé si me explico.

4. **Según su opinión ¿Qué función cumple el/la Trabajador/a Social dentro del Enfoque Comunitario**?

**R**: La Trabajadora Social ahí articula, eh, facilita que la integración de la comunidad con la institución de Salud, con los profesionales de Salud, nosotras podemos dejar en claro que con el enfoque comunitario podemos hacer prevención, podemos hacer prevención primaria, secundaria y terciaria, con una sola actividad a la comunidad. Es obvio que la comunidad no vamos a operar, una guatita, pero si, podemos hacer prevención de que haya enfermedades, que no ocurren por promover y practicar estilos de vida saludables, prevención secundaria, en la misma actividad, para prevenir que las enfermedades se agraven o que después de una intervención que la gente no se cuide o que no siga los tratamientos, de nuevo ¿no?, como la comunidad, las

ciudadanas y los ciudadanos nos hacemos cargo de nuestra salud, y ese es uno de nuestros principales trabajos, es promover, que esto circule en la comunidad y incluido la institución que esta en el territorio como parte de la comunidad, que vendrían siendo los CESFAM, los consultorios, el hospital aunque está un poco alejado, pero tendría que haber una comunicación, una conexión y una retroalimentación, entonces ahí nosotros por el hecho de estar ahí en una parte, que se moviliza más en la red, vamos de un lado a otro, podemos ir facilitando la permeabilidad de esa red, de eso estoy súper convencida.

5. **¿Según su percepción, las intervenciones realizadas consideran o no a cabalidad el enfoque biopsicosocial? Si es así, ¿Considera o no que la participación comunitaria se hace notar?**

**R: ¿Intervenciones realizadas por quién?**

**(por trabajadores social o también por todo el equipo multidisciplinario).**

**R:** de donde yo estoy, en la práctica son muy pocos los que practican a cabalidad el modelo biosicosocial porque el modelo médico todavía esta muy instalado, muy presenta y está, como es decía en denante, la representación que tiene esta sociedad de Salud, mas bien piensan en la enfermedad y piensan solamente en lo curativo. Hay harto trabajo que hacer para poder hacer salud de verdad, que es prevención primaria ¿ah?, entonces eh, y como los profesionales de Salud, entre comillas, enfermedad, eh, tienen esa misma representación, ellos no practican así, eh, el modelo biosicosocial, pero incluso se segmentan y por ultimo te envían a la persona donde otro profesional, pero no es porque esté trabajando en equipo y considerando todos los aspectos, incluso lo mandan donde otro profesional para que evalúe, eso es lo que yo he visto, a mi, a nosotros acá nos han llegado, em, interconsultas y fichas de derivación donde es fragante la no visualización de el contexto por ejemplo de la usuaria que nos derivan, donde no hay, es decir, dicen, eh, red social incompetente, red social difusa, red social no aparece, pero no hay ningún intento por hacerla visible, porque el hecho de que no estén presentes físicamente no significa que no existan, puede que hayan conflictos, puede que hayan separaciones, puede que hayan, eh, rupturas, pero eso no significa que no estén, entonces no es visibilizado, eso me da como, eh, preocupación, porque no estamos trabajando integralmente, entonces de nuevo, es un modelo médico donde segmenta la vida de las personas a un órgano, a una situación concreta, un órgano enfermo y la casa, la casa si tiene o no tiene agua potable, si tiene o no tiene luz eléctrica pero no da cuenta de lo que pasa en la vida de esa persona y que podría estar insidiendo en el síntoma que tiene, digo yo, es lo que veo.

**(entonces en cuanto a la participación comunitaria, ¿se haría notar en estas intervenciones?)**

**R**: mm no, no hay mucha participación comunitaria, nosotros lo intentamos, si, lo estamos haciendo, como CTR, pero nosotros como profesionales, de manera voluntaria, fuera de las horas de nuestro trabajo, por ser consecuentes y traerlos y catetear, para que la gente se haga cargo también, bueno, yo lo acompaño a hacerse cargo pero usted se tiene que hacer cargo, y si le digo que se quede con su problema, pero yo me quedo en lo suyo, digo yo, porque mientras la gente, los seres humanos no nos quedemos con el problema, eh,

no tenemos muchas posibilidades de resolverlo porque si no tengo un problema, ¿qué voy a resolver?, entonces es difícil convencer a alguien de que tiene un problema y que se tiene que ir para su casa con su problema para que lo pueda resolver, nosotros podemos facilitarle algunos aspectos pero los tiene que tener claro, cuales son esos aspectos y si esta convencida o no, o sino, eh, hacemos paternalismo, asistencialismo, que no resuelve que sino, más bien, provoca dependencia, y con eso no avanzamos.

**(y el problema se vuelve a repetir)**

**R:** se cronifica y esa es la mayor dificultad.

6. **¿Cómo definiría usted la participación o no de los/as usuarios/as y/o sus familias dentro del sistema de salud? ¿Y en cuanto a la participación o no en salud mental?**

**R:** yo no uso la palabra definir, como describo la participación o no participación dentro del sistema de salud, yo, eh, la describo según como la he visto, la población usuaria en general, la persona que tiene el síntoma y su familia, ocupan, ocupan, usan el sistema de salud para curar enfermedades en una relación de dependencia y en una relación vertical, donde se le entrega todo el oder al equipo médico, sea el consultorio, sea, el CESFAM, sea el hospital, de partida llegan acá también, sanenme a mi hija, y la hija: sánenme, uitenme las ganas de consumir, es que no, de partida nuestra intervencion empieza por romperle esa ilusión, decirle lo siento pero no, eso no, no hacemos milagros, no es posible, no existe. Entonces es una actitud pasiva, consumidora de especialistas en enfermedad muy poco dispuestos a ocuparse de su salud. De repente, cuando están enfermos son buenos adherentes a los tratamientos pero en una relación más bien de dependencia, más que en una actitud de responsabilidad de su propia salud, su propia vida. No se ve autogestión, no se ve autocuidado.

**(como que esperan que todo lo hagan acá)**

R: si, porque es modelo médico es muy paternalista, muy asistencialista, que provoca la dependencia.

**(en ese sentido, un buen usuario es el que hace caso, porque así se va a sanar)**

**R:** exacto, pero de nuevo, no estamos haciendo salud, sino enfermedad. ¿cierto?

7. **¿Existen instancias educativas sobre la temática de Salud Mental dentro del sistema de salud? si es así, ¿Cuáles?, ¿Cuál es su percepción sobre estas?**

**R:** Existen instancias educativas, principalmente en torno a la realidad del suicidio, hay harto intento, ahí por educar a los equipos, por convencer a los equipos principalmente, de que está siendo un problema grave y que hay que tomarlo en cuenta, y hay … ha habido ehm … cursos de sensibilización, cursos para entregar herramientas para poder detectar precozmente el problema y poder hacer intervenciones, poder trabajar en red, ver quien hace que. Todavía no se ve, ehm … que la coordinación fluya, aun se ve que no hay mucha conexión entre la atención primaria, secundaria y terciaria, entre la secundaria y la terciaria hay poca conexión y de la primaria con las otras dos, menos todavía, son de repente son relaciones burocráticas, a través de un sistema computacional, vía interconsultas, pero no hay retroalimentación creo. Yo soy testigo de que se hacen cursos para

sensibilizar, para hacer ver que es necesario la comunicación y la relación, relacionarnos para poder resolver en conjunto, pero no está instalada.

**(y ¿Para los usuarios?)**

En general, para los usuarios hay en torno a los problemas de la depresión, en torno a … la verdad en torno a lo que más hay es a la enfermedad que a la salud. Si po, depresión, diagnósticos, pero actividades así para hacer salud de repente y actividades de salud para gente enferma, hacen gimnasia, hacen actividades de alimentación saludable, pero es para gente enferma, entonces … desde salud.

**(Sigue siendo lo mismo, curar la enfermedad, no prevenirla).**

Ahora me parece descabellado tomando en cuenta que los ehm … distintos sistemas están desconectados. Porque ¿Quién está haciendo actividades saludables? Es la corporación municipal, ahora es absurdo que sea la corporación municipal de deportes y no salud, la corporación de salud que tiene a su cargo los consultorios, entonces debiera estar salud y deportes conectados, y con el Cesfam, ofreciendo una actividad para el territorio que sea ocupado también por el Cesfam, que sus usuarios le diga bueno pero si usted tiene diabetes y tiene que hacer gimnasia, tiene que ir a ahí al Cruz Martínez a gimnasia, cualquier tipo de actividades y chequearlo, pero no existe po, hacen tallares, están sobrepasados por las metas y …

**8. ¿Posee usted una especialización en el área de Salud Mental? Según su experiencia ¿Cree que es necesaria?**

**R:** Si, tengo formación, y si creo que es necesaria. Es necesario saberlo para saber que no hay que hacerlo (risas). Es decir, hay que saber de diagnóstico y también saber de enfermedades relacionadas con lo mental, pero también saber que tenemos que relacionarnos con las personas y no con los diagnósticos, entonces saber … hoy dia hay una señora que viene con un diagnóstico, entonces saber que tiene un tratamiento pero que yo me voy a relacionar con ella con sus aspectos sanos, y que esto es una parte de su vida, no es toda su vida. Para saber que esa persona que tiene un diagnostico no tengo que tratarla como si fuera una tontita porque tiene esa enfermedad, sino que es una persona que, en ejercicio de sus plenos derechos, libertades y facultades, entonces es necesario saberlo para empezar por eso. Tengo formación en … si, tengo por donde he estado. Tengo de partida una formación sistémica, ehm … lo de la terapia familiar, tengo un trabamiento en la psiquiatría formal clásica y entrenamiento en el DSM4 revisado en esa época, porque estaba trabajando en la Universidad de Chile en la facultad de medicina en el departamento de psiquiatría, entonces estuve siete años ahí, obvio me formaron ¿Si?, y reconozco que es necesario, que sí que habría que hacer para trabajadores sociales en salud mental, habría que estudiar un poquito, conocer aunque sea por encimita para saber que no me tengo que relacionar con la enfermedad ni con el diagnóstico para estar con una persona, sino que con la persona, seas psicóloga, seas trabajadora social, sea kinesióloga, sea terapeuta ocupacional … ahí hay una persona.

**(No una enfermedad)**

No una enfermedad, exacto. ¿Me entienden?

**(Sí, sí).**

Entonces es bueno saberlo, es necesario saberlo para no ocuparlo (risas). Entonces bueno que yo sepa el DSM4 y el DSM5 ahora, para saber que es horrible, que yo no… que … eso, que es horrible y que no tengo que ver ahí un listado de …

**(Hay mucha etiqueta, está muy estigmatizado)**

Claro, mucha etiqueta, para saber que ahí no hay un listado de ejes si no que hay una persona que esta complicada por algún aspecto de su vida, eso. Por lo menos, así como el trabajo lo plantee.

9. **¿Posee usted un perfil de cargo que especifique las funciones que debe realizar en su trabajo? Si es así, ¿Cuáles? ¿Usted lo sigue estructuradamente o ha realizado modificaciones?**

**R:** A ver, yo tengo un perfil de cargo que no se ha modificado, pero que lo he modificado yo por qué no lo hemos actualizado. Yo tengo un perfil de cargo, donde al inicio el trabajo principal era ocuparme de la diada que manejo acá, ehm … favorecer un apego seguro, un proceso de reparación en los vínculos, conexión con el territorio, conexión con la red, cosa que me sale solo porque así vivo ¿No? Ehm ... pero hace unos años ya que me he estado apegando a la denominación clínica, y hoy día formalmente soy la coordinadora clínica, y eso no está escrito en ninguna parte, y yo le he ido dando un carácter digamos, una forma, eso. Entonces como que mis tareas ahora es formar el relevo, es decir, alguien que trabaje con la familia alguien que trabaje con los vínculos, y que tenga presente la reparación de las relaciones afectivas, ehm … que sepa trabajar con la comunidad, con el territorio, que sepa que los grupos multifamiliares, la importancia que tienen, que … esa es mi tarea principal hoy día. Yo empecé haciendo grupo acá, muchos familiares, apoyando la comunidad en lo que hay a formarlos hoy día estoy más dedicada a formar relevo, supervisar, asesorar que hacer directamente frente a …. Todavía hago intervenciones, estoy en multifamiliares de acá, trabajo con la familia, intervenciones familiares individuales en coterapia con psicóloga, son intervenciones específicas, pero si se ha modificado mi rol.

**(Pero ha sido algo más personal, o porque se ha conversado aquí)**

No, es que me dieron, o sea empecé haciéndolo porque era una de nuestras tareas, entonces no repartimos las tareas. Lo administrativo y lo terapéutico, ehm … en la acción, o sea yo hacía trabajo terapéutico. Pero con el tiempo, ehm … fue necesario formalizar ese rol terapéutico, y por resolución creativa soy la coordinadora clínica y ehm … por iniciativa personal solicite que se me permita armar y además que reconocieron que era una necesidad porque yo voy a jubilar algún día, no muy lejano, tengo 66 años, debería haber jubilado el año pasado, pero no me siento todavía con ganas de jubilar, pero si que siento que el centro tiene derecho a que haya un equipo este entrenado, entonces estamos preocupados ahora de ese entrenamiento, y porque por otro lado también es la actitud del compañero que hace el trabajo, la coordinación administrativa y que tiene a cargo otros tres dispositivos, y es lo que he ido percibiendo y observando que necesita el programa y sugiriéndolo y por otro lado la necesidad del sistema de poder formalizar algunas situaciones para poder reclamar la respondabilidad po, porque si no esta formalizado a ¿Quien me reclaman la respondabilidad?, ¿Cierto? entonces están las dos cosas.

10. **Según su percepción, ¿Cuál cree usted que es la diferencia entre el perfil tradicional que desempeña el o la trabajador/a social y del perfil terapéutico de la profesión?**

**R:** Pucha esa la he respondido como cuatro veces ¿o no?

**(Si, esa la ha respondido varias veces)**

Bueno pero lo repito, lo puedo traducir en dos frases, lo tradicional es paternalismo, asistencialismo donde se cronifica la dependencia y el no desarrollo personal de las ciudadanas y los ciudadanos, no hacerse cargo de sus propias vidas y sus propias

soluciones, y ehm … ehm … y a la inversa el rol mas terapéutico social ehm … apunta al desarrollo de las personas, de las familias y de la comunidad, haciéndose cargo de sus vidad, de su salud, de su calidad de vida, y ehm … a asanar y a reparar los daños provocados por el sistema. ¿Ya?, esa es la diferencia. ¿Se queda clarito?

**(Sí, si ).**

11. **Según su percepción, ¿Cuál es su posición como profesional dentro del equipo multidisciplinario? y ¿Cuál ha sido su sensación personal frente al equipo multidisciplinario?**

**R:** Lo que les contaba denante, ehm es que … llevar contexto, quien les recuerda que tenemos que pensar en nuestras usuarias desde el inicio del contexto, si bien llegan aca, pero tengo que tenemos que pensarlas en su contexto y traerlo aca, aunque sea analógicamente. Ehm … por otro lado mi posición es de coordinadora, es decir, que de alguna manera tengo algo de autoridad con el resto del equipo, pero de una manera holística, mas horizontal no vertical, no es una imposición, sino que mas bien es una … un recordatorio, eso. Y ehm, mi sensación personal es que hemos logrado con el equipo armonizar, donde hay retroalimentación, que es lo que permite la armonía del trabajo en equipo multidisciplinario, ehm y que hay harta fluidez, donde no hay … como es holístico es mas horizontal y hay retroalimentación, no hay lucha por el poder, no se ejerce desde el poder si no que esta coordinación se ejerce pensando en la tarea y en la necesidad de las usuarias y del equipo y eso es respondabilidad de todos, entonces todos somos responsables de nuestro bienestar, del bienestar de las usuarias, de que tengamos la sensación de que hacemos un buen trabajo pero de que alguien es responsable de aquí asi ocurra, porque a la hora de responder a quien le van a preguntar es a la coordinadora, y eso se entiende, entonces vamos chequeando. Entonces mi percepción es de armonía, y que cuando hay que discutir, discutimos y que cuando hay que pelear, peleamos, pero no por eso dejamos de querernos y de apoyarnos, eso.

12. **Según su percepción, ¿Existe una valoración positiva o negativa de la profesión al interior del equipo?**

**R:** Positiva, si, si. De partida hay … se instalaron unas suplas geniales, donde el terapeuta ocupacional aprende a necesitar a la trabajdora social, y la trabajadora social aprende a necesitar al terapeuta ocupacional y hacen una dupla genial. Descubrio la psicologa que necesita de la otra dupla, y finalmente se hace un trio maravilloso, y se juntan de repente alla al frente el terapeuta ocupacional con la psicóloga a … con las usuarias a conversar sobre su proyecto de vida, entonces de repente la psicóloga con la trabajadora social planifican una visita a domiclio y que es lo que necesitan observar y a los trabajadores sociales no le pide que observe si tiene o no tiene comida en el refrigerador, si no que observe la relación, entonces es espectacular, porque ehm … se percibe y se requiere como en el rol terapéutico por lo menos en este programa.

**¿Y en otro momento de su trayectoria profesional paso lo contrario? ¿En algún momento sintió que estaba como mirada en menos de cierta forma el trabajo del trabajador social? O ¿Siempre fie valorizado?**

**R:** Si, si, profesional de segunda categoría si, pero, tu no puedes meter ahí porque eres solo un asistente social me dijo un medico, y entonces claro le dije yo tu eres solamente un médico y no eres capaz de ver mas alla de tu nariz, quedo la escoba. (risas).

**(Nosotras, asi como ahora a lo largo de la entrevista nos hemos dado cuenta que esa relación se da mas entre los médicos y los trabajadores sociales, quizás con los psicólogos se hace mas como duplas…)**

Duplas, si.

**(Pero con los médicos se hace como mas ahí la diferencia)**

Médicos, si, pero es que ellos miran asi a todo el mundo po. **(Pero con los médicos se hace como mas ahí la diferencia)**

Médicos, si, pero es que ellos miran así a todo el mundo po. Miren en mi equipo, existe una valoración positiva de la profesión y del rol nuestro acá, todo el mundo, desde nuestras compañeras manipuladoras de alimentos, desde la psicóloga, la psiquiatra, el Terapeuta ocupacional, la nutricionista, y yo también, o sea no hay problema. Pero en mi vida, si que he vivido discriminación, de parte principalmente, de los médicos y de algunos funcionarios administrativos. Cuando estaba trabajando en la Chile, en el campo clínico, yo tenia horas ahí, era tutora de familia y ahí, olvídate los doctores discriminaban, la visitadora uff (risas) a la antigua, hace 25 años atrás, eso. Pero creo que ha cambiado un poquito, sobre todo que, a esta altura, estoy tan convencida de que la persona precede al profesión y a los títulos. Entonces si eres una persona respetuosa, una persona segura de que, de que el otro es el que sabe de su propia vida y no tu, se establece una relación que es valiosa para los dos y tu eres validada y valorada en ese aspecto. Entonces si tu eres una persona así, nadie te va a desvalorizar.

**15. ¿Tiene usted conocimiento sobre las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud? Si es así, ¿Qué opinión le merecen?**

**R:** Si las conozco y me, no tengo opinión, porque no las tomo en cuenta, porque son una soberana majadería, donde nos coloca en un rol tradicional. Que, en la palabra, cuando nos supervisan, nos valoran, es maravillosa, pero en la norma técnica no esta. Nos dan un rol de hacer visita a domicilio, lo antiguo, lo de cuando yo estudié en el 70' era lo que algunas profesoras transmitían. Nosotras en el 71' hicimos un movimiento y.… exigimos cambiar todo eso. De partida una práctica integrada, na de caso, grupo y comunidad, sino que en una actividad hacer las tres cosas integradas, porque lo importante, eran las personas de sus territorios... dejamos la escoba, pero nos resultó, después casi nos mataron, pero... valió la pena.

16. **¿Cuál es su opinión respecto a las funciones establecidas para los/as Trabajadores/as Sociales en este documento? ¿Considera o no que se traducen a cabalidad en cuanto a la realidad profesional? Si es así, ¿Qué consideraría además agregar al perfil?**

**R:** Obvio po, incluso, tuve, he tenido la ocasión de en tres ocasiones, de convencer a colegas de aprender otra cosa, que no fuera hacer colectas de pañales a alguien que no tiene, osea, la cosa clásica, paternalista. Con dos me resultó y con una no, ella es clásica por donde se le mire, y seguirá siendo así, y le va bien, pero yo creo que es por sus características personales, no es lo que los trabajadores sociales deberíamos hacer, porque eso de hacer colecta, lo puede hacer cualquiera, sin necesidad de estudiar, eso debiese ser uno de nuestros valores universales como sociedad.

17. **¿Reconoce usted un papel terapéutico dentro de sus funciones? Según su percepción ¿Es necesario tener una especialización para hacer terapia? ¿Por qué?**

**R.** Sí, sí, porque tenemos que cuidarnos. Tenemos que conocernos y saber que cuando estamos en una relación terapéutica, el instrumento de esa relación, soy yo, entonces hay que estudiar para cuidarse y para cuidar al otro. Porque finalmente, es la personalidd del terapeuta lo que permita que ahi suceda algo que

les sirva a aquellas dos personas, a establecer una relación que le haga bien a las dos y que aquella que va por apoyo, obtenga lo que necesita. Las personas que ejercen el rol terapéutico deben conocerse bien, para no apropiarse de lo que le pasa al otro, sino que para poder saber que lo que a mi me esta ocurriendo en esa relación, tiene que ver conmigo, no con la otra persona. Que, si me da rabia, que, si me da pena, tiene que ver conmigo, que abrió ahí en mi, que me dio pena y no atribuírselo a la otra persona. Entonces principalmente por eso, no que por que hay que seguir esto o hay que hacerlo de tal manera, sino que la persona del terapeuta debe conocerse, porque para poder aplicar la herramienta debe conocerse y si la herramienta soy yo, me tengo que conocer, eso. Ojo que en la formación sistemica, yo lo vivía, yo me revelaba, pero tenia que hacer la formación sistemica ya que era un mandato del ministerio y ese centro tenia, como estrategia la intervenicon sistemica. Y yo, no quiero hacer esto, no quiero, no quiero hacer esto de las constelaciones y peleaba un monto, pero lo hice. Termine aprendiendo, me termine metiendo, termine aceptándolo y aprendiendo, y termine aprendiendo porque me daba rabia, de donde venia eso que yo no quería hacerlo y termine comprendiendo que tenia dolores no elaboradora, traumas no reconocidos y, finalmente, la formación ara empezar me hizo bien a mi. Me demore 30 años si, y en admitir el daño que provoco en mi, ciertas ocasiones y traumas, de los que yo me hacia la loca. Gracias a la formación sistemática, o sea aprendí mas de mi, de lo que prodria haber aprendido en unta terapia clásica.

18. **En su experiencia ¿Ha tenido o no conocimiento sobre el Trabajo Social Clínico? Si es así, ¿Cómo lo identifica? ¿Considera o no su importancia dentro de la profesión?**

**R**: No tengo idea de lo que es, jamás que es lo que es el TSC y tampoco me ha interesado conocerlo, sinceramente. Lo he escuchado, pero no he pescado, porque estoy metida hasta las orejas en esto, ya estoy vieja, me canso mas luego y no tengo ganas de abrir nuevos, de conocer mas de otras cosas. Prefiero leer cosas que me interesan o que no tienen nada que ver con esto. Sinceramente no me interesa. Lo felicito, lo aplaudo, pero a mi no me pida que me preocupe de eso.

19. **Con relación a su percepción ¿Considera al Trabajo Social Clínico propio del área de salud mental?**

**R:** Se omite.

20. **Según su percepción ¿Podría describir o no la intervención que se realiza dentro del Trabajo Social Clínico? ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con aquella intervención?**

**R:** Se omite.

21. **¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Mira, ehh... me imagino que ustedes con esto quieren, juntar elementos para describir un perfil que no están proponiendo un perfil, ni tampoco están proponiendo un perfil, por lo tanto, encuentro que está bien variada las preguntas como para recoger información, lo comunitario, lo clínico, lo de salud, ehh... quizás... no, esta bien. Eh sí, porque esta situado en el área de salud, no a mi me parece que esta bien completo, que explora ampliamente aspectos que puedan aportar información necesaria para armar este perfil.

Nosotros tuvimos un año entero, de un ramo que se llamaba ciclo vital humano, es que ahí fue, de ahi fue donde tuvimos nuestra primera interrogación, respecto a hacer salud desde la enfermedad, porque en los hospitales se curan enfermedades, y eso ¿es salud? no, no esa salud, porque salud es esto, la orientación, el estilo de vida, te estoy hablando del año 70' y ahí fue donde, desde ahí que tengo esta cuña, si hacemos salud desde la enfermedad, eso no es salud, es hacer enfermedad.

## III.II Entrevistas a profesionales miembros del equipo multidisciplinario del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

- **Entrevista: Profesional N°1**

Profesión: Psicólogo.
Institución: Hospital Peñablanca- Unidad Salud Mental.
Fecha: 16 de octubre del 2018.

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, profesión, servicio de salud en el que trabaja, y cuantos años de experiencia tiene en el área de Salud Mental?**

   **R:** Me llamo _____, soy de profesión psicólogo, tengo 32 años años, he trabajado en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota del año 2012 a la fecha, en Quilpué, Limache y ahora en el equipo del Hospital de Peñablanca.

   **(¿y en salud mental?)**

   **R:** En Salud Mental desde siempre, del 2012 hasta la fecha siempre en Salud Mental.

   **(¿y desde ahí iniciaste tu carrera profesional? ¿y desde siempre en Salud Mental?**

   **R:** si, siempre en Salud Mental.

   **(¿Por iniciativa propia? ¿por el campo laboral era lo que había?**

   **R:** eh, fue una casualidad, por profesión psicólogo, si bien son como más clínico, como de controles individuales, no obstante, me tocó trabajar en la unidad de emergencia del Hospital de Quilpué, eh con distintos equipos, pero también apoyando al equipo de Salud Mental, enlaces, cuando se hospitalizan pacientes, se hacen derivaciones, y en Limache era 100% Salud mental, ahí conformado por 4 psicólogos, 2 asistentes sociales, una exclusivamente para Salud Mental, con consultoría infantil, consultoría psiquiátrica, trabajando con CESAM que es Salud Mental Comunitaria, y aquí en Salud Mental en Peñablanca que sería como el espacio este que es el Poli del dolor y cuidados paliativos, que es con cáncer, eh atención de enlace cuando es necesario, atención de funcionarios, poli individuales y con el equipo que son _____, que es psicóloga, la_____, que es Asistente Social, _____, que es el Psiquiatra, eh yo como el otro psicólogo y una persona super fundamental que es la secretaria, uno podría decir que no es importante, la verdad es que es fundamental en un equipo, sus función es muy muy útil, para la gente de interconsulta, cuando hay que contactar pacientes, inclusive para la contención, así que super super inserto en los equipos de Salud Mental.

2. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

   **R:** En realidad penar en desventajas me parece una tontera, son puras ventajas, porque la mirada que ustedes tienen es distinta, la mirada que tiene un trabajador social, es una mirada, bueno igual va a depender de la escuela pero, habitualmente uno espera una mirada más comunitaria, centrada en las personas, centrada en las comunidades, eh, se encarga de gestionar, no solamente

bonificación de productos que son garantía del Estado, sino que generar vínculos con la comunidad, es fundamental el rol de insertarse completamente en la dinámica familiar, nosotros muchas veces no tenemos la posibilidad de insertarnos plenamente, ya sea, en paciente índice y a lo más generar contacto con una persona más, ustedes tienen un rol súper fundamental, que tiene que ver con cónyuge y la cónyuge, el tío, el hermano, eh, redes de apoyo fundamentales, tipos de alianza que existen, eh, vivienda, sector, alguna pauta transgeneracional a nivel familiar, em, todo lo que significa hacer gestiones con el Tribunal de Familia, garantías, si uno pensara que es no fundamental, en lo absoluto, es absolutamente fundamental el rol de la asistente social.

**(ninguna desventaja entonces)**

**R**: no, el trabajo tiene que ser psicosocial, completamente y el trabajo es sicosocial y con una mirada interdisciplinaria, porque en verdad tenemos eh, más allá que trabajar con el mismo paciente, los objetivos son los mismos, o sea, estamos trabajando exactamente en la misma dirección. Los equipos multidisciplinarios son muchas profesiones, pero miradas desde distintas fronteras o distintas trincheras, acá en realidad no, la mirada es interdisciplinaria y estamos pensando en una visión absolutamente comunitaria.

3. **Podría mencionar por favor, ¿Qué profesionales integran el equipo multidisciplinario en su trabajo?**

**R:** _____ que es la psicóloga, encargada fundamentalmente de la psicología de enlace, pacientes que entran a la Unidad de Emergencia, ella hace la primera evaluación de forma diurna. _____, que es la Asistente Social, que trabaja con los pacientes que están ingresados en los Servicios de Medicina o Rehabilitación y una vez que ingresan los pacientes y los evalúa y toda la gestión, la gestión social. _____que es la secretaria. _____ que es Psiquiatra que tiene 22 horas, no obstante igual es importante recalcar, en el caso de él, él tiene una mirada súper comunitaria, entonces, se sale un poco, se desprende de la mirada más médica, entonces, el aporte que realiza, en ningún momento el invalida o al psicólogo o a la asistente social o a algún otro profesional que intervenga en ese paciente, suma, por eso es una red, una mirada interdisciplinaria, eso es como en lo formal. La _____, que es médico, que es como su jefa subrogante, digamos del programa, em, no obstante uno no puede desprenderse completamente de los otros médicos porque cuando hablamos de un paciente de Salud Mental que está en algún servicio o ya sea, en la Unidad de Emergencia, puede ser cualquier médico el que de alguna manera intervenga al paciente, entonces, inclusive las enfermeras y los servicios, nosotros cuando vamos a evaluar a un paciente damos sugerencias, entonces más allá de que el equipo este formado formalmente, así como estrictamente, por el Doctor psiquiatra, dos psicólogos, y la asistente social, que es lo formal, inevitablemente, esto es transversal, ya sea, las enfermeras de salas, las técnico paramédico de salas, los kinesiólogos de rehabilitación, o las terapeutas ocupacionales o la fonoaudióloga, inevitablemente cuando uno plantea alguna sugerencia, esto es transversal.

4. **Según su percepción, ¿Cuáles de los profesionales mencionados son los más indispensables dentro del equipo? ¿Por qué?**

**R:** Em, según yo no hay figuras indispensables, eh, en lo formal, bueno individualmente se tiene que hacer indispensable, pero eso igual es un poco ególatra, en realidad uno está trabajando por el paciente y esto es según las necesidades individuales o sistémicas familiares de cada paciente o de cada persona, eh no puedo decir que, el psicólogo es superlativo o el psiquiatra lo es por si sólo, como te daba el

ejemplo, el psiquiatra esta 22 horas, entonces el psiquiatra hace una evaluación diagnóstica, inicia un esquema farmacológico, fundamental el apoyo psicológico, fundamental que la asistente social genere la red, entonces cuando uno piensa en equipo en salud mental, tiene que ser con una mirada comunitaria, tiene que ser con un equipo interdisciplinario, tiene que ver mínimo una coordinación con enfermeras, terapeuta ocupacional, psicólogo, asistente social, nutricionista, médico, psiquiatra, entonces no es que haya una persona que sea indispensable, en el caso de la atención en salud mental, porque si yo voy a ver a un paciente en la unidad de emergencias que está con agitación psicomotora, que esta con un brote psicótico, que esta agitación, que esta agresivo, melancólico, que este maniático, ahí obviamente que el médico va a aplicar algo para bajar esa agitación y la intervención en crisis fue esa. O nosotros cuando hacemos una intervención en crisis con un paciente con agitación psicomotora o con un borde afectivo, va a ser en ese momento que nosotros como individuo vamos a funcionar. No obstante, esto es, no es como de que somos indispensables o de que hay un integrante del equipo o un profesional que sea más importante que la otra.

5. **¿Usted agregaría o quitaría alguna profesión dentro del equipo disciplinario en Salud Mental? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

**R:** Lo primero es que no quitaría, formalizaría algunos, o sea dejaría algunos integrantes en un equipo, te lo voy a ejemplificar con un equipo comunitario. La COSA, o los CESSAM, tienen enfermera; terapéutica ocupacional, psiquiatra, psicólogo, asistente social, y una agente comunitaria, que es una persona sin profesión, que hace un nexo fuerte entre la comunidad y el paciente o la familia, ese es como el pack global, que tiene que ver como un todo, ah perdón y un técnico paramédico que tiene que ver con algunos medicamentos que se deben administrar. Entonces si tú me preguntas que me gustaría que existiera acá, o sea, sería ideal tener un terapeuta ocupacional.

**(acá tienen, pero creo que en el CTR)**

**R:** En el CTR tienen, inclusive, en el hospital también existe, pero que dependa del equipo de salud mental, no. Entonces si existiese un equipo de salud mental con un equipo completo, con un TEO, inclusive un FONO (risas) si lo pudiese escoger, sería ya, psicólogo, asistente social, psiquiatra, terapeuta ocupacional y un nexo directo, que vendría siendo aquí, la secretaria o agente comunitaria y enfermera. Son lo básico para poder entregar una buena atención en salud. La enfermera, porque conocen bien los fármacos, y también hay enfermeros más orientados al área de salud mental, entonces conocen como funciona un poco los psicofármacos, sin la necesidad de que este un médico. La enfermera no puede indicar un medicamento, pero si sabe si hay contra indicaciones. El psiquiatra, obviamente por el diagnostico. No es bueno etiquetar a los pacientes, pero el diagnostico... esclarece muchas veces, una forma de intervención. El psicólogo, muchas veces por lo que tiene que significar la intervención, ya sea individual o familiar, el terapeuta ocupacional, porque hay muchas actividades que uno no puede realizar porque son en la casa. La salud mental no se puede entender como algo alejado de la vida cotidiana, sino que la salud mental está en las cosas que usted hace y deja de hacer. El terapeuta ocupacional también porque va a intervenir en la casa, dando actividades que van a favorecer el compartimiento y la dinámica familiar, o alguna actividad del paciente. Y la secretaria porque va a ser el nexo directo que vamos a tener con ellos. Muchas veces cuando uno entrega información o las partes que son más administrativas, entonces idealmente, sería el equipo ideal.

6. **Según su percepción, ¿Los y las Trabajadores/as Sociales deben realizar una especialización en Salud Mental para trabajar en el área? ¿Por qué?**

**R:** Yo te podría decir que sí, formal, por un tema de diferenciarse. Ahora, es un poco injusto, porque ustedes están a punto de salir y no tienen por qué tener los recursos para hacer un diplomado, un magister en un área específica y aquí da mucho en lo que ustedes se van exigiendo como individuos. Porque en el ideal, sería maravilloso, que todos tuviésemos una especialidad especifica en el área que trabajemos. Como esa es una utopía, cuesta, entonces esa especialidad o esa especificidad, uno normalmente la va desarrollando en el área en la que está trabajando. Te doy un ejemplo, mi primer trabajo fue en la unidad de emergencia, un psicólogo en la unidad de emergencias, en Chile es extraño, no hay formación de emergenciologo en psicología, pero uno en el proceso va obviamente aprendiendo, incorporando lenguaje y ahí uno va profundizando, haciendo postítulo o curso en intervención en crisis, manejo con pacientes con agitación psicomotora y para ustedes, como asistentes sociales, obviamente es fundamental tener una mirada o una especialidad que aporte lo que tiene que ver con la salud mental. Mmm, pero yo creo que no es un determinante. Va a depender mucho de las competencias individuales de la persona, ya sea mujer u hombre, da igual el género, pero tiene que ver con competencias personales. Porque si usted es responsable es puntual es comprometida es autoexigente y tiene competencias que están un poco más definida en el área va a profundizar en el área. De hecho, hoy por hoy, en el campo laboral esta complejo, entonces va a ser difícil que alguien sin algún tipo de especialidad pueda ingresar a un trabajo, pero es aún más difícil cuando te piden experiencia, si en realidad uno no tiene experiencia, pero tiene las ganas puede demostrar hacer la diferencia, entonces si es necesaria, si sería necesaria, que es determinante para que sea una forma de ingreso o no, no, porque sería como un prejuicio dejar afuera a personas que si tienen las competencias.

**(Pero, no es necesario porque sea específicamente el área de salud mental, o sea podría ser en cualquier área necesaria una especialización)**

**R:** Puede ser en cualquier área, pero … como te digo, o sea es muy útil, porque obviamente tener algo que te certifique y que tiene tanto las competencias teórico – prácticas en un área en especifica es positivo. No obstante, hay personas que no lo han podido realizar y tal vez hacen una buena labor, eso obviamente que se puede ir evaluando, si nos diferenciamos un poco entre en el sistema público y el sistema privado, el sistema privado ahí lo contratan por uno o tres meses y después se evalúa si es que tiene contrato indefinido porque si al final tiene las competencias, adelante. En el sistema público es un poco distinto porque si tú por concurso público ingresas, nadie después te puede juzgar, ¿dónde se puede medir el desempeño?, en las calificaciones. Pero, hoy por hoy creo que es necesario, pero existe la posibilidad en base a una buena entrevista de trabajo, que una persona sin postítulo o curso, o la certificación especifica del área podría hacer un buen desempeño.

7. Según su percepción, ¿Qué características diferencian a el/la Trabajador/a Social **de los/as otros/as profesionales que están insertos en el equipo multidisciplinario?**

**R**: Ehm … primero que son sociales y creo que eso es lo que más lo diferencia. El perfil es otro, yo creo que hace 20 años atrás no se contemplaba a una asistente social en un mundo médico. Pensar … porque el modelo medico es súper vertical, entonces yo creo que tanto la asistente social como la psicología, tienen como una … darle un toque más horizontal, y menos vertical. Entonces fundamentalmente tiene que ver con … uno trabaja con personas y como toda persona, sin importar de donde venga del entorno socio económico y cultural, toda persona tiene una historia y esa historia es importante indagarla y en lo concreto, creo que es fundamental o sea viene a sumar con una mirada distinta ojo. Porque enfermería es un modelo médico, medicina es un modelo médico, ehm … nosotros psicología tenemos casi cincuenta y cincuenta, pero en realidad somos

más sociales, en realidad de salud, nosotros hace un par de años atrás salud era patologías médicas y ahora las depresiones, la ansiedad, trastornos bipolares, crisis de pánico … se han incorporado, la salud mental ya no es distinta, es de una manera integral. Entonces creo que ha generado, aportado la asistente social, la humanidad, se ha humanizado a las personas, o sea generan red.

**8. ¿Qué percepción le merece el trabajo realizado por los/as trabajadores/as sociales en la intervención con los/as usuarios/as?**

**R:** Positiva, y a diferencia de nosotros los psicólogos es mucho más directiva, porque nosotros no … a los pacientes no les decimos que hacer, de repente orientamos cuando hay algo que efectivamente esta como errado o es peligroso por la salud de ellos, por la vida. Ehm … pero el rol de ustedes es fundamental. Fundamental porque genera un nexo, un puente. Ahora, igual hay que tener cuidado porque está el prejuicio social y el temor de algunos pacientes en el o la asistente social son los culpables del informe psicosocial por ende me quede sin beca, sin casa y en realidad ustedes o la asistente social no es un juez simplemente en algunas de sus actividades va a tener que hacer una evaluación psicosocial, entonces eso puede y no ser favorable para el paciente. No obstante, tienen ustedes un rol fundamental en que muchas veces van a hacer la actividad necesaria, ya sea con el municipio, con alguna garantía del estado, cuando algún paciente este con alguna patología gestionar ya sea subsidios, orientaciones, van a llevar la salud médica a un lenguaje que se pueda comprender, entonces lo reitero, creo que es un rol fundamental que humaniza y sensibiliza lo que es la salud del paciente como individuo y de la dinámica familiar.

**(Y de todo el entorno al final … territorio)**

**R:** Es que la mirada es comunitaria, es todo, no es un individuo, o esto de las cavernas que la familia era padre, madre, hijos, las familias pueden ser puros hombres, es todo, familia monoparental, o sea hay de todo, entonces ustedes de alguna manera desde el punto de vista del lenguaje o desde la interacción social hacen un nexo fundamental, y un nexo en el que muchas veces logran traducir lo que pasa en esa dinámica, y desde el punto de vista de ese lenguaje inserto en salud genera mucha mayor claridad. ¿Para quién? Para la intervención del psiquiatra, del psicólogo, del médico, de la enfermera, del terapeuta, con la mirada interdisciplinaria.

**9. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Ehm … más que aporte, ehm … si puede ser un aporte, yo creo que de alguna manera todos los que trabajamos en salud y que tenemos la oportunidad o la posibilidad de entregar nuestras experiencias como te dije al principio, no somos indispensables. En mi caso yo llevo 7 años trabajando en el sistema público y todavía nos falta, nos falta, porque tenemos una población bajo control muy grande. Yo pondría ahí, ¿Cuántas horas de profesional faltan? De repente, para poder llegar a la población más global, porque si tú lo piensas en el estudio de un caso de un paciente un asistente social ¿Podrá estar ara todos los casos de salud mental? Un psicólogo ¿Podrá con todos los casos de salud mental?, estoy hablando solamente de los casos de la comuna de villa alemana, Peña blanca, y como atención ya más especializada, porque no estoy pensando en atención primaria, ehm … que sería bueno saber según la población ¿Cuántos profesionales se necesitan?, o sea uno que trabaja acá sabe que faltan, pero …

**(Bueno a nivel nacional se sabe que falta mucho …)**

**R:** Sí, pero sería bueno saber, tener como ese dato, como aporte. Del punto de vista de mi profesión, obviamente que queda un mundo por recorrer, y quedan muchas actividades que realizar y aprendizajes por incorporar, y como tu decías en una de tus preguntas, nos falta seguir estudiando, generando mayores lazos y nexos. Yo creo que en algún momento los equipos de salud mental van a ser aún más grandes. Porque a nosotros nos toca de repente ir a evaluar pacientes que llegan por que tienen una hiperglicemia y tras de esa hiperglicemia tienen un problema de salud mental, hay una historia po. O sea, tal vez ahí no solo va a aparecer la asistente social, el psicólogo, el psiquiatra, la enfermera, va a aparecer la nutricionista, como nombraba en el principio, el terapeuta o la terapeuta ocupacional. O sea, inevitablemente el circulo se va ampliando, entonces en algún momento sería bueno hacer de este estudio, un estudio tal vez cualitativo, pero longitudinal. ¿Qué pasaría en quince años más? ¿Qué pasaría con la realidad en salud? ¿Ira a mutar el rol de la asistente social? ¿Tendrá que haber una variación de las mallas académicas? Y al mejor tomarlo más en ¿relación salud, a lo social, a lo comunitario, a lo atención primaria, colegio, municipio, departamento de cultura?, entonces ¿Qué aportes quedan?, si falta harto, eso en general.

**(Muchas gracias).**

- **Entrevista: Profesional N°2**

Profesión: Terapeuta Ocupacional
Institución: CTA PEÑABLANCA
Fecha: 16 noviembre 2018

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, profesión, servicio de salud en el que trabaja, y cuantos años de experiencia tiene en el área de Salud Mental?**

**R**: Mi nombre es _____GEO_____, tengo 28 años, soy terapeuta ocupacional de profesión y actualmente me desempeño en el CTA de villa alemana. Cuento con dos años de experiencia en salud mental.

**(¿y en alguna otra área?)**

**R**: Trabajé muy poquito en pediatría, como meses.

2. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Mira, emm hasta anteriormente trabajaba en un PAIE, ahí la ventaja de tener una trabajadora social es que ella hacía todo lo que era con la conexión en red, lo manejaba super bien, tenía como super buen vínculo con varias instituciones. De hecho, abarcaba más de lo que debería abarcar, no era solamente como el tema de los usuarios, también a la familia, si se podía hacer un curso de capacitación para las mamas, entonces como en ese sentido era super buena. Aparte como de agilizar otros trámites ps, todo lo que era del registro social de hogares, el tema de la vivienda gestionaba todo como super rápido. En ese lugar. Acá, se da un poquito mezclado el trabajo del terapeuta y del trabajador social, ahora yo me encargo un poco más del tema de las redes, de hacer orientación, etc. La trabajadora social, ve lo que es el tema de tribunales, ve como más esa área, ahora igual el beneficio sería, casi el mismo, que la conexión con redes la hacen como super bien, no sé si tendrán como, si las preparan para eso o no, pero lo hacen, como que gestionan rápido. Y la desventaja, yo creo, que principalmente, es como se entiende como a nivel cultural, el tema del trabajo social. Yo creo que

las personas tienden a pensar como esta cosa bien asistencialista de la trabajadora social, como que les va a hacer todo, así como que ellos traen los papeles y la casa va a salir altiro, y yo creo que eso es como lo que falta, que sea un trabajo más como de habilitar herramientas en las personas, más de que lo hagan todo ellos.

3. **Podría mencionar por favor, ¿Qué profesionales integran el equipo multidisciplinario en su trabajo?**

**R**: Bueno, está el médico, el psicólogo, terapeuta ocupacional, hay un técnico en rehabilitación, técnico en enfermería, trabajadores sociales y.… eso, sí.

4. **Según su percepción, ¿Cuáles de los profesionales mencionados son los más indispensables dentro del equipo? ¿Por qué?**

**R**: Yo no creo que haya profesionales más indispensables que otros, porque las tareas son super distintas, obviamente que lo que hace el médico no lo puede hacer la psicóloga, ni lo que hace la psicóloga lo puede hacer la trabajadora social y así, abarcan desde la integridad, entonces no creo que haya uno más indispensable que el otro, sobre todo porque acá tampoco se atienden urgencias, por ejemplo, no sé po, los servicios de urgencia, quizás es indispensable que estuviera siempre el médico, pero no es el caso.

5. **¿Usted agregaría o quitaría alguna profesión dentro del equipo disciplinario en Salud Mental? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

**R**: no, no agregaría, creo que está cubierto, aparte que, por ejemplo, esta parte como más integral, espiritual, hay algunos técnicos que hacen musicoterapia, que manejan algunas técnicas de meditación, entonces ahí está como cubierta esa área, no agregaría y quitar menos. Quizás, agregaría un profesional médico más, porque las horas médicas son como pocas y quizás aumentaría al trabajador social, le aumentaría horas porque no se da mucho abasto con, acá tenemos 30 plazas, y la trabajadora social viene 22 horas, es súper poquito, entonces aumentaría eso.

6. **Según su percepción, ¿Los y las Trabajadores/as Sociales deben realizar una especialización en Salud Mental para trabajar en el área? ¿Por qué?**

**R:** yo tuve la experiencia, trabajando en mi trabajo anterior, que la trabajadora social venía de Canadá, y allá había la modalidad, de trabajadora social clínica, en donde manejaban patologías, manejaban fármacos, y era súper interesante, porque hacia talleres como bien potentes y esa figura no está en Chile, no está el tema del trabajador social clínico, debería existir como un posgrado, algo, para poder sacarla como al área clínica.

7. **Según su percepción, ¿Qué características diferencian a el/la Trabajador/a Social de los/as otros/as profesionales que están insertos en el equipo multidisciplinario?**

**R:** no sé, ver esta área como más desde la red que los otros profesionales no lo ven, es la única diferencia que, claro y como que no hacen un trabajo interventivo desde lo clínico, eso.

**(¿y semejanzas?)**

**R:** bueno, el tema de cómo se vinculan los trabajadores sociales, también eso es importante, porque nosotros hemos tenido como comentarios de los usuarios, como que tienen a ser como más cercanos, y eso también genera como un vínculo distinto, entonces como que de repente, claro, no van a un box a conversar las cosas, pero la encuentran en el pasillo, como que la buscan y le cuneta, como una figura cercana.

8. **¿Qué percepción le merece el trabajo realizado por los/as trabajadores/as sociales en la intervención con los/as usuarios/as?**

**R:** Mhm… Yo creo que es un poco lo que yo les decía, hay como una visión del trabajador social, como súper asistencialista y creo que eso afecta un poquito la intervención, porque los usuarios siempre están esperando que les hagan las cosas y como que es súper difícil entender y que el quipo también entienda. Finalmente hay como que luchar por la autonomía, entonces mi percepción es esa, de que falta como entender de que tenemos como que habilitar herramientas, más que hacer la pega ¿cachai?, eso.

(**Y que alomejor no solo la intervención que puede realizar un trabajador social es como dedicada al área de asistencialismo, como … el tema socio económico … ¿Algo así quieres decir tu?)**

**R:** Sí.

9. **¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Creo que está bien, o sea, yo no conozco bien la malla de los trabajadores sociales y he tenido experiencia como con dos, no sé cómo salen preparaos, no sé si les pasan ramos como de patologías o no, entonces por eso que cuando trabaje con esa chica que venía de Canadá, o sentí que tenía como ese enfoque distinto, pero no tengo idea en realidad como es la malla de los trabajadores sociales.

(**En nuestro caso no tenemos psicopatologías, nuestra idea es ligar también la investigación a la importancia de que se tenga en el pregrado asignaturas de esa formación en el área de salud mental, en trabajo social clínico… como ampliarlo a esa área, es como la idea, ahora vamos a ver que llegamos).**

- **Entrevista: Profesional N°3**

Profesión: Psicóloga
Institución: CTA Peñablanca.
Fecha: 16 noviembre 2018.

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, profesión, servicio de salud en el que trabaja, y cuantos años de experiencia tiene en el área de Salud Mental?**

**R:** Mi nombre es _____, soy psicóloga, psicóloga familiar, tengo 29 años, trabajo en el CTA de Peñablanca, del servicio de salud viña del mar Quillota. Trabajo acá desde junio del 2013, unos cinco años más o menos, eso.

**(Antes en salud mental, ¿no?)**

**R:** No, me titulé y empecé a trabajar altiro

2. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** A ver. No sé por dónde empezar, yo llevo ya casi seis años ya trabajando en equipo de drogas en salud mental, tiempo de corrido he trabajado acá, pero también he trabajo en otros centros que son privados. Acá, particularmente no había tenido la experiencia de trabajar con un trabajador social que ejerza como un trabajador social, porque acá trabajábamos con el trabajador social, pero él es nuestro coordinador, o sea, él tiene un cargo de jefatura con nosotros. El año pasado recién se instala la _____ que es la trabajadora social que se instala en el equipo, que es una de las dos psicólogas, o sea, perdón, trabajadoras sociales que yo conozco, que ejercen el trabajo social y ella, llegó acá con un cargo súper poco definido y las expectativas que teníamos antes de que llegara, de conocerla y todo, porque acá cada profesional impacta un sello o tiene un estilo profesional o tiene habilidades en algún lado. Lo que esperaba era que, se hiciera a cargo, así como, ella se va a hacer cargo de redes, de gestionar redes, de saber todo lo de los programas, de toda la municipalidad, ella va a saber todo lo de vivienda, todo lo de gestión, como que las expectativas son súper grandes, cuando una a trabajado un trabajador social. Además, era una persona que venía de un trabajo directo con SENAME, entonces estoy hablando como súper utilitaristamente, como instrumentalmente, yo como psicóloga familiar siempre tengo relación con los casos de tribunales, casos con maltrato, SENAME en general. Entonces yo dije, va a ser un apoyo para mí, voy a poder trabajar con alguien que va a rendir cuenta a tribunal, para poder hacer informes, estoy siendo súper instrumental y superficial, como con la expectativa que uno tiene, vacía, como sin cuerpo. Y es una persona, ala que uno pueda montarle toda la gente que tenga dudas sobre trabajo, vivienda, cualquier ayuda que necesite, como eso. Cuando se incorpora ella, ahí yo armo otra idea, lo estoy contando así, porque creo que es más útil como para el trabajo, lo que uno piensa antes de conocer y lo que uno piensa después. Me di cuenta después, cuando se incorpora, que tiene un trabajo ella particularmente un montón de años, como en el área clínica, como terapéutica y eso cambia, inmediatamente con el perfil, así como ya, no es una persona a la cual le vamos a mandar todos los casos de asistencia social posible, Tiene por ahí un baje en salud mental, porque fue una trabajadora de la Bresky por un montón de años, entonces claro, por ahí tenía sentido que trabajara, trabajaba en SENAME, sí, pero el ejercicio era más con el trato directo, más bien terapéutico, más que como de, de gestión, que también lo hace, eso del tribunal, que vaya ella, se haga cargo y yo como desligarme un poco, porque yo me considero como

del área clínica, entonces eso como que es una pega, que yo siento, que si bien me corresponde como funcionaria pública, es del trabajador social, pero a lo mejor estoy, pero es como lo que yo siento, percibo. Entonces ella se ha hecho cargo de eso, creo que acá en el CTA particularmente, tiene como esas dos funciones, así como, más ligada al área terapéutica y a la gestión de cuestiones ligadas a temas sociales, como tribunal de familia y.... como, de ayuda asociada a no sé, alimentación, vivienda, ese tipo de cosas, como que ella más o menos sabe y puede orientar a los usuarios allí.
Mi otra experiencia con el trabajador social, perdonen que sea tan específica porque yo no sabía que hacían antes de conocer a esta persona, tuvimos a una compañera que sí cumplía mis expectativas y era una persona que se sabía de memoria todos los programas de la municipalidad, las capacitaciones, las actividades de la muni, sabía dónde ir, sabia como hacerlo, lo de las fichas del registro social de hogares, como el sistema entre comillas, así como que alcanzar cierto porcentaje era necesario esto y esto. Esa era como mi idea previa y mucho de clínica, no tenía idea, más bien se metía en lo superficial, pero muchas veces de manera equivocada, metía un poco la pata, porque el conocimiento que tenía como del área clínica, estoy hablando como de diagnósticos clínicos, más de salud mental, no era su área y no creo que haya tenido formación en profundidad de eso. Yo creo que, a lo mejor, no sé cómo se hacen, no tengo idea del trabajo social, pero a lo mejor se hace una especialización, me imagino yo, no todos tienen una formación general en diagnósticos psiquiátricos. Pero claro, tendía a meterse en el área clínica como desde la superficialidad y como metiendo harto ruido, era una tensión como que más en lo terapéutico. No, así como con ella, ella tiene años como de trabajo en esto, entonces se maneja, es súper didáctica, entonces tiene como otra formación, creo yo, como una visión más subjetiva con esas personas en general, pero es como, con lo que uno se queda.
No sé si responde la pregunta, pero es como la ventaja, es como la posibilidad de que alguien conozca los otros sistemas de trabajo, estamos como muy metidos en un sistema y hay otros que están mezclados, que los conozcan al menos, ya, súper, yo no tengo idea de la muni, he ido con suerte una sola vez. Esa es una posibilidad, que están más ligados al afuera, que al acá metido dentro de un box. La desventaja, esta como difusión, yo creo, así como, con la dificultad de no tener claro, como del trabajo de ellos, ¿es clínico?, ¿no es clínico?, ¿hasta dónde llega lo clínico?, ¿cuánto pueden intervenir en lo clínico?, ¿cuánto no? Yo creo que también es como un espacio de poder, como que se discuta un poco y más sobre todo ahora que están cambiando la ley. Yo creo que está súper bien que lo hagan, pero creo que todavía están en déficit en términos de formación, entonces por ahí, quizás están como en un proceso de cambio identitario y que creo que me parece súper bien, porque siempre en salud mental se necesita que las personas sepan trabajar de manera terapéutica, sepan, yo creo que es básico, como tener la posibilidad de trabajar en vinculo, de trabajar en trato directo y dejar como ese, como esa identidad más asistencialista, como de la visitadora, creo que ya paso de moda y paso también el tiempo de eso. Y en estos programas particularmente se necesita u trabajador social que tenga características facilitadoras de los terapéutico, pero ahí yo creo que hay que fortalecer la formación.

3. **Podría mencionar por favor, ¿Qué profesionales integran el equipo multidisciplinario en su trabajo?**

**R:** Ya, los voy a nombrar, por separado. Hay un equipo, que es el equipo de coordinación y gestión, que está liderado por un coordinador, que es trabajador social y que en su área lo acompañan, las personas administrativas, dos secretarias, en algún tiempo, quien... Nancy que era la que ocupaba un papel de gestión acá, que supongo que saben lo que pasó, ahora ya no está ese cargo, era como nuestro vínculo con el hospital pero era como parte del grupo, de gestión y

coordinación y en ese grupo, a lo mejor, también se integra o está en las dos partes la trabajadora social, que tiene este vínculo también con las redes. Otro equipo que es como, estoy hablando de sub-equipos, el equipo clínico, que lo integramos, somos cuatro psicólogos, dos psicólogos, dos psicólogas, yo, que funciono en un rol diferente a mis compañeros porque soy psicóloga familiar, mis otros compañeros son psicólogos clínicos individuales, eh, el equipo clínico también está con terapeuta ocupacional, y médico, médico con especialidad en salud mental. En nuestra fantasía también hay un psiquiatra, pero en lo efectivo no, está ahí como parte de, pero no viene, problemas eternos de salud mental, eso. Ah y la técnica en enfermería que también es parte del equipo clínico, tiene a lo mejor un papel un poco más técnico, pero si es parte del equipo clínico. Y por otro lado, el equipo técnico, que ahí la TENS está en los dos equipos que es el equipo de tracto directo, que ahí vendría estando también la terapeuta ocupacional como en el trabajo de rutina y los técnicos en rehabilitación, auxiliares de servicios, etc. El equipo está así más o menos dividido.

4. **Según su percepción, ¿Cuáles de los profesionales mencionados son los más indispensables dentro del equipo? ¿Por qué?**

**R:** em, políticamente correcto, todos son indispensables, sí, yo creo que todos son necesarios, ahora no sé si indispensable, y aquí voy a ser súper auto referente, con mi gremio. Por muchos años, desde que yo trabajo acá y sé que mucho antes también y en los dispositivos de salud mental, drogas, que se yo, eh, se entiende como a decir como una crítica que los equipos están psicologizados, no sé a qué se refieren, eh, somos si ustedes miran la cantidad de profesionales, somos 4 psicólogos, obvio que estamos psicologizados, eh, el lenguaje que se ocupa en salud mental, es el lenguaje que tiene la psicología, independiente de que hayan otros lenguajes, no sé, los terapeutas ocupacionales, los trabajadores sociales también, pero el lenguaje en general, es un lenguaje terapéutico, un lenguaje clínico, entonces eso como que invade o permea todas otras profesiones, creo yo, eh, hoy día se está instalando el trabajador social y el terapeuta ocupacional yo creo que con harta fuerza, siento que el terapeuta ocupacional más, porque hay muchas políticas de integración social, y cosas que si bien las han creado los trabajadores sociales, las implementan los terapeutas ocupacionales, aparte están más metidos en el hacer, en el trato directo, no así los trabajadores sociales que están como en el transitar por diferentes sistemas, así lo veo yo, entonces como indispensable, no lo sé, pero si, dicen otros, que los programas están psicologizados, yo creo que tiene que ver con que principalmente, la terapia es el fuerte del trabajo en salud mental, y la terapia ¿quien la hace?, ¿quiénes hacen las intervenciones en crisis? ¿quiénes acompañan el intento de un suicidio? no sé, entonces, yo creo que falta formación también de los otros profesionales porque en verdad, si uno lo piensa, por ejemplo, hacer una contención en una atención en crisis, acá siempre llaman al psicólogo que esté, pero una contención en crisis podría hacerla cualquiera, eh, entonces el psicólogo y la TENS, porque se hacen enfermerías, no sé qué, si hay alguien que se cortó, un intento de suicidio, cualquier cosa, psicólogo y TENS, si no hay psicólogo, cualquiera, pero si hubiera psicólogo, también podría ir cualquiera, pero siempre es al que llaman al choque, en los hospitales también, la cultura hospitalaria es como hay cualquier persona un poco descompensada, gritando, cualquier cosa, a quien llaman es al psicólogo, siendo que todos debiésemos tener habilidades terapéuticas para contener una crisis. Entonces, eso, no podría responder acerca de la indispensabilidad, pero sí creo que hay un fuerte que, por historia del área, creo que es un espacio de la psicología.

5. **¿Usted agregaría o quitaría alguna profesión dentro del equipo disciplinario en Salud Mental? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

**R:** ¿agregaría o sacaría? a ver, voy a pensar en agregar, agregar, yo creo que agregaría personas que estuvieran formadas en salud complementaria, yo creo que nos falta harto eso, como entender eso, agregaría profesores, no sé, educación física, no sé, agregaría profesionales que tengan que ver con el cuerpo, de repente en salud mental, también nos saludmentizamos, pensamos que todo es la salud mental y el cuerpo lo abandonamos, entonces yo creo que tiene que ver, que si yo agregara algo, agregaría sujetos que trabajaran con la corporalidad, ya sea, profesores de educación física, kinesiólogos, terapias complementarias asociadas al cuerpo, no sé, yoga, ese tipo de cosas. Sacar, no creo, no sé si sacaría algo, sacaría a los psiquiatras, así definitivo, ya están afuera, pero definitivo, así como, no sé, pero nos dan los fármacos y los necesitamos igual, entonces no lo sacaría, pero creo que les sacaría un poco de poder, eso a lo mejor.

**6. Según su percepción, ¿Los y las Trabajadores/as Sociales deben realizar una especialización en Salud Mental para trabajar en el área? ¿Por qué?**

**R:** definitivamente, o sea, yo creo que es un deber, ni siquiera una elección, yo creo que debe ser así, siento que no puede ser que una persona que trabaja en salud mental, o en algún área del tratamiento con personas, no tenga formación, porque el trato directo, acá cuando uno trabaja en tratamiento, es diferente a las consultas más ambulatorias, nosotros estamos acá con una capacidad de pacientes, que son hartos, pero que los vemos todos los días y nos vinculamos, entonces, trabajar como desde una mirada en salud mental, significa trabajar em, con la vinculación y si no sabemos cómo vincularnos, como tener un acercamiento de buen trato, eh, si no sabemos, si no tenemos técnicas terapéuticas, no tenemos herramientas, estrategias, para acercarnos a un usuario con problemas en esta área, somos súper iatrogénicos, tendemos a generar intervenciones desde el sentido común, desde el juicio, desde una mirada de poder y eso no sirve, definitivamente no sirve, entonces, si po, tienen que tener formación, y tienen que tener una formación en profundidad, no formación superficial, creo yo, em, eso.

**(en realidad no porque sea un trabajador social necesita especialización, sino que cualquier profesional que trabaje en el área de salud mental necesita tener especialización)**

**R:** yo creo que cualquier profesional que trabaje en el área de salud mental, debe formarse en salud mental, ahora, si los trabajadores sociales, en este rollo de que está cambiando la ley, que se está incorporando y están también incorporando una posición más clínica en el trabajo, si van a adoptar esa posición, yo creo que les falta definición, así como definirse, porque no sé, yo creo que un trabajador social, puede no tener idea de lo clínico y está bien, pero que no trabaje en un área clínica, esta es un área clínica o que se dedique a trabajar tras bambalinas, con papeleo, gestión, haciendo redes, pero no en trato directo, porque aca el trato directo uno a veces piensa que no sé …que uno está trabajando, que uno trabaja, vive la vida, pero uno no se da cuenta del impacto que causa de vulnerabilidad sobre la vida de las personas. Así como el ¡impacto! Y es pesado porque si uno sigue trabajando, así como normal y como que te alienas de eso, creo que puedes generar impactos súper negativos po que destruyen mucho. Si uno piensa en si mismo, cuando uno va al médico, va de una manera súper vulnerable, porque si vas al médico es porque te pasa algo, porque te sientes enfermo … te van a sacar la ropa, te dejan así como en una posición súper vulnerable, y que pasa si el medico te dice; ¡Ah cabra sabi que tu no teni nada, ándate pa la casa, estai puro leseando!, eso aunque al médico haya sido algo de rutina, uno se lo lleva pa la

casa po, y se acuerda de eso y probablemente se acuerda de eso un montón de años, y nunca más voy a ese médico. Entonces venir para acá, con toda esa vulnerabilidad que eso implica, llegar a pedir ayuda más encima en un grupo que es súper complicado como la drogodependencia, que la gente viene súper avergonzada, súper en crisis, habiendo perdido muchísimas cosas… entonces que una persona no tenga formación clínica, para acercar a un sujeto como ese, no, no puede ser, creo yo que no corresponde. Más un trabajador social que está metiéndose en el área clínica, porque si fuera no se una secretaria … que acá afortunadamente tenemos secretarias que pueden contener en crisis, no porque tengan formación si no porque han aprendido acá también, y son personas que han trabajado en salud mental y si se han quedad trabajando en salud mental, algo tienen como en la vinculación con el otro, eso.

**7. Según su percepción, ¿Qué características diferencian a el/la Trabajador/a Social de los/as otros/as profesionales que están insertos en el equipo multidisciplinario?**

**R:** Mhm … ¿independientemente si sea negativo o positivo?

**(Sí)**

Yo creo que una característica es la difusión de identidad, una difusión me refiero a que sea difuso, difusión de identidad, que puede ser una ventaja o desventaja, puede ser una ventaja porque cuando uno mucho abarca poco aprieta, uno abarca muchas áreas pero no se especializa en alguna en particular genera tensión, pero si ese que mucho abarca y poco aprieta se define como eso, creo que es súper positivo, porque las y los psicólogos tenemos una gran dificultad de así de formación también de salir, tendemos a mantenernos acá en un espacio seguro, no todos, hay psicólogos comunitarios que ¡pff! Tienen un montón de cancha en eso, pero en clínica sipo, tendemos a quedarnos acá, a tratar de resolver acá, de centrar el problema, o sea de que tratar de que las personas se hagan cargo de sus problemas, pero que lo resuelvan ellos … como individualizar mucho el fenómeno y el trabajador social creo, que en eso de picotear por todos lados, se mueve en otros sistemas y es capaz de visualizar otras alternativas, que a veces nos cuestan a nosotros, mhm … no sé, muchos problemas de salud mental, son muchos problemas sociales también que nosotros tratamos acá como de generar algún cambio positivo, pero si hay un tema económico detrás, un tema habitacional, un tema no sé … es difícil. Entonces que una persona tena ese conocimiento de cómo; Ah podi ir pa allá, no sé qué, blablablá, igual ayuda, no digo que sea cien por viento asistencia, más que tenga la posibilidad de … o sea que conozca cómo se mueve la red, eso.

**8. ¿Qué percepción le merece el trabajo realizado por los/as trabajadores/as sociales en la intervención con los/as usuarios/as?**

**R:** Creo que como que lo respondí en la pregunta dos. Mhm… depende, depende insisto de la formación y de los intereses, alomejor no solo de la formación. Cuando hablo de formación, no hablo solo de formación formal, así como… también creo que la autogestión como de informarse creo que es súper importante, creo que la más importante, ehm … entonces yo creo que necesitan más formación en cuestiones clínicas. Creo que necesitan definir cuál es el espacio del trabajador social, donde se va a mover, no como trabajo social, si no que como cada sujeto … definirse, no, si creo que como trabajo social también, el trabajo social tiene como que definir cuál es su identidad ahora, hoy día, siglo XXI, en qué mundo se mueve, si hay especialización, donde va a estar, hasta donde va a llegar, que puede intervenir, que no puede intervenir, no sé, ehm … yo así como en otras pegas he visto trabajadores sociales que hacen diagnóstico clínico, no me parece. No me parece, porque creo que es un espacio que requiere

formación en profundidad, de psicopatologías, entonces creo que no, yo creo que hay un límite, pero creo que podrían transgredir ese límite si se formaran en eso, pero si no teni formación en eso no podi andar haciendo diagnósticos, es una cuestión ética.

9. **¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Mhm … bueno no sé si aporte, pero si me parece como interesante el trabajo que están haciendo, creo, no sé, que es una visión súper periférica así como de la ignorancia, creo que el cambio identitario del trabajo social es una cuestión como histórica, tiene un desarrollo histórico, Creo que especialmente hoy día, en nuestro país estamos como en una situación política muy específica, no es la misma que hace diez años y creo que también las personas que trabajamos en el área social y de salud mental, debemos tener posiciones, así como una posición frente a … y creo que desde ahí los trabajadores sociales igual como que se posicionan, tiene incluso un rol político interesante, creo que también por ahí podrían indagar como en los posicionamientos políticos en la intervención, eso es como oro tema, pero creo que también sería interesante como yo me paro frente a otro, con que rol, con que … así como pensar un poco en como circula el poder del trabajo social en estas gestiones. Hoy día ¿Es igual el trabajo social que hace diez años atrás? ¿Está en una posición diferente? ¿Es lo mismo?, no sé, yo creo que hay como posiciones políticas que también han cambiado y eso también es parte de la identidad, eso.

- **Entrevista: Profesional N°4**

Profesión: técnico en rehabilitación
Institución: CTA Peñablanca
Fecha: 16 noviembre 2018.

1. **¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, profesión, servicio de salud en el que trabaja, y cuantos años de experiencia tiene en el área de Salud Mental?**

**R:** Me llamo _____, tengo 36 años y trabajo como técnico en rehabilitación, aunque aún no termino la carrera, de experiencia tengo, del 2008, he trabajo con infractores de ley, en residencias, he trabajado con adultos en residencia, de consumo problemático y ambulatorio, en Valparaíso y acá, pero siempre enfocado desde el área de salud mental, de consumo.

2. **¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Las ventajas, siempre el trabajador social, en los centros en los que he estado yo, ha trabajado como en el área de redes y visitas domiciliarias, es como eso, acá específicamente, es más bien de tribunales, hace como ese trabajo, de acompañamiento también, de orientación, pero como eso.

**(¿pero ves desventajas o ventajas?)**

**R:** Pucha acá sirve de mucho, sobre todo en el tema de acompañamiento y orientaciones, cuando llegan como bien perdidos y asustados, como el tema del tribunal, es como super castigador, como que no entienden mucho el tema de por qué, en realidad llegó a consumir o por qué llega tan deteriorada a pedir ayuda o sino pide, cachai, como que también tiene hartas responsabilidades, de cuidar a los hijos, entonces también llega como más dañada, entonces, lo que hace el

tribunal, es que la deriva a un programa o si es que no va al programa, le quitamos a su hijo, cachai, entonces como que de cierta forma la obligan a venir acá, y cuando llegan acá, lo que hace la trabajadora social, es acompañarla en ese tema, a orientarla, bueno, no solo ella que es la trabajadora social, sino que es como todo el equipo, pero ella está encargada como de acompañarla en el tema del tribunal de orientarla y todo eso.

**(¿y alguna desventaja de que esté el trabajador social?)**

**R:** Pucha, yo no le veo acá una desventaja, creo que es un aporte en realidad, super importante.

3. **Podría mencionar por favor, ¿Qué profesionales integran el equipo multidisciplinario en su trabajo?**

**R:** Esta la trabajadora social, está la psicóloga individual, la psicóloga familiar, la terapeuta ocupacional, la tens, y el psiquiatra y el médico. ¿Son varios psicólogos, entonces se los nombro a todos?

**(No, no (risas), solo era curiosidad)**

4. **Según su percepción, ¿Cuáles de los profesionales mencionados son los más indispensables dentro del equipo? ¿Por qué?**

**R:** Yo, creo que somos todos iguales, nos ha costado mucho a nosotros como equipo llegar a eso, tenemos nuestras diferencias de repente, pero somos todos iguales, todos importantes. Acá, no es como jerárquico, sino que todos somos fundamentales, porque todos vemos a la persona que viene. O sea, igual hay importantes, está el coordinador obvio, del tema más administrativo, tal vez sí, pero como lo veo yo, aquí somos todos indispensables.

**(¿no existiría alguno como más importante para la intervención de los usuarios?)**

**R:** o sea, en el área individual, si po, la psicóloga trabaja temas más personales que a lo mejor no hablan en grupo, desde su experticia cada uno igual es importante ¿cachai?

5. **¿Usted agregaría o quitaría alguna profesión dentro del equipo disciplinario en Salud Mental? ¿Cuáles? ¿Por qué?**

**R:** acá no, ninguno, están todas las áreas, igual el médico para nosotros es súper importante y tiene que estar como acorde al enfoque que tiene el centro, es un recurso para nosotros el médico y el psiquiatra, como que son del equipo, pero no están en el equipo en sí, vienen, tienen muchas menos horas.

6. **Según su percepción, ¿Los y las Trabajadores/as Sociales deben realizar una especialización en Salud Mental para trabajar en el área? ¿Por qué?**

**R:** si, porque estamos, primero, trabajando con personas que tienen una condición, específicamente acá, que es con drogas, entonces si tu ven y no tienes una capacitación en el tema y no sabes de que se trata no vas a poder ayudar, intervenir de la forma correcta, no puedes hacer juicios de la persona, no puedes dar un consejo básico, si no que tienes que tratar de trabajar en equipo. Nosotros siempre nos estamos capacitando, tanto por el hospital como personalmente.

**(no es que específicamente los trabajadores sociales necesiten especialización, en realidad cualquier profesional que trabaje en el área la necesita)**

**R:** si po, necesita especializarse, en drogas sobre todo y como afecta el consumo en las personas.

7. **Según su percepción, ¿Qué características diferencian a el/la Trabajador/a Social de los/as otros/as profesionales que están insertos en el equipo multidisciplinario?**

**R:** pucha acá el trabajador social tiene cosas como súper específicas, como les dije denante, las redes y acompañamiento a tribunales u orientación que tiene que ver con ese tema, tiene pocas horas, no es que siempre ha estado el trabajador social acá, antes estaba sólo el Ramón, pero el cumple funciones de coordinación, entonces nosotros lo pedíamos por justamente eso, porque otra profesión se estaba haciendo cargo de esa área y era mucha carga.

**(¿después de que llegó la trabajadora social, se ha visto diferencia?)**

**R:** si, o sea, es más específica, tiene más conocimientos sobre el tema, puede acompañar de mejor forma a la persona.

8. **¿Qué percepción le merece el trabajo realizado por los/as trabajadores/as sociales en la intervención con los/as usuarios/as?**

**R**: pucha, a mi igual me parece súper importante, como lo que te decía, porque aquí si bien antes, la que hacía ese trabajo de red, y era solamente red, no era como ya, vamos para allá, yo te acompaño, te digo esto y esto otro, sino que, ahora se hace eso, creo que le da más confianza a la persona, más seguridad, el otro día tuvimos un caso de maltrato, entonces acompañarla, darle la confianza a la persona de que haga la denuncia, yo creo que es bueno igual que exista esa figura, la estábamos pidiendo hace rato y la trabajadora social lo hace súper bien, tiene harta experiencia también en el tema.

**(nosotras hablamos con ella de eso el otro día, y ella decía que una de las funciones más importantes para ella, era como ese entrenamiento antes de que ellos fueran a tribunales, porque también es una situación super compleja para ellos, no saben lo que les va a venir, y también siempre van a ir como a pérdida, entonces ella trata como de entrenarlos)**

**R:** la trabajadora social tiene harta experiencia en el tema, y eso antes no se hacía acá, era más como, era más redes, no era con acompañamiento, ni educar a la persona a como desempeñarse en el sistema, que es súper castigador po, sobre todo con las mujeres.

**(¿Acá están atendiendo más mujeres?)**

**R:** No, atendemos a hombres y mujeres, pero se ha dado harto enfoque al tema de la mujer y la violencia.

9. **¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Ehm … decir que la trabajador social que tenemos es pulenta, es buena, tiene harta experiencia, y ha sido un verdadero aporte para nosotros, como que ehm … dentro de este centro o de algún centro que tenga que ver con el tema de salud mental y drogas, y acompañamiento yo creo que el trabajador social tiene que estar, porque desde su expertos también ehm … si bien todos los profesionales que hay cachan u poquito lo que hay que hacer, o lo que yo te decía … esto de las redes, personas profundizar en esta área de acompañar en esos temas la _____ específicamente sabe harto y como orientarlos y educarlos en eso, es fundamental en que tema la trabajadora social.

**(¿Y en tus otros trabajos que has tenido con trabajadores sociales}?.**..

**R:** No, no fue muy buena por eso te digo… no ha sido muy buena porque no se hacia esa pega, era como visita domiciliaria, una dupla psicosocial y era como eso, también el enfoque con el que trabaja cada uno es importante, tú puedes tener un enfoque de trabajo y tu otro y a veces no van a a coincidir, y como tú ves a la persona también a la que estas atendiendo, ehm, en el otro centro era como que los locos van a hacer su trabajo y chao. A veces se puede contratar a una persona que puede tener muchos años de experiencia, pero si no tiene incorporado el enfoque con el que se trabaja no va a funcionar, no se puede.

## III.III Entrevistas a usuarios/as atendidos/as dentro del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

- **Entrevista: Usuario/a N°1**

Institución Hospital Peñablanca- Unidad salud mental.
Fecha: 16/10/2018

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, servicio de salud en el que se atiende, y el tiempo que lleva atendiendo?**

**R:** Bueno, mi nombre es _____, tengo 28 años, me atiendo en el servicio de salud del hospital de peñablanca y estoy atendiéndome aquí, desde el año 2016.

**2. ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** La verdad es que yo no sabía, que el tema, el trabajo social, se podía como especializar en el área de salud mental. Yo encuentro que es fundamental, ya que, el trabajador social ve el tema de la gente, por ejemplo, en la gente que está en riesgo social y yo creo que lo fundamental, como el principio de todo esto, parte con el tema de las drogas y de las adicciones. Yo creo que la gente, esta como esta y el país, yo adoro a mi país, pero he visto en otras culturas, de que no existe gente en situación de calle. Yo estudie tres años derecho, luego de caer en depresión, una depresión severa, por eso estoy aquí, estudie tres años derecho. Luego pensé en estudiar trabajo social, por qué, porque yo quiero ir al fondo, de que por que existe gente, que no tiene vivienda aún, que está en la calle, cada vez veo más gente en la calle, vendiendo parche curitas. Entonces yo pensaba en el trasfondo y muchas veces me he puesto a hablar con personas que viven en la calle, hasta ese punto he llegado. Yo decía, qué pasa, qué pasa, por qué hay gente que está en la calle, que tiene menos oportunidades que otras, que no tienen las mismas oportunidades que personas con status alto, parte con la educación, que la educación municipal es deficiente y lamentablemente en las poblaciones se ve el tema de la droga. El tema de la droga que ve la psicología, que ve la drogadicción, los adictos sobre todo ese tema de la psiquiatría y de la psicología, y yo creo que es fundamental, el tema de tratar las adicciones en este país. Porque la gente que vive en la calle es adicta a la pasta base, adicto alcohólico, pidiendo a la gente para tomar, he visto en la calle, por ejemplo, haciendo malabares en las calles, haciéndose papelitos de marihuana, todo eso. Entonces la gente está en la calle, porque es adicta a las drogas, y por qué son adictos, porque hay gente que rehúye de la realidad, a través de eso, gente de todo tipo social. Yo haría una especie, de lo que hizo el padre alberto hurtado, de recoger a toda la gente de la calle. Me explayé (risas), bueno la pregunta, yo muchas veces fui contenida por la trabajadora social, pero más allá, ella vio mi situación cuando yo estuve hospitalizada, y vio más que mi situación familiar, si es que vivía con padre alcohólico, si es que me golpeaban, si es que tenía mama o papa presente o no, apoyo. Y en ese sentido, yo si tengo mis padres presentes, tengo un hijo, con el que, a pesar de mi depresión, he podido estar siempre con él, presente y entonces como que no necesitaba mayor ayuda. Por ejemplo, vi la situación de ver a otra niña hospitalizada junto a mí, y yo estuve dos meses hospitalizada, me tocó ver la situación de una niña que ella era adicta a la cocaína y resulta que tenía un padre golpeador. Finalmente, esas situaciones como que requieren más de ayuda y más de apoyo de las trabajadoras sociales, entonces por mi parte, como que estaba al tanto, sino que ella iba constantemente a preguntarme como estaba, también mi mama era como muy sobreprotectora. En determinadas ocasiones, me venía a ver mucho como que no me dejaba mucho,

entonces ella habló con mi mamá, dijo que no fuera tan así, que me dejara más independiente. Y ahora con la carito, somos amigas. Vengo a ver a la psicóloga y a hablamos, de hecho, venia antes con mi abuela, cuando no podía estar sola, como estaba con crisis. Tuve una depresión tan grande que estuve como diez días sin dormir, después caí hospitalizada, me tuvieron sedada durmiendo, fue por una depresión, entonces no pude seguir estudiando, además que tuve una ruptura amorosa y ahí como que, me fui, pero como yo les cuento chiquillas a mí también me encanta lo que hacen ustedes, muy linda carrera, pero si, muchas veces, son los de arriba los que mandan y uno de repente esta con los brazos cruzados, ya que hay cosas que nos atan de mano. Yo creo que es muy importante que exista un trabajador social, ya que está más ligado con las personas. Él puede orientar más a la persona, para que saque una pensión, y otras cosas, no solamente para las personas que padecemos de alguna condición psiquiátrica.

**3. ¿Cuál es su percepción sobre la Salud Mental en Chile? ¿Cómo ha sido su experiencia?**

**R:** La verdad es que la salud en chile, la salud mental es pésima, es pésima, no es buena. Yo no sé cómo será en otros países, o si será mi caso concreto. La encuentro pésimo, porque, de partida hospitales públicos contratan a gente joven que esta recién egresada de las universidades y todo, con poca experiencia. Gente que lamentablemente hace prácticas en los hospitales. Bueno, entre nosotros, la carito lleva harto tiempo sí, pero me toco desde ahora a una psicóloga que no tiene mucha experiencia. Segundo, el tema de hablando de salud mental publica y también privada, porque también tuve una experiencia en la privada. Salud mental publica, el psiquiatra me tenía que ver hace seis meses atrás, ha estado con permiso administrativo, licencia, todavía no me ve, me entrega la secretaria los remedios que debo tomar y yo no tengo psiquiatra. Yo, el primer psiquiatra que tuve, lo echaron del Hospital, porque tenía un horario, que él quería digamos, que no quería tener como un horario fijo, entonces él tenía una consulta y se quedó en la consulta y en el Hospital Naval. A este Dr., yo lo seguí a consulta privada, yo pagaba mi consulta, todos los meses, $40.000, que una persona que no tiene trabajo y que se atiende en salud pública, es plata, lo seguí para allá, para Viña, me atendía todos los meses con el y resulta que me dieron una dosis muy elevada de un medicamento, terminé internada nuevamente con una parálisis tipo Parkinson que me la quitó el psiquiatra siguiente, me quitó ese remedio, me lo cambiaron por otro que es similar al que estaba tomando pero en menor dosis y lo otro que me pasó, que me dieron un diagnóstico errado. Estoy desde el 2015, 2016 acá, estamos a 2018 y todavía no me dan un diagnóstico claro de cual es mi problema, solamente me están tratando aisladamente mis síntomas que son: depresión, tengo crisis de pánico, me están tratando porque caí en una depresión tan severa que tuve como una especie de alucinaciones que fue como una micro psicosis, que se llama en psiquiatría, psicología y psiquiatría, entonces eso me están tratando, me están dando medicamentos para que yo o vuelva a tener esas crisis, pero, no me han dado ninguna solución, la única solución que yo hablo ahora una vez a la semana con la psicóloga, le comento mis temas, ella me ayuda de que yo tengo que por ejemplo hacer cosas durante el día, mantener mi mente ocupada, por ejemplo, luego de salir internada hice un curso, de asistente de aula, porque mi mamá es profesora, entonces yo el tiempo que estuve enferma no podía estar sola, después de mayo, después de haber salido de acá, estuve un tiempo con mi abuela, mi abuela vive cerca de donde trabaja mi mamá. Bueno, la cosa es que estuve como ayudándola como como en su sala, de asistente de aula y me gustó el tema de los niños, decidí hacer un curso, pero no para dedicarme a eso, yo quiero, quiero quizás después hacer una carrera universitaria, seguir, porque yo se que puedo, estoy joven, tengo el apoyo de mis padres y pucha me ha costado harto el tema, por el mismo tema lucas y tema salud, y de hecho aparte

del tema mental he tenido problemas, me derivaron a porque tuve problemas en los dedos, me encontraron una artrosis prematura en los dedos. Me derivaron a Quilpué, porque yo soy de Quilpué, a mi me trajeron acá porque allá no había camas disponibles cuando me internaron la primera vez. Yo estoy pagándome mi FONASA, eso es lo bueno de este gobierno, pero es muy bueno, porque yo puedo cotizar como independiente, entonces yo pago FONASA, todos los meses como 19 mil y algo, entonces estoy cotizando como independiente, y eso es súper bueno porque te da la posibilidad de poder sacar bono porque yo era FONASA A y estaba indigente, no podía sacar bono, sino, pagar particular, entonces una locura.

**4. ¿Qué aspectos considera positivos y negativos con respecto a la Salud Mental en Chile?**

**R:** las cosas positivas, esta difícil, no veo como mucha empatía, yo creo que el trabajador social tiene más empatía con la persona que tiene al frente que el psicólogo, porque tu le cuentas las cosas al sicólogo, y el sicólogo obviamente no se va a llevar todos sus problemas a la casa, sino, que ya, tu sales de la consulta y el se olvidó, te ayudó claro dentro de lo que él estudió pero se olvidó. El trabajador social yo creo que va más allá, tiene como mas empatía, entonces no veo como tantos aspectos positivos del tema sicológico y psiquiátrico, la verdad, no he tenido buena experiencia, entonces ese es mi punto de vista. Y las cosas negativas, es que, eh, dan diagnósticos sin saber si son certeros, a mi me diagnosticaron bipolaridad, y después se retractó porque tenía algunos síntomas pero no los tenía todos, entonces me recetaron litio que es para el tema de la bipolaridad y me vino crisis nuevamente y terminé internada con crisis todos los días, yo tomaba agua todo el día, caminaba de acá pa' allá, igual que un adicto que le faltara su droga, era fuerte el medicamento, y la verdad es que yo no sé que problema tengo, no encajo en el mundo.

**5. ¿Podría mencionar, por favor, en qué situaciones usted recurre a la atención de un/a Trabajador/a Social?**

**R**: Al trabajador social se recurre por lo general cuando uno tiene por ejemplo, problemas en el hogar, creo yo, por ejemplo si es que yo tuviera algún tipo de maltrato, de parte de mi familia, del aspecto más que nada como una esta viviendo el tema sicológico y psiquiátrico, y también se recurre a un trabajador social yo creo que, por el tema económico, por ejemplo, si yo necesito, postular a algún tipo de subsidio o algo, eh yo creo que también ahí se recurre a la ayuda de una asistente social, y se deriva a la municipalidad para que te lleven a una asistente social, para analizar según tu ficha, no sé, como será el tema ahora, por orientación, pero yo no he necesitado, trabajador social por ese tema, pero yo creo que si los que necesitan son los que reciben por ejemplo, abusos sexuales, en la casa, maltrato, golpes, la violencia contra la mujer, eso no debería existir.

**6. ¿Qué opinión le merece a usted el trabajo realizado en su proceso de intervención por el/la Trabajador/a Social?**

**R:** yo creo que la trabajadora social me ha ayudado en cuanto a ver, de repente una está cegada, cuando está con depresión, estás como cegada, entonces de repente he hablado con Carito y ella me ha contenido. Una vez llegué con crisis acá, llegué de urgencia a hablar con Carla y me ayudó, me calmó, me habló y me dijo que yo partiera por el tema de los cursos, ella me lo dijo, que partiera desde abajo para ver como estaba mi memoria, para ver como estaba mi capacidad, para luego ir viendo, hice un curso, luego pretendo estudiar inglés y ver como está la memoria, después a lo mejor hacer un preuniversitario, a lo mejor estudiar una

carrera técnica, todo eso, pero que vaya paso a paso y todo eso me lo ha dicho ella. Ha sido un gran aporte.

**7. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de que exista un/a Trabajador Social en su proceso de intervención?**

**R:** Lo mismo, yo creo que las ventajas, que siempre tienen que existir un trabajador social, por el tema de la ayuda, que le puede otorgar a la gente, a la gente que está sobretodo en riesgo, eh abuelitos que a veces llegan al servicio público y viene por ejemplo, de la calle, que no tienen donde estar, o gente que llega maltratada, entonces debe existir también, aparte de un psicólogo, un trabajador social para que vea la realidad de la persona que llega al hospital.

**(¿Y una desventaja?)**

**R**: yo creo que no existen desventajas, muchas veces, yo creo que la gente, uno trata de ayudar en todos los sentidos y ustedes cuando trabajen se van a dar cuenta que uno trata, de todas las maneras de ayudar a la gente, pero muchas veces a la gente le entra por acá y le sale por acá, muchas veces claro, tu puedes decirle a una señora, no esta bien que su marido la golpeé, si usted depende económicamente de el, usted puede salir adelante sola, usted puede trabajar, usted puede, tiene sus manos bien, pero la persona prefiere seguir aguantando los malos tratos del marido antes de salir a trabajar y de ganarse el sustento de esa manera, por ejemplo, entonces muchas veces y la gente se ciega mucho, yo he ido por ejemplo a una clínica de rehabilitación que está ahí en Viña del Mar, en la casa azul, en viña, por ahí por 2 Norte y vi realidades de gente alcohólica que se está tratando de rehabilitar y las señoras ahí con los maridos y de repente, pucha, de repente uno no es mártir, entonces ellas como que no lo ven, y es como tanto el amor de esa mujer hacia ese hombre que aguanta golpes, humillaciones y te maltratan tanto psicológicamente que te dejan el autoestima tan baja que creen que ni van a encontrar a alguien que realmente las quiera y sienten que no se merecen un amor real y valioso, y que no son capaces eso es , entonces finalmente te terminan diciendo, no te metas, eso es como … llegamos hasta aquí no te metas y dejan de asistir dejan de ir, porque prefieren seguir como están, eso.

**8. Según su experiencia, ¿Cómo ha sido el trato recibido por los/as Trabajadores/as Sociales en el área de Salud Mental?**

**R:** Muy bueno si, bastante bueno, no he necesitado tanto el apoyo como les contaba, por el mismo tema de que en mi casa y que en mi caso no he necesitado tanto ese apoyo, esa ayuda, ¿Por qué? No recibo como maltrato, en mi casa están todas bien, pero si gente hay gente con menos apoyo con menos redes y eso se ve mucho en la gente como más corta de recursos.

**10. Según su experiencia ¿Ha evidenciado algún cambio positivo o negativo en su calidad de vida, respecto a la intervención otorgada por un Trabajador/a Social en el área de salud mental? Si es así ¿Cuáles?**

**R:** Ehm… si yo siento que la trabajadora social que está de este hospital, la carito me ha ayudado, por ejemplo, ehm … de repente Carlita está por venir está a veces en urgencia que se yo y hemos conversado y ella me … esta como muy dispuesta a escucharme a darme como las ganas como de salir adelante al igual que como lo que te dice la psicóloga, pero se ve como más la empatía de parte de la trabajadora social que de la psicóloga.

**11. En su percepción ¿Cree usted que el trabajador social ha influenciado de alguna manera este cambio?**

**R:** Si, yo me acuerdo de hecho cuando vine con la crisis la Carito me decía haz un curso, haz un curso, parte … lo mismo que les decía denante y yo hice caso bueno Carlita también me decía que tenía que partir, bueno como los contaba denante, y si ha influenciado bastante en temas. En el tema me ha ayudado bastante, cuando vine converso con mi abuela también … converso mucho con ella, muy preocupada… sí.

**12. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Ehm… si, como les decía anteriormente ehm … encuentro fabuloso, yo no sabía que ustedes … que el trabajo social tenía un área dedicada a la salud mental, yo encuentro que es fundamental, que este país, en Chile como les decía anteriormente, esta lamentablemente sin gestión de gente sin hogar, sin techo ¿Por qué? Por el mismo tema de las adicciones, yo encuentro que las adicciones es un tema de salud mental psiquiátrico y psicológico, es un tema, pero fundamental en este país, yo creo que para que el país realmente surja y no exista ya gente delinquiendo, tiene que existir una ayuda en el término de controlar las adicciones de las personas, porque realmente el que está en la calle, la mayoría está por pedir dinero para el cigarro, para la marihuana, para la pasta base, es una realidad que yo he vivido que yo he visto, porque yo me he puesto a conversar con gente joven, joven, ¿Por qué tu estas aquí?, yo he preguntado, una vez le pregunte a un chiquillo que estaba vendiendo parchecuritas en la calle y yo me pare y me paro observar, porque la gente pasa, la gente es como un zombi, la gente vive su propia vida, sus propias realidad, del trabajo a la casa, de la casa al trabajo pensando en que va a hacer después, que va a llegar a comer pero no ve al otro. Yo veo, por ejemplo, que ahora están llegando mucha gente extranjera también al país, a trabajar y todo el tema y siento que uno tiene que mirar al otro, a detenerse y mirar al otro y ver por qué esta persona está vendiendo parchecuritas, por ejemplo, si podría estar trabajando, entonces esa persona me hablo y me dijo; no es que no tengo como hacer el curriculum y todo, y después tenía una cajetilla de cigarros al lado entonces finalmente vendía los parchecuritas y se compraba la cajetilla de cigarros, entonces yo le decía ¿Tu con quien vives?, y me decía; no, vivimos con unos primos … ¿Y de que te alimentas?, no, entre todos, todos aportan algo y vive como mucha gente en un lugar, entre primos hermanos, y vive mucha mucha gente en un lugar, y al final el joven vivía de eso y no aspiraba a más, y esa es como la realidad de no aspirar a más, de no, de la falta de impulso del querer como ser alguien. Lo que pasa es que mucha gente, yo creo que no sabe ni siquiera por qué esta acá, muchos no le encuentran sentido a la vida, muchos no le encuentran el sentido a la vida, no encuentran la vocación, la misión, entonces andan perdidos por la vida, por eso tanta droga, por eso tanto salirse como de la realidad, porque no les gusta la realidad que están viviendo y se ve en todos los ámbitos de la sociedad y de todas las clases sociales. Yo he llevado amigos a lugares para que dejen de fumar, he estado con amigos que son adictos a la marihuana, he visto de todo, he visto cocaína, he visto de todo y gente de lucas, dentista el papá que tiene consulta en 14 norte, vive en la torre coraceros todo, adicto a la marihuana, estuvo adicto a la cocaína logro salir de eso y ahora esta adicto a la marihuana y es una adicción una cosa que cuando te lleva a más presión más se tratan de como de evadir, porque está haciendo como un curso también, está estudiando entonces, fuma, fuma, fuma, para evadirse. Entonces pucha, a mí me encantaría en algún momento no sé, tratar como se solucionar ciertas cosas, pero uno no sé de repente se va a topar con hartas decepciones seguramente en el camino en su profesión. ¿Por qué?, porque la gente hace lo que quiere hacer. Yo tengo este amigo, después de salir de la consulta psiquiátrica de la casa azul, es una casa de gente que se atiende por drogas en viña

del mar en 1 norte y después salen de ahí y se van a fumar marihuana, entonces es absurdo el querer cambiar, parte por uno mismo. Nosotros no vamos a poder cambiar a la gente ni a la sociedad. Yo puedo llegar, venir y contarle a la Carlita que yo estoy súper bien a mi psicóloga, decirle; no, yo estoy súper bien, aquí aquí allá, y salgo y me pongo no se po … yo tuve problemas con las compras, y salgo y yo me puedo gastar toda la plata en carteras. Entonces a veces el cambio chiquillas no lo podemos hacer nosotras, está en cada persona, nosotros vamos a … yo … uno parte con toda la ilusión, con toda la esperanza y del querer ayudar, y con toda la vocación, pero después en el camino te vas igual topando con cierta gente, obviamente va a haber gente que si va a agradecer enormemente las ayudas y esa va a ser la satisfacción enorme para ustedes y van a decir estoy en el camino cachai, la misión mi vocación, pero va a existir situaciones que igual van a hacer embarazosas o sea como yo creo que uno se bajonea en ciertas situaciones en que estas con las manos atadas, porque tu tratas de sacar a alguien de algo que solo depende de esa persona salir de ese lugar, como les decía del tema de las mujeres maltratadas, el tema de las drogas, depende de la voluntad de las persona son depende de nosotras, de los profesionales, los profesionales están para ayudar, para guiar en el camino, pero finalmente la propia gente a través del libre albedrío toba sus propias decisiones.

**(Eso sería toda la entrevista)**

Eso es lo que yo creo, no sé si estuvo bien o estuvo mal, pero salió todo del corazón, espero que les vaya súper bien en su tesis.

- **Entrevista: Usuario/a N°2**

Institución: CTA Peñablanca
Fecha: 16/11/2018

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, servicio de salud en el que se atiende, y el tiempo que lleva atendiendo?**

**R:** Mi nombre es _____, tengo 46 años, el servicio de salud es de viña del mar - quillota y el tiempo que llevo acá, es de un año y medio.

**2. ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Para mí, es una ventaja, por el hecho de que, de que muchos de mis compañeros y compañeras han tenido problemas judiciales en los cuales, o le quitan a los niños o les quitan las visitas, todo el asunto. Entonces tener una acá trabajando, es un alivio, porque tiene mucha disposición nuestra trabajadora y te puedes acercar en cualquier momento, ella te ayuda, te guía, es súper importante.

**(¿alguna desventaja?)**

**R:** No, ninguna.

**3. ¿Cuál es su percepción sobre la Salud Mental en Chile? ¿Cómo ha sido su experiencia?**

**R:** Mi percepción, yo encuentro que está súper mal manejada, caemos en un círculo vicioso burocrático, en el cual se nos tacha de adictos, de alcohólicos, borrachos. Y mi experiencia acá en el CTA, ha sido excelente, muy bien, los profesionales son geniales, acá durante el transcurso del día, uno se puede

acercar a ellos, hacerles alguna consulta o uno viene mal anímicamente y tienes a alguien que te acoge, que te ayuda. Mi experiencia acá ha sido buena.

**5. ¿Podría mencionar, por favor, en qué situaciones usted recurre a la atención de un/a Trabajador/a Social?**

**R:** yo en estos momentos, ahora he aprovechado harto a la trabajadora social, estoy pasando por una situación, bueno, ya es una situación repetitiva, por segunda vez estoy teniendo problemas con el padre de mi hija, el cual tiene la custodia de ella, no por un asunto de adicción ni nada, sino que fue un asunto netamente económico, a la niña la tenían en el Champagnan y yo como paramédico con suerte le podía pagar el transporte, y ahora se está volviendo a repetir la historia, no me está dejando ver a la niña, le quitó el celular, o sea, la tiene completamente desconectada más maltrato, que tengo fuentes fidedignas al respecto, y pucha la trabajadora social ha sido excelente, por llevarme a los puntos, lo que se va a hacer, lo que no, como proyectarlo, como hacer el escrito, no, súper, súper bien, la voluntad de ella como profesional, es sumamente empática y eso da gusto porque voy a ser súper sincera, a mi las asistentes sociales no me caen bien, he tenido malas experiencias y ahora es la primera vez que tengo muy buena experiencia con una asistente social y quiero quedarme con eso.

**8. Según su experiencia, ¿Cómo ha sido el trato recibido por los/as Trabajadores/as Sociales en el área de Salud Mental?**

**R:** excelente, súper, súper bien.

**(¿y en el proceso de su intervención acá?)**

**R:** no, bien, bien, bien, o sea, bueno ahora a mi me está guiando, pero a mis compañeros, los ha ayudado y los ha ayudado bastante, o sea, es sumamente jugada.

**(¿y en otras experiencias? por ejemplo, usted nos decía que no había tenido buenas experiencias con asistentes sociales, ¿pero en otras áreas? ¿o en salud mental?)**

**R:** en otras áreas, judiciales.

**10. Según su experiencia ¿Ha evidenciado algún cambio positivo o negativo en su calidad de vida, respecto a la intervención otorgada por un Trabajador/a Social en el área de salud mental? Si es así ¿Cuáles?**

**R:** yo estoy recién trabajando con la trabajadora social, llevo como una semana, entonces no puedo dar una opinión al respecto hasta que se determine que va a pasar.

**(Pero … ¿Hasta el momento?)**

No, hasta el momento bien súper, yo ya la conocía antes como asistente social, almorzábamos juntas, haba un vínculo, no acá tus haces vínculo con todos, hasta con el gato que anda por ahí (risas).

**¿Y por parte de otros usuarios que son de acá? ¿Ellos han comentado las experiencias con la trabajadora social?**

Ehm si y todos están bastante conformes.

**(La intervención de la trabajadora social ¿Usted la ha tenido solamente en lo judicial? ¿Ha existido intervención más terapéutica? Por ejemplo, en talleres donde ella haya estado apoyando)**

No, no, la verdad que no, pero por un asunto de horarios. Pero como te digo si tu la pillai, no cero problemas, deja lo que está haciendo y nos atiende.

**12. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R**: No, bien, ehm … yo creo que está bien abarcado los puntos que ustedes necesitan. Ehm … son claros, fueron claros y bueno suerte en la tesis no más po chiquillas, en alguna vuelta al sol alomejor.

- **Entrevista: Usuario N°3**

Institución: CTA Peñablanca.

Fecha: 21/11/2018

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, servicio de salud en el que se atiende, y el tiempo que lleva atendiendo?**

**R:** Me llamo _____, tengo 29 años, me atiendo en el CTA de villa alemana y llevo alrededor de 4 meses, 4 meses y medio acá en el CTA.

**2. ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** Las ventajas es que, si uno tiene algún problema legal o algún problema como judicial, tiene como la oportunidad de poder asesorarse con un trabajador social que hay acá, que es como un apoyo, además es gratuito igual que el tratamiento y todo el tema, porque igual es bueno. Porque así sirve en caso de cualquier cosa, poder estar más guiado, porque hay harta gente que tiene como problemas legales aparte del por qué vienen acá, entonces que haya una trabajadora social, ayuda harto.

**(¿Identificas alguna desventaja?)**

**R:** No, desventaja no porque aquí es todo anónimo, no, uno no se tiene que adjudicar como en algún tema como de tutela de algún hijo, no, porque son como los derechos que uno tiene en el CTA, que no se da como esa información, entonces como que alguna desventaja no habría.

**3. ¿Cuál es su percepción sobre la Salud Mental en Chile? ¿Cómo ha sido su experiencia?**

**R;** ¿La percepción que yo tengo?

**(Sí)**

**R:** Que es baja ps, porque cuesta creer mucho en los profesionales, aparte de que es caro, entonces hay poca accesibilidad también, entonces como que cuesta también asesorarse porque uno es como poco culto, no sabe mucho a veces de todos los beneficios que uno tiene, en la parte cuando trabajan para el gobierno y todo el tema, de repente uno tiene como más posibilidades y hay como mucha

exigencia igual para poder tener esos derechos o esos beneficios, entonces también es complicado el tema, falta como que uno se pueda enterar más de los beneficios que tiene y que sean más accesibles.

**4. ¿Qué aspectos considera positivos y negativos con respecto a la Salud Mental en Chile?**

**5. ¿Podría mencionar, por favor, en qué situaciones usted recurre a la atención de un/a Trabajador/a Social?**

**R:** Yo en mi caso no tengo problema, trabajador social aquí no he ocupado mucho, una sola vez para hacer una consulta, yo no tengo problemas legales ni nada, entonces no, yo hago otra rutina acá con la trabajadora social, acá en el CTA, pero no como trabajadora social.

**(¿qué otro tipo de intervención tienes con la Trabajadora Social? ¿talleres?)**

**R:** talleres, claro, talleres, aquí en las rutinas que se hacen diarias, yo estoy dos días a la semana con ella y participo en los talleres, ahí es donde estoy con ella.

**(¿cómo ha sido su experiencia en los talleres con la trabajadora social?)**

**R:** eh, buena, buena, bien buena.

**(¿ de que tratan los talleres?)**

**R**: uno es de control de recaídas, los días Lunes, y el segundo es control de impulsos del miércoles, es lunes y miércoles cuando yo estoy con ella en el vespertino.

**8. Según su experiencia, ¿Cómo ha sido el trato recibido por los/as Trabajadores/as Sociales en el área de Salud Mental?**

**R:** Bueno, porque para ser esto algo del gobierno, atienden muy bien, no es como en los Hospitales o otros lados que atienden de mala manera, no,aquí todos atienden de muy buena forma, con ánimo, se siente como más acogido uno, como que dan ganas de venir, como que uno no siente que es un problema para los trabajadores de acá, es bueno el trato que dan aquí, eso es uno de las cosas que me asombré cuando llegué aquí, pensé que era de otra forma, aquí tienen disponibilidad de escuchar, aconsejan, como que se nota que lo hacen con agrado, no como por obligación.

**(¿has tenido experiencia con otros trabajadores sociales en el área? ¿te has atendido en otra parte por salud mental?)**

**R:** no, primera vez que vengo a algo así acá.

**10. Según su experiencia ¿Ha evidenciado algún cambio positivo o negativo en su calidad de vida, respecto a la intervención otorgada por un Trabajador/a Social en el área de salud mental? Si es así ¿Cuáles?**

**R:** Claro, claro que sí, he mejorado harto, porque yo vengo por un problema en particular, igual he cambiado con los consejos que aquí dan, a uno lo ayudan a tratar el problema entonces, por lo menos a mí me ha servido harto, no he tenido recaídas ni retrocesos, nada, solo … por lo menos en mi vida en mi caso particular he visto muchos avances, entonces noto los cambios que he tenido, si se notan de todas formas.

**(Y esos cambios … ¿Se los atribuyes a los talleres también?, a los que realiza Lissette.)**

Claro, claro que si po, son los más importantes, porque el lunes el del control de recaídas. uno habla sobre todo de cómo se siente en los días cuando está solo, los síntomas que uno va teniendo y rodo el tema, entonces es como uno de los más importantes se podría decir.

**12. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** Ehm ….no comentar no … bueno sobre … bueno todo lo dije en las preguntas de la entrevista realizada, que como dije el trato es muy bueno, que si alguno tiene un problema, siempre como que intentan de buscar la solución, de ayudar como que a uno nunca le dan la espalda se podría decir, siempre ayuda, eso.

- **Entrevista: Usuario N°4**

Institución: Hospital de Día, Quilpué.
Fecha: 7/12/2018

**1. ¿Podría decirme por favor, su nombre, edad, servicio de salud en el que se atiende, y el tiempo que lleva atendiendo?**
R: Mi nombre es _____, tengo 71 años, me atiendo en el servicio de salud mental del hospital de Quilpué, aquí llevo cuatro meses.

**2. ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de que exista un trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario?**

**R:** ¿Trabajo Social?

**(Si, enfocado en el Trabajador Social con el que usted se atiende)**

Ehm… es importante, por eso lo colocan al trabajador social, porque lo va guiando, me va preguntando como me va, cuáles son los problemas que tengo y los soluciona de inmediato, es importante para mí. O sea, ahora mismo, o sea todas, todas las citas el me pregunta cómo voy y cuáles son los problemas que tengo, y entonces el los soluciona.

**¿Cada cuánto usted se atiene con el trabajador social? ¿Cada cuánto usted o ve?**

Ehm … es seguido … (lee las fechas). Es como cada dos semanas. Él es muy importante, porque él me soluciona todos los problemas, el los soluciona de inmediato, es muy importante que él esté incluido en el equipo, y bueno por eso está, por eso esta, en los cuatro meses que llevo es importante, él es muy proactivo, cualquier problema él va y se para y habla con las enfermeras y soluciona altiro los problemas, es importante para mí.

**3. ¿Cuál es su percepción sobre la Salud Mental en Chile? ¿Cómo ha sido su experiencia?**

**R:** ¿Por lo que hay en los hospitales todo eso?

**O sea la experiencia que usted ha tenido, personal en el área de salud mental, a lo mejor alguna vez se ha atendido en otra parte, es como a modo general su experiencia en salud mental.**

Bueno yo, me costó llegar acá, bueno voy a empezar de como llegue aquí. Yo me atendía en el consultorio con un médico cirujano, la primera vez yo le explique cuando tenía recién el problema de la depresión que tengo, entonces me derivo al GES, me hizo un papel al GES, por lo general la gente no sabe que la depresión está en el auge, y bueno, me quede ahí no más esperando que me llamaran, nunca me llamaron. Me fui a un médico cirujano, el me evaluó y me dijo lo que tenía y me dio un diagnóstico de depresión mayor y ahí estuve como dos meses, me daba licencia cada 7 días, me las pagaron todas igual, porque dicen que a los 7 días no pagan las licencias. Bueno estuve como dos meses, pero aparte solicite entrevista nuevamente con un médico cirujano pero de salud mental, porque estaba gastando mucha plata, bueno la cosa es que me derivo al psicólogo, no a la médico especialista en salud mental, que es un médico cirujano, y estando con licencia… bueno la cosa es que me derivo al psicólogo, y yo necesitaba un tratamiento gratuito por el sector público, y lo encontré nada que ver, porque yo necesitaba licencia y medicamentos y el psicólogo no da tratamiento, entonces no me servía, y no me acordaba que la depresión estaba en el auge … y mi hija me dijo que la depresión estaba en el auge y puedes hacer un reclamo y ahí me acorde y claro, fui a hacer el reclamo a fonasa y me costó, porque me dijeron sin desmerecer que el psicólogo no era un especialista y yo lo que sé es que no es especialista, así que fui a hacer el reclamo y me dijeron que el psicólogo era especialista y que tenía que seguir el tratamiento, y yo dije; no, lo siento no puedo no, el psicólogo no es especialista y yo necesito tratamiento y licencia porque no puedo seguir trabajando, entonces pedí hablar con la gerente y me dijo lo mismo. Bueno, yo insistí e insistí que me dieran un comprobante de lo que me estaba diciendo… el especialista es el psiquiatra porque da medicamentos y licencia, yo con el psicólogo no voy a conseguir nada. Bueno, ehm … al final de tanto insistir me encontraron la razón, y ahí se demoraron como diez días me llamaron, me derivaron y ahora me estoy atendiendo aquí con la doctora Flores, hasta a la fecha, esa es mi historia.

**(Bueno al final igual si experiencia fue buena porque puso conseguir lo que usted necesitaba…)**

Claro, con la experiencia mía, es algo que a lo mejor no estaban al tanto, o era para no hacerlo, porque resulta que hay empleados de las empresas, que con la edad que tengo yo y también tengo un problema con las licencias médicas en la caja los andes, porque piensan que la persona que está al frente no empatiza con el cliente y sencillamente le dice usted no me entiende tiene que venir con otra persona para que ella me entienda. ¿Cómo lo encuentra usted? ¿usted que es trabajadora social? Y también está en la psicología, es una falta de respeto para decirle a una persona, que yo tengo depresión, no tenía por qué haberme dicho eso, porque yo no estoy loco, yo debería estar loco para que ella entienda lo que estaba pasando y él tenía toda la razón porque le están pagando, yo estuve como cuatro meses, o sea me están pagando la cuarta licencia, em vez de estar pagándome la primera y la segunda, me pagan la cuarta licencia... entonces ahí, están pasando varias cosas irregulares porque ya le han pedido a mucha gente y la persona que me atendió, era una niña nueva y me quería hacer entender, que ella tenía la razón, y que yo debía acatar lo que me estaba diciendo y se alteraba mucho, en vez de alterarme yo, se alteraba ella, porque decía que yo no entendía y después pedí hablar con la gerente y me trataron super bien, hicieron una investigación de lo que estaba pasando. Por eso le digo que las personas tienen que empatizar con uno, lo que dicen ellos, es la razón, porque a lo mejor, no la

tienen ps, y escuchan no y se enojan, y por lo general son así, la mayoría. Me ha hecho entender que harta me ve, porque hay médicos buenos y malos.

**5. ¿Podría mencionar, por favor, en qué situaciones usted recurre a la atención de un/a Trabajador/a Social?**

**R:** La verdad es que yo no, nunca lo vi, es primera vez y lo encuentro excelente, un papel muy importante, o sea y que tengo un problema yo y que él lo solucione todo.

**(¿y qué tipo de problema le ha solucionado él? ¿de qué tipo?)**

**R:** Ehhh... cuando me operaron, el 20 de agosto me operaron y yo, a mí no me dijeron qué es lo que tenía, me hicieron una ecotomografía y yo pensaba que era cáncer y necesitaba saber qué realmente tenía, y él se metió acá y me dijo, no puedo intervenir yo, pero la enfermera puede. Entonces, me gustó eso, porque quien va a estar haciendo eso y yo quería saber luego porque estaba estresado y él lo hizo, lo hizo y por eso me gustó como trabajaba, muy buena persona, no sé, extraordinario, igual que el doctor.

**(¿y cuando usted ve al trabajador social, ¿qué ven? ¿qué hacen? ¿tienen algún tipo de intervención? o siempre usted le cuenta alguna problemática)**

**R:** No él me pregunta cómo estoy, lo primero que dice y ahí yo le digo lo que siento, porque tiene que darle cuenta a la doctora.

**(¿y su primera atención, por qué fue? la primera que tuvo con él)**
**R:** Porque era parte de la atención con el doctor, el psicólogo…

**(entonces era parte de la intervención general de su salud mental)**

**R:** Por lo general me pregunta como estoy, como están haciendo los remedios y si yo aparte he tenido, porque yo tengo mucho problema en la casa, falleció un cuñado y también eso afecta mucho, sobre todo a mi señora, mi señora está con depresión y yo con depresión, entonces todo eso yo lo informo, todos esos casos y también me pregunta cómo me siento yo, por la depresión, me afecta entonces es importante que yo se lo diga y le estoy informando cada vez que, los problemas que tengo en la casa, y estos problemas, bueno un cuñado falleció, y otra cuñada... bueno se juntó todo y el todo, está incluido yo, porque me tuve que operar de emergencia de un testículo y también estuve hospitalizado un día, todo eso se juntó. Y todo eso, yo se lo informo a él y él se lo informa a la doctora. También eso me afecta el stress, la preocupación y me ha, y los remedios no me hacen nada ps, pero él me ayuda en todo, es parte importante del equipo, yo lo considero eso, es como, y me siento bien, cuando estoy con el psicólogo y él, me siento super bien, me voy super bien con lo que me dicen, me aconsejan también, lo que tengo que hacer y eso, es lo que quería decir.

**8. Según su experiencia, ¿Cómo ha sido el trato recibido por los/as Trabajadores/as Sociales en el área de Salud Mental?**

**R:** Excelente po, excelente, es como un amigo, así cuando estamos conversando los dos y con la doctora igual, no, yo estoy, pero super feliz acá, que se despidan con un abrazo, que le desean que se mejore, total el cariño y lo mismo con el otro doctor, como le digo él me abrazó... cuando un médico hace eso ps.

**10.** Según su experiencia ¿Ha evidenciado algún cambio positivo o negativo en su calidad de vida, respecto a la intervención otorgada por un Trabajador/a Social en el área de salud mental? Si es así ¿Cuáles?

**R:** Yo se lo he dicho a él, cuando yo estoy acá yo me siento como que me mejoro, me siento bien acá, me siento bien con la doctora, todo, porque ellos se ponen en el lugar mío, pero el problema con las depresiones es que suben y bajan, un día puedo estar bien, al otro día puedo estar mal, a mí los remedios eran muchos y le dije a la doctora que me los bajara un poco porque estaba sintiendo, me sentía mal, o sea, era como que yo tomara toda la noche, tomara trago toda la noche, al otro día estaba, como vulgarmente se dice, saliente de caña, con la cabeza así, entonces me estaba causando daño el remedio y me los bajó, me vio afuera y me dijo que pasara y me bajó los remedios a la mitad. Entonces, cuando estoy aquí sí, él me aconseja, ahora mismo, me van a trasladar a un hospital, si está en una parte agradable o si uno amanece de una manera o de otra, o sea, yo aquí, con el yo me siento bien, se lo dije a la doctora, yo me siento bien, me aconsejan todo, pero uno llega a otro ambiente, no es que esté mal allá, pero voy a estar no con el apoyo de él, o sea, uno se puede hasta olvidar de lo que me dijo, pero aquí me está diciendo una cosa que tengo que hacer, igual que el psicólogo, me dice haga esto, haga esto otro, me dice, yo cuando estaba bien, me gustaba escuchar música, me gustaba salir, me gustaba hacer cosas en la casa y ahora ya no las hago, porque no tengo ánimo, pero aquí me siento bien, yo me siento bien con lo que me dice él, lo trato de practicar pero la enfermedad es tan complicada que no es lo suficiente, a pesar que él lo hace bien, me hace bien acá, salgo bien y llego ya, el ambiente de mi casa es bueno, pero mi señora no puede cumplir el papel de él po', y ya empiezo ya con, porque yo tengo momentos que, cuando me parece algo mal, de repente respondo mal, por lo mismo que tengo, por la desesperación, que no me mejoro, eh, amanezco día que yo no tengo deseos de nada, nada, nada, todo me parece que no tengo fuerzas, de repente no me dan deseos de bañarme. Yo lo escuchaba, y si tengo que hacer algo, lo encuentro pero... las salidas que tengo que venir para acá me cuestan y digo, no sé, no me entiendo yo, por qué puedo estar así, cuando yo no era así, yo era todo lo contrario, yo llegaba a la casa, hacia las cosas, me decían: hazlo mañana y no, lo hacía yo era proactivo, si habían cosas que reparar lo hacía al tiro, si había que ir a comprar, iba a comprar, ahora no po', lo tiene que hacer mi señora, mi hijo, encargarle, no sé, porque no tengo ánimo.

**12. ¿Desea realizar algún aporte o añadir algún comentario respecto a los temas comentados en esta entrevista?**

**R:** No, eh, es que el trabajador social es extraordinario para mí, yo se lo he dicho, lo mismo el Dr., hay poca gente, hay gente diferente y son pocas, y a las pocas hay que decirles, que no cambien nunca, porque todos no son iguales, todos no son iguales...
¿y por qué me dices doctor? porque doctor es el que sabe todo, en otros lados se ocupa, en otros países, a los abogados les dicen Doctor, a los psicólogos le dicen doctor, y sale en el diccionario, es el que sabe más, el que sabe todo, pero aquí no se usa, y yo lo uso, y aquí también parece que algunos lo usan, dicen Doctor al psicólogo y Doctor al trabajador social también, y yo le digo doctor, porque aquí no se usa y ¿qué es la palabra doctor? ¿qué significa? que es doctor en la materia, la materia que sabe, doctor, el abogado doctor, el psicólogo es doctor, todos los que saben mucho son doctores, y por eso se dice doctorado. A mí no me gusta asistente social, cuando cambiaron a trabajador social…, ¿y a ustedes les gusta?

**(si, pero igual estamos acostumbradas a que la gente nos siga conociendo con otro nombre)**

**R:** Me gusta asistente social

**(¿pero le gusta por cosa de costumbre? o ¿por la palabra?)**

**R:** es que lo comparé cuando salió trabajador social, para mi como que es un trabajador común y corriente que se dedica a lo social, entonces es como trabajador, el trabajador tiene varios rubros, carpintero, entonces así lo veo yo, no es por desmerecer, es algo personal, a mi señora no le gusta, no, como lo cambiaron a trabajador social, no le gusta, porque también debería ser doctor, porque ustedes saben mucho y ayudan mucho, yo tengo una nieta que estudió relacionadora pública, no sé, si hay campo laboral, yo le dije ¿quién te dijo a ti que estudiaras relacionadora pública? no, las chiquillas.....

**(Gracias)**

## IV. Matriz de datos cualitativos escogidos

A continuación, se presenta la matriz de los datos cualitativos a analizarse posteriormente, datos obtenidos por medio de las entrevistas semiestructuradas realizadas. Con el objetivo de una mayor organización de los datos, se decidió dividirlos en Trabajadores/as Sociales, Profesionales miembros del equipo multidisciplinario de Salud Mental y Usuarios/as, los cuales a cada uno se les identificó subcategorías de manera previa a las entrevistas.

| **CATEGORÌA**<br>“Percepción de los/las Trabajadores/as Sociales respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario. Hace referencia a cómo los propios profesionales trabajadores/sociales accionan y perciben el perfil desempeñado en el área de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en los niveles secundario y terciario.” | | |
|---|---|---|
| **SUBCATEGORÍA** | **PROFESIONAL ENTREVISTADO** | **FRAGMENTO** |
| Funciones del Trabajo Social en Salud Mental de Chile. | Profesional N°1 | *“Entonces me da la impresión de que el Trabajador Social, debería ser capaz de hacer eso, de integrar lo comunitario incluso en una intervención tan médica, como la intervención en salud, ¿en el caso de adicciones por ejemplo... ¿ya? Y eso no significa solamente ir a hacer una visita domiciliaria en la cual uno conoce a la familia, sino significa, el reconceptualizar el... el fenómeno de la adicción, de la dependencia, desde estos factores sociales, culturales y políticos. Yo creo que eso hay que aplicar. (...) Esa misión para mi tiene que ser eh, integrar factores que están más allá de lo clínico, más allá de lo biológico, más allá de cómo se está conceptualizando la patología psiquiátrica, tiene que ver con el modo, incluso más allá de cómo lo está viviendo una familia, ¿ya? de cómo determinado tema, eh o problema social aparece en el contexto político, social, cultural inclusive y qué pasa con eso en la intervención.”* |
| | Profesional N°2 | *“Sipo, si, si, derivaciones, contra referencias, devuelven pacientes también, informes, millones de informes. Visitas domiciliarias por supuesto, socio educación familiar, coordinaciones con intersector, em …no sé qué más puede ser. La participación en las reuniones clínicas, la construcción de los diagnósticos, evaluaciones que nos ha costado un poquito, pero estamos como entrando en eso. Sí, cuesta, somos buenos para exigir diagnósticos y planes, pero malos para evaluarlos, em .. así que hemos intentado insertar una metodología no para todos los pacientes, pero para algunos. ¿Te fijai?, como para ir reevaluando, y eso. Em … yo creo que me faltan como el área formativa, como el área de la docencia desarrollar un poco acá y el trabajo comunitario, es la pata coja de esto.”* |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | Profesional N°3 | *"Yo tengo atención de caso directo, el usuario y su familia, em, asistir a consultorías, que son espacios donde se analizan casos, (...) lo que uno hace es como una supervisión clínica, uno entrega algunas orientaciones, su opinión profesional, para guiar el accionar, (...) hago ingresos de pacientes nuevos, con el médico psiquiatra, trabajamos en dupla y lo que hacemos ahí es, em, realizar la primera entrevista, como el primer acercamiento al usuario y definir un poco hacia donde va el tratamiento de este usuario, entonces como Asistente Social, lo que yo hago es la evaluación familiar, la evaluación de sus redes, si hay algún otro programa interviniente, me contacto con ese programa, se genera un plan de tratamiento y apoyo social, (...) se hacen las gestiones para los beneficios correspondientes, hago informes sociales, si hay vulneraciones de derecho se realiza la denuncia, (...) hago visitas domiciliarias en los casos que se requiere para rescate o para generar adherencia en tratamiento o para supervisar el tratamiento en sus casas, (...) generar una sensibilidad especial en el equipo de salud, (...) empoderas a la familia y (...) otra de las funciones importantes, es la brecha comunitaria, es poner de verdad en la mesa, un lenguaje distinto, que es el lenguaje comunitario."* |
| | Profesional N°4 | *"Es que había un vacío en eso, y por eso también se crea este cargo, que tenía que ver con articular el vespertino, así como articulador. Entonces alguien que estuviera todos los días en el vespertino, que pudiera conocer al grupo, que lo armara, que pudiera crearse cierto ambiente donde las personas, pudieran y quisieran venir, si es que no podían venir, estar llamando para ver qué pasa, como esas cosas del vespertino, principalmente. (...) Y también hago dos talleres con el vespertino, con otros profesionales, de terapia, los días lunes hago el taller de Prevención de Recaídas y... pero los de abstinencia con la psicóloga familiar, los días miércoles hacemos un taller con el psicólogo, que es con hombres que han ejercido violencia. (...) También estamos pensando en armar un taller con solo mujeres. (...) También estoy a cargo, de temas de tribunales, acompañar, y bueno eso también se está formando, (...) la idea es como ir acompañando a las personas que llegan acá desde tribunales, que son muchas ya. (...) Pero ya, que otras cosas hago... informes a tribunales, como con las personas que están en tratamiento (…) y acompañamiento individual y grupal."* |

| | | |
|---|---|---|
| | Profesional N°5 | *"En realidad la función, lo primero, es tener, una fluidez en trabajar con las redes, o sea, lo primero yo creo que, en la percepción y la función más que nada, la función que nosotros cumplimos es trabajar, netamente, articular este sostén justamente en pro del paciente para que no queden vacíos, no queden limbos, donde el paciente a lo mejor o la persona pueda tener recaídas por llamarlo, entonces nuestra función es justamente cumplir con eso, con ese enfoque de que el paciente esté sostenido como por todos lados y no queden vacíos en las derivaciones por ejemplo, que se hagan los acompañamientos permanentes, los seguimientos permanentes, por eso es importante, ese rol como trabajadora social y más como trabajadora social porque, como más ya, como desde la formación terapéutica, el acompañamiento es fundamental (...) evalúo al paciente, hago todo como el diagnóstico, veo las redes de apoyo, si tiene redes de apoyo o no, en qué situaciones está el paciente, hacemos una entrevista con el paciente, hacemos una reconstrucción de toda su historia familiar. (...) Se hace cómo ese rol de educación, de psicoeducación con la familia, se trabaja muy a fondo en fortalecer esos vínculos. Luego, se trabaja con el equipo, se dan las distintas miradas, se hace un plan, de intervención, se hacen en conjunto con el psiquiatra, la psicóloga y yo, ya y eh... lo que te digo, es bueno y después se va trabajando a medida de la necesidad del paciente, o sea tú sabes que no todos son iguales, así que dependiendo de lo que vaya surgiendo."* |
| | Profesional N°6 | *"Poquito más como de coordinación con el medio, con las instituciones, como por ejemplo, ayudarlo en credencial de discapacidad, postulación a viviendas, hacer un informe social para postular a ciertas cosas y todo, o bien identificar cierto la dinámica familiar que puede estar afectando a la persona, en su situación de salud mental, y también la psico educación, eso es en conjunto con la enfermera nos toca de repente psicoeducar a la persona respecto a su enfermedad para que ella pueda comprender qué es lo que tiene, la importancia de tomar los medicamentos, que sean a la hora. (...) Si bien nosotros no hacemos una función, así como tan a largo plazo, em … son algunas situaciones específicas, por ejemplo, en el hospital em … a veces hay una dinámica familiar que hay que intervenir, em … no sé po, en relación a cómo la mamá está asumiendo el rol de a acompañamiento de un paciente que tiene una enfermedad em … se trabaja en eso, se establecen algunas sesiones, es como bien cognitivo conductual."* |

| | | |
|---|---|---|
| | Profesional N°7 | *"Mi rol, eh, ha sido principalmente, terapéutico, de Trabajo Social, de reparación, eh, donde se trata de facilitar un proceso de las personas, para que puedan resolver sus dificultades, para que puedan tener su propio rol significativo en la comunidad. (...) La Trabajadora Social ahí articula, eh, facilita que la integración de la comunidad con la institución de Salud, con los profesionales de Salud, nosotras podemos dejar en claro que con el enfoque comunitario podemos hacer prevención, podemos hacer prevención primaria, secundaria y terciaria, con una sola actividad a la comunidad. Es obvio que la comunidad no vamos a operar, una guatita, pero si, podemos hacer prevención de que haya enfermedades, que no ocurren por promover y practicar estilos de vida saludables, prevención secundaria, en la misma actividad. (...) Yo empecé haciendo grupo acá, muchos familiares, apoyando la comunidad en lo que hay a formarlos hoy día estoy más dedicada a formar relevo, supervisar, asesorar que hacer directamente frente a…Todavía hago intervenciones, estoy en multifamiliares de acá, trabajo con la familia, intervenciones familiares individuales en co-terapia con psicóloga, son intervenciones específicas, pero sí se ha modificado mi rol."* |
| *Participación de los/as usuarios/as y familia en la Intervención Profesional.* | *Profesional N°1* | *"Hay una participación que es más bien como tratar de integrarla al trabajo que hace uno ¿ya?, recurso, como parte de la red del paciente, por ejemplo, a los familiares, lo que se echa de menos, al revés, como intencionados el trabajo en donde nosotros somos el recurso que va en apoyo a las familias, y de sus formas de vida cotidiana (...)*<br><br>*"En algunos niveles es más consultiva, donde se le pide la opinión, pero en ningún caso yo he visto, eh, niveles de participación de resolución, donde ellos, los familiares o los usuarios, organizados o no, tomen decisiones concretas con respecto a sus mismos procesos de tratamiento, no se ve, no lo he visto, no, entonces yo creo que la participación todavía es bien simbólica, hay mucho paternalismo, hay mucho asistencialismo, clientelismo incluso, y em, no se ha dado ese paso ¿no? Yo creo que tiene que ver con la forma en que nosotros pensamos en lo social y le tenemos miedo a abrir espacios donde venga gente y nos diga mira, nos cuestione lo que estamos haciendo, quiera involucrarse más allá de lo que nosotros le permitimos, etc."* |

| | | |
|---|---|---|
| | *Profesional N°2* | *"Yo creo que pa allá tiene que apuntar en el fondo el tema de la participación comunitaria, esto no se trata de plantar un poco de trabajadores sociales a liderar una junta de vecinos, la participación comunitaria tiene que ver con cómo la población civil se apropia de estos espacios."* |
| | *Profesional N°3* | *"Hay que rescatar los recursos que están implícitos en las personas que son los agentes claves dentro de una comunidad, ese encargado de la junta de vecinos, ese encargado del club de adulto mayor, que son personas que tienen un rol de liderazgo dentro de sus comunidades y ese trabajo, los hacen los colegas, entonces tienen harta pega."*<br><br>*"Las que tienen como carácter nacional, son difíciles de implementar, porque viene con un, con metas que cumplir, viene con metas asociadas, entonces, es difícil para un trabajador, em, generar estrategias de participación, pero que además tengan que cumplir una meta, porque la sensación que le deja a la población y que ha pasado en varias oportunidades es que las personas generan estos espacios sólo para cumplir con su trabajo, y no es que les importe realmente, la participación, ¿ya? y ahí la población se enoja."* |
| | *Profesional N°4* | *"La participación de los usuarios y de la familia es … si no existiera no podría haber un tratamiento exitoso. ¿Ya?, es como que se entiende que es parte y que por ello la gente viene a trabajar algo que no han podido trabajar solos, pero se van a ir y van a seguir en ese espacio y van a tener que saber armar su red de apoyo, entonces es como fundamental. (...) Entonces yo entiendo que la participación principalmente de los usuarios entre comillas, ehm … es un indicador de salud mental. Cuando … no sé si se entiende, es como un indicador de que su proceso ha sido más exitoso."* |
| | *Profesional N°5* | *"Mira, el apoyo es bien relativo, porque hay gente que si bien llega acá con redes familiares y en realidad que también es parte de la función de nosotras como trabajadoras sociales, trabajar con las familias, hacer esta sensibilización, esta psicoeducación en las familias, que es importante, que tiene que estar acompañando, hacer un acompañamiento permanente, ir con el paciente si es necesario a los controles, llevarlo, eh, o sea, eso es parte de nosotros, de nuestras funciones, de nuestro rol"* |

| | | |
|---|---|---|
| | *Profesional N°7* | *"Relacionado con lo que decía recién, la necesidad, de que las personas se hagan cargo de sus dificultades, que las puedan resolver, eh, y, eh, llevar eso al equipo y que cada uno en su quehacer pueda aportar algo en ese proceso de facilitación donde las personas se hagan cargo de sus dificultades y puedan ser una persona de relevancia en su comunidad, en su familia, en su tejido social".* |
| *Utilización del Enfoque Comunitario en la Profesión* | *Profesional N°1* | *"Bueno profesionalmente, hay una crítica con respecto al enfoque comunitario acerca de cómo se ha implementado en el plan de salud mental, porque se implementó también desde una óptica biomédica para, con la intención un poquito de complementar la medicina más biologicista, pero, sin embargo, ni siquiera hizo eso, como que... lo que logró el enfoque comunitario fue abrir un espacio de redes, de centralizar obviamente las atenciones desde los hospitales psiquiátricos o de los niveles de psiquiatría u otros dispositivos comunitarios, pero no tocó el tema del poder y en comunidad, el trabajo comunitario, el tema del poder es central. Por ejemplo, nosotros seguimos ocupando las mismas categorías de diagnóstico y no nos atrevemos a cuestionar los enfoques de trabajo, no nos atrevemos a abrir espacios de participación real, por ejemplo, a las atenciones de usuarios, de familiares, etc. Entonces mientras no sigamos teniendo todo el poder para definir concretamente al fenómeno de la salud mental, nosotros ehh, no hay realmente un enfoque comunitario, a lo mejor son experiencias psicosociales muy buenas, positivas, pero comunitario, no creo que exista al menos en Chile, quizás en otros países."*<br><br>*"Pero la visión comunitaria, es una visión, sino es totalmente opuesta, si es una visión que entra en contradicción con lo biomédico, porque desde lo comunitario, la patología no existe desde fuera de cómo la persona vive su cotidianidad, en su territorio, en donde trabaja, en el modo en que vive con sus familias, como resuelven sus problemas económicos por ejemplo, y tiene este tremendo, que para nosotros al menos acá en el CTA es importante de poder integrarlos continuamente, que es político, de cómo fluye y ehh, el poder como categoría más relacional no? y que por suerte, la idea de que este concepto esté en el enfoque de los determinantes sociales está tocando, entonces ahí permite mostrar que lo comunitario no es secundario, no es una intervención de segunda categoría con respecto a lo biológico por ejemplo, y ahí* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *aparecen los otros profesionales, aparece no solo este psicólogo clínico, que fue quizás el primero que se hizo notar en esto, sino aparece todo el Trabajo Social, todos los del área ocupacional, todo el trabajo de educación... de educadores no? etc."* |
| | *Profesional N°2* | *"Yo creo que ahí hay como un doble rol, hay un rol que tiene que ver con la socialización con el territorio, con las organizaciones del territorio, con la gente, eh, y otro que tiene que ver como con el trabajo con el equipo, ayudar al equipo como a perder este miedo/respeto, como por el mismo territorio ¿cachai?, entonces como una socio educación para ambas partes, pero para eso uno tiene que hacer ese trabajo también, como uno de perderle el miedo a la vinculación con el territorio, a que la gente en el fondo tenga un rol más activo dentro del proceso, porque igual el modelo clientelista es bien cómodo para los profesionales, ¿cachai?, la lógica de atender en el box es súper cómoda porque en el fondo yo me aíslo dentro de mi box, de todo lo que pasa en la sala de espera, y en una modalidad más comunitaria, de todo lo que pasa en el territorio, ¿cachai? entonces no me basta con que pongan un centro de salud comunitario en una población, sino que tiene que ver también con cómo ese equipo sale desde esa infraestructura y se instala en el territorio y conoce los pasajes y conoce a la señora del quiosco, te fijai? yo creo que esos son procesos que debe liderar el trabajador social, entonces uno tiene que liberarse como de esa comodidad, no le voy a pedir al psiquiatra que tenga esa lógica si es que yo no la tengo instalada. (...) Yo creo que estamos en el tránsito del enfoque biopsicosocial, eh, y es como la misma idea del enfoque comunitario, estamos en ese "tránsito", "ojalá fuera", pero claro, tiene que ver con el rol que cumplen los colegas, que cumplimos los trabajadores sociales"* |
| | *Profesional N°3* | *"Yo creo que el modelo, es muy buen modelo, que recoge las riquezas de las historias de las comunidades y desde ahí, yo siento que nos da, la gran oportunidad de generar estrategias específicas para las comunidades y nos da la oportunidad como asistentes sociales de poder empoderar a la población para que se haga cargo de su propia salud mental, y de esta forma realizar una prevención real, no cuando el problema ya esté instalado, sino que es antes. Generar estilos de vida más saludables, generar lazos comunitarios más fuertes, disminuir la marginalidad y eso nos permite a nosotros como equipos de salud, tener una mejor respuesta,* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *para lo que tenga una base más biológica y no de contexto porque hay muchas, como patologías en salud mental, que se generan por el contexto y no porque las personas tengan un diagnóstico."*<br><br>*"Otra de las funciones importantes, es la brecha comunitaria, es poner de verdad en la mesa, un lenguaje distinto, que es el lenguaje comunitario. O sea, aquí hablamos en el modelo comunitario, por ejemplo, se habla de cultura, se habla de territorio y territorio es distinto a comunidad, y esa, esa sensibilidad, solo la tiene un trabajador social y que, además, está sensibilizado en el tema. pero además implica rescatar los recursos de esa comunidad, que es difícil rescatar un poco los recursos económicos, los recursos de infraestructura, pero por sobre todo hay que rescatar los recursos que están implícitos en las personas que son los agentes claves dentro de una comunidad, ese encargado de la junta de vecinos, ese encargado del club de adulto mayor, que son personas que tienen un rol de liderazgo dentro de sus comunidades y ese trabajo, los hacen los colegas, entonces tienen harta pega."* |
| | *Profesional N°5* | *"Hay un déficit ahí por parte del servicio de salud, y en parte en realidad como de las políticas públicas porque esto es a nivel estructural, entonces no hay, yo creo que no hay un continuo, no hay una educación continua respecto a la temática Salud Mental dentro de los servicios hospitalarios y dentro de la comunidad, como te digo, y dentro del, a nivel de nuestro sistema no. (...) Se hacen actividades para la comunidad, se abre el hospital para la comunidad con ferias, pero no son muy enfocadas a la salud mental. Yo apenas he participado como una vez al año con un stand de salud mental. Así que no, no hay una sensibilización."* |
| *Especialización en Salud Mental* | *Profesional N°1* | *"Lo que tengo, hice hace unos años un diplomado en psiquiatría comunitaria, y eh, con la Universidad de Chile, que tenía que ver con un apoyo del ministerio para la educación del Plan de Salud Mental, eh, formación clínica no tengo, solamente por la experiencia que uno va adquiriendo a lo largo del tiempo. Yo creo que para trabajar en Salud Mental es necesario tener una formación especializada, que no solamente complete y complemente la formación de pregrado, obviamente, sino también para que de herramientas concretas de trabajo ¿ya? eh, esta formación puede ser en Salud Mental ampliamente, puede ser en Derechos Humanos, en* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *participación, obviamente puede ser también en Clínica ¿no?, en terapia, no sé, etc. pero a mí me da la impresión de que si es necesaria."* |
| | *Profesional N°2* | *"Totalmente. Sí, porque yo igual trabajo, o sea, capacitación formal no tengo, pero sí, es tremendamente necesario porque en la experiencia tú te manejas como con las cosas más comunes, pero cuando te llega alguna situación nueva, te saca. Entonces tú te tomas tu tiempo, de enfocarte en los conceptos más básicos, de esta nueva situación y eso también demora la intervención con el usuario. Entonces, si, no totalmente necesaria la formación. Ahora, hay varias formas de formarse también, hay una instancia formartiva, que son las reuniones clínicas con análisis de casos. En donde se pueda confrontar las miradas, en donde tú también puedes argumentar, sugerir algún autor, no se ps, para ver desde dónde miramos. También la formación personal."* |
| | *Profesional N°3* | *"Yo tengo dos diplomados, uno en abordaje de tratamiento de abuso sexual infantil desde el psicoanálisis, y otro de em, tengo otro diplomado en abordaje de violencia masculina y a demás hice una pasantía en Buenos Aires, en ese tema en específico, yo sí creo que es necesario la especialización, yo no creo que cualquier Trabajador Social terminando la Universidad pueda insertarse en un espacio de alta complejidad como esta, a nivel secundario y terciario, pero además tiene que ver con el cambio que ha tenido la malla curricular de pregrado, donde lamentablemente, en el último tiempo se han ido cerrando los ramos, por ejemplo de psicopatologías o de salud pública y tiene que ver con algo tan básico como es el lenguaje, cuando un alumno llega acá a hacer su práctica, tiene que estudiar de lo básico de lo básico, o sea, aprender qué es tal diagnóstico, porque o sino no va a entender nada en una reunión clínica. Entonces en la medida que el perfil de los profesionales que egresen sea más general, mayor especialización van a requerir para espacios como este, pero sólo por eso."* |
| | *Profesional N°4* | *"Igual es importante la especialización desde lo académico, bueno y en eso tengo, no específicamente de salud mental, pero si un magíster en trabajo social con mención en comunidad y territorio, que desde mi perspectiva tiene... mucho que ver como yo comprendo el trabajo social como habíamos hablado, que para mí tiene mucho que ver con lo comunitario, con el rol del trabajador social dentro de la salud mental. (...) Pero también, no sé si más o menos importante, pero muy importante, me parece que es especializarse a través de la acción,* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *a través de conocer otras experiencias, pero desde lo práctico y en ese sentido igual he desarrollado unas pasantías en espacio de intervención en salud mental, comunitaria, PS y otras en Chile y en otros países, más principalmente en América Latina, pero eso."* |
| | *Profesional N°5* | *"Yo creo que es necesaria porque en realidad nosotros en las mallas de pregrado nunca tuve un ramo de salud mental, bueno... psicopatología, pero no era salud mental propiamente tal, entonces... eh si po, debiéramos tener, todos, las personas por supuesto interesadas en trabajar en salud mental, si ps debiesen tener especializarse. (...) me estoy formando como terapeuta en este momento, estoy haciendo un post título, justamente en intervención y terapia familiar y claro que es importante, justamente como les digo con toda esta nueva … con estas transformaciones que está viviendo el trabajo social hoy en día, claro que si po, tenemos que acreditarnos, tenemos que acreditar el trabajo social clínico, sí."* |
| | *Profesional N°6* | *"Es muy importante la especialización, ahì uno ve diferencias con otros colegas ¿no? ¿cierto?, para postulaciones a trabajos, o sea, yo he participado en varias mesas y reuniones y harto contacto con los colegas y.… en salud mental no, hay como mucha especialización. Si bien, hay como harto a nivel de familia, intervención familiar., la salud mental abarca un área clínica que no todos entienden o manejan y que uno va de a poco no se ps, de repente uno imprime, alguna información respecto de la esquizofrenia, como para conocer los elementos que de alguna manera configuran el diagnóstico, o el tipo de personalidad de las personas que tienen esquizofrenia, entonces uno también se va como auto capacitando. Entonces evidentemente que es muy importante la especialización en el área, cierto, eso. (...) Yo hice un diplomado en dependencia, de alcohol y drogas que lo realizaron, bueno fue de SENDA, así que tuve la oportunidad de acceder a ese, que lo realizó la Universidad de Chile, fue bastante positivo ahí en el año 2009, entonces me sirvió harto para poder entender."*<br><br>*"O sea, si po yo creo que igual es importante poder conocer cierto ehm …. Porque si no uno se confunde y de cierta manera uno puede intervenir o ehm … de una manera inadecuada, yo creo que es importante tener un sustento teórico y en lo práctico que de alguna manera a uno lo guíe, lo guíe en las formas, en la metodología que uno va a utilizar, en los tiempos ¿Cierto?, en* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *el tiempo de intervención, en la estrategia que va a utilizar, si po es absolutamente importante la especialización."* |
| | *Profesional N°7* | *"Si, tengo formación, y si creo que es necesaria. Es necesario saberlo para saber que no hay que hacer (risas). Es decir, hay que saber de diagnóstico y también saber de enfermedades relacionadas con lo mental, pero también saber que tenemos que relacionarnos con las personas y no con los diagnósticos, entonces saber … hoy día hay una señora que viene con un diagnóstico, entonces saber que tiene un tratamiento, pero que yo me voy a relacionar con ella con sus aspectos sanos, y que esto es una parte de su vida, no es toda su vida. (...) Tengo formación en … sí, tengo por donde he estado. Tengo de partida una formación sistémica, ehm … lo de la terapia familiar, tengo un tratamiento en la psiquiatría formal clásica y entrenamiento en el DSM4 revisado en esa época, porque estaba trabajando en la Universidad de Chile en la facultad de medicina en el departamento de psiquiatría, entonces estuve siete años ahí, obvio me formaron ¿Sí?, y reconozco que es necesario, que sí, que habría que hacer para trabajadores sociales en salud mental, habría que estudiar un poquito, conocer aunque sea por encimita."* |
| *Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud Mental* | *Profesional N°1* | *"Yo las conozco, las leí, no las he revisado bien. De hecho, tenemos pendiente con un grupo de compañeros de poder hacer una valoración crítica. (...) yo creo que era algo que necesitábamos hace rato. El documento anterior, era antiguo y hace rato que había quedado fuera de lo que uno realmente hace y lo que más me importó de esta última orientación es que se incluyera fuerte el tema de derechos y que se incluyera también la perspectiva clínica ¿Ya?, ehm … así sin prejuicios, y sin pedir permiso también, así como que se fuera integrando el trabajo social de salud mental una perspectiva de trabajo social clínico. ¿Ya?, porque había muchos colegas que estaban haciendo clínica y no se visualizaba su trabajo y hay mucha gente que quiere hacer clínica, que quieren formarse, pero necesitaban un respaldo, un respaldo institucional, de política social y en este caso del Ministerio al aprobar estas normas y hacer un reconocimiento de ese trabajo. ¿Ya?".* (...) *Conozco algunas, en el trabajo psicoterapéutico con familia y con personas, que fue la parte polémica de estas normas, donde hubo ese atrevimiento por así decirlo, de decir que habían trabajadores sociales que están haciendo psicoterapia familiar, terapia familiar, que están haciendo terapias individuales inclusive en unidades de salud mental* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *especializadas y ese reconocimiento para mí fue vital. El resto de las funciones es un poco lo que uno sabe.* |
| | *Profesional N°2* | *"Tengo las orientaciones de hecho, que me parecen... yo creo que un avance, yo creo que es lo primero que uno tiene que decir, así como, ¡¡por fin apareció este documento!! Se demoró, yo creo que... estábamos muy atrasados, era como bien vergonzoso que como disciplina no tuviéramos esto, no de verdad, y no solo para el trabajo social, yo creo que para el área de salud no haberlas tenido antes, es vergonzoso. Yo creo que, siendo un país moderno en tantas áreas, no tener este documento, era casi imperdonable y de verdad a mí me da vergüenza que no estuvieran. La falta de reconocimiento de la disciplina como un área, como una disciplina dentro del campo de la salud, es vergonzoso, si nosotros estamos vinculados a esta cuestión hace más de un siglo, entonces creo que, que en el fondo viene a ser como un alto reconocimiento, de algo que en la práctica hace rato se estaba haciendo."* |
| | *Profesional N°3* | *"La norma técnica que apareció en marzo, de este año, tiene un acápite especial de lo que es el trabajo social en salud mental que lo iguala al trabajo social clínico y la definición que entrega el Diego Reyes, tiene que ver con un trabajo terapéutico, con una psicoterapia, de hecho él la define como psicoterapia, nosotros no hacemos ese trabajo acá, nosotros tenemos un trabajo terapéutico sí, porque cualquier persona que acompaña un proceso en cualquier ámbito de la salud mental es terapéutico y que tiene que ver, por ejemplo, con el rol que se ejerce en rehabilitación de drogas. Todos los profesionales que intervienen, son terapeutas, lo mismo acá, pero eso no implica, que mi labor profesional se va a reducir a el trabajo en el box en el uno a uno, yo puedo ser co-terapeuta en intervención familiar, para abrir temas, por ejemplo, que eso yo si lo hago, pero no soy yo quien lleva el proceso, sino que soy parte de un equipo que interviene en momentos específicos, entonces, eh, yo siento que lo que hay que especificar, es que el paraguas más grande que sostiene al trabajo social clínico es el trabajo social en salud mental, donde la riqueza del trabajo en grupo y de las comunidades no lo podemos perder."* |
| | *Profesional N°4* | *"Lo que pasa es que yo creo que igual tengo cierta resistencia, a ciertas cosas como tan de normativa porque, porque si po, me ha tocado ver experiencias complejas desde ahí, entonces* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *como que de repente me voy más como desde lo in situ, desde el trabajo, lo institucional, no me llama tanto la atención, como que no le creo tanto."* |
| | *Profesional N°7* | *"Si las conozco y me, no tengo opinión, porque no las tomo en cuenta, porque son una soberana majadería, donde nos coloca en un rol tradicional. Que, en la palabra, cuando nos supervisan, nos valoran, es maravillosa, pero en la norma técnica no está. Nos dan un rol de hacer visita a domicilio, lo antiguo, lo de cuando yo estudié en el 70' era lo que algunas profesoras transmitían. Nosotras en el 71' hicimos un movimiento y…. exigimos cambiar todo eso. De partida una práctica integrada, na de caso, grupo y comunidad, sino que en una actividad hacer las tres cosas integradas, porque lo importante, eran las personas de sus territorios... dejamos la escoba, pero nos resultó, después casi nos mataron, pero... valió la pena."* |
| *Trabajo Social Clínico* | *Profesional N°1* | *"El año pasado y este año principalmente a través del contacto con algunas personas que están haciendo trabajo social clínico y con la idea de que se pudiese incluso hacer como lo habíamos conversado con algunas universidades. Em… a mí con respecto al trabajo social clínico, lo veo como una parte del trabajo social en salud mental. Trabajo social de salud mental o en salud mental, algo que es un paragua más grande, pero que tiene una parte más clínica pero que no…que lo contiene, pero no todo trabajo social en salud mental es clínico. Entonces, no estoy de acuerdo con quienes piensan que es lo mismo o debiera ser lo mismo. A mi da la impresión de que es importante de que se reconozca como una parte de trabajo social en salud mental ¿Ya?."*<br><br>*"Pensando que el trabajo social clínico es ejecutado por un especialista, que ha sido formado en clínica, en psicoterapia, em … yo creo que lo que a mí me hace mucho sentido tiene que ver con colocar o trabajar orientado a objetivos de transformación, individual, social, familiar como uno quiera llamarle, grupal incluso, em … y que eso sea lo clínico ¿Ya?, por ejemplo, psicoeducación para mí no es un trabajo clínico, psicoeducación familiar, individual o de grupo ¿Ya?, hay modelos muy interesantes psicoeducativos que se usan en salud mental, son fantásticos, incluso yo los he utilizado, pero eso no es clínico. Lo clínico, tiene que ver con formas de hacer terapia y simplemente psicoterapia dentro de un formato que implica la* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *búsqueda intencionada de transformaciones personales ¿Ya?, en donde los otros, el grupo, la familia, familiares aparecen como recurso de transformación. Y em… a mano de un especialista que trabaje epistemología, teoría y herramientas clínicas, debidamente formadas, supervisadas y aplicadas. Estoy de acuerdo con esa intervención, y es una intervención para mi propia, históricamente ha sido propia del trabajo social y lo bueno es que ahora existe una relevancia y se está formando y civilizando y, además legislando."*<br><br>*"Conozco algunas, en el trabajo psicoterapéutico con familia y con personas, que fue la parte polémica de estas normas, donde hubo ese atrevimiento por así decirlo, de decir que había trabajadores sociales que están haciendo psicoterapia familiar, terapia familiar, que están haciendo terapias individuales inclusive en unidades de salud mental especializadas y ese reconocimiento para mí fue vital. (...) Echo de menos por así decirlo una visión de futuro de perspectiva, quizás lo único que uno podría rescatar con respecto a eso es o del trabajo social clínico, de decir mira para allá va un poco la profesión en el área de salud mental."* |
| | *Profesional N°3* | *"Hay que hacer una diferencia entre lo que es el trabajo social en salud mental y lo que es el trabajo social clínico, que son dos cosas muy distintas. El trabajo social en salud mental tiene que ver con todo lo que hemos conversado ahora, con el nivel de caso, con el nivel de grupo, con el nivel de comunidad. El trabajo social clínico nace al alero del trabajo social de caso y tiene que ver con el trabajo en el uno a uno en el box. Yo, la verdad que creo que para ejercer un trabajo social clínico es necesaria la especialización y la supervisión clínica, como tal, con hartas horas de supervisión, con bastante formación, pero que no lo vas a encontrar en unidades de salud mental, porque no está considerado dentro de las funciones que tiene que debe realizar un trabajador social."*<br><br>*"Esa norma técnica, esa definición, nace al alero de los PRM pero se va a ejecutar en salud, a mí me van a medir por esa definición y eso no es lo que yo hago, y eso no es lo que a mí me hace sentido porque eso no es aplicable, ¿es aplicable en un PRM?, perfectamente, pero no es aplicable en una unidad de salud mental, no es aplicable en atención primaria. Los colegas en atención primaria no van a hacer psicoterapia, hacen consejería que es súper distinto, eso es* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *consejería, pero no es trabajo social clínico como está definido (...) si perdemos de vista eso, que el trabajo social es mucho más amplio que el trabajo en box, claramente nos vamos a transformar en unos pseudo-terapeutas, y que no somos eso y por eso hay que cuidarlo."* |
| | *Profesional N°4* | *"Creo que el proceso terapéutico, tiene que ver con esta posibilidad de acompañar al otro, con que pueda tener cierta mirada distinta de lo que está vivenciando, o de lo que él o ella considera un problema o alguna situación que le gustaría modificar... lo terapéutico tiene que ver, no solamente con el box, porque a veces se tiende a confundir como eso, con las prácticas clínicas como tradicionales, y yo no estoy de acuerdo con esa mirada. Hay muchas ocasiones en donde las personas estando en espacios de taller o grupo con otros, por lo menos acá se da mucho más, tienen mucho más posibilidad de tener transformaciones... que en un espacio de un box con alguna persona que considere que es experto en algo (...) nosotros trabajamos mucho la grupalidad, en ese sentido y lo terapéutico se da en este contacto con el otro que a lo mejor está pasando lo mismo que estoy pasando yo, entonces, nosotros vamos como provocando o intencionado ese tipo de transformaciones, entonces, también viendo lo terapéutico como algo colectivo, individual y/o colectivo."*<br><br>*"(...) y yo le decía, Luisa, tengo miedo de lo clínico (risas), y ella nos decía que en realidad lo clínico era trabajar con el dolor, eso, como con ese cuidado, de que estás trabajando con el dolor del otro, em … que lo demás ya era como que mucha gente se estaba apropiando de lo clínico como para posicionarse así como con más status en relación a otros, pero en realidad no tiene que ver con eso, se está mal utilizando como con muchas otras cosas. Tiene que ver más con esta sensibilidad y este cuidado, porque claro, estás trabajando con esa parte donde hay mucho más dolor. Entonces para mí, sí me he reconciliado con eso, pero desde esta mirada, de esta postura, que no es transformarlo en un… que solamente puede hacerlo el psicólogo. Es una mirada que puede ser desde lo trans a lo interdisciplinario."* |
| | *Profesional N°6* | *"Que cuando uno se involucra en lo terapéutico el vínculo es diferente, el vínculo con la persona, porque uno indaga en situaciones, en hechos de la vida de la persona, que de alguna manera le están afectando y que de alguna forma no ha, o sea, han ido afectando tanto que de alguna forma no los ha dejado avanzar ¿ya?."* |

| | | |
|---|---|---|
| *Equipo Multidisciplinario de Salud Mental* | *Profesional N°1* | *"Si yo creo que sí, de hecho, nosotros cuando el año pasado pensamos que teníamos horas para fortalecer el equipo, lo primero que pensamos fue en el trabajo social. Porque no había alguien que estuviera cien por ciento dedicado ejemplo: al tema de familia, vulneración de derechos, tribunales, esa era un área y la otra área era, por ejemplo: trabajo, beneficios sociales, etc. Y había un tercer tema a tocar que tenía que ver con el …cómo había profesionales que pudieran constituir un programa que esté todos los días o casi todos los días y que pudiera tener una visión en conjunto dentro del programa y ahí se pensó en un trabajador o en una trabajadora social. Entonces yo creo que el equipo también esperaba que hubiera … que pasaran ciertas cosas, y que ha pasado, tienen una percepción bien positiva de la persona que se integró y de la disciplina, por lo tanto."* |
| | *Profesional N°2* | *"Yo creo, que como en la medida en que, como trabajadores sociales, nos posicionamos dentro de un equipo y nos ponemos al servicio como de las necesidades de los usuarios, desde el momento en que hacemos la entrevista de ingreso con el usuario, yo creo que nuestra valoración va a ser siempre positiva.* |
| | *Profesional N°4* | *"Hay gente del equipo, que tenía esta mirada como más asistencialista y que tenía otras demandas o que se imaginaba otras cosas que podía venir a hacer una trabajadora social acá, entonces, esto se ha ido como negociando con el equipo.(...) Ha sido interesante el proceso, porque al principio había como mucha demanda de , no se po, me mandaban: oye esta niña quiere la media agua, como cosas así, igual yo hacía como la gestión un poquito de red, como para decirle donde, como, con quien, que no era yo, em, pero ahora ya saben, y me ha parecido interesante eso, porque no es que yo les haya hecho una clase de lo que yo puedo hacer, aquí, pero como que ya hay un perfil y son otras las demandas."* |
| | *Profesional N°6* | *"A ver en cuanto a mi posición, bueno yo siempre he tenido la idea de que es importante la horizontalidad, si nosotros como … vemos el problema de un punto de vista biopsicosocial ¿cierto?, es importante que esté como todo sin considerar una cosa por sobre otra, entonces en ese sentido creo que, bueno en la medida también que uno se maneje y tenga conocimiento y se desenvuelva en lo que uno maneje, el equipo también ehm … a uno la valida ¿ya?, así como también hay cosas que uno no sabe, yo creo que la posición es como o sea, un profesional* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *que aporta desde su área y que ese aporte se considera relevante dentro de la identificación del problema y de la resolución del conflicto, de la situación."* |
| | *Profesional N°7* | *"Miren en mi equipo, existe una valoración positiva de la profesión y del rol nuestro acá. (...) Pero en mi vida, sí que he vivido discriminación, de parte principalmente, de los médicos y de algunos funcionarios administrativos. Cuando estaba trabajando en la Chile, en el campo clínico, yo tenía horas ahí, era tutora de familia y ahí, olvídate los doctores discriminaban, la visitadora uff (risas) a la antigua, hace 25 años atrás, eso. Pero creo que ha cambiado un poquito, sobre todo que a esta altura, estoy tan convencida de que la persona precede la profesión y a los títulos (....) Si eres una persona respetuosa, una persona segura de que, de que el otro es el que sabe de su propia vida y no tú, se establece una relación que es valiosa para los dos y tú eres validada y valorada en ese aspecto. Entonces si tú eres una persona así, nadie te va a desvalorizar."* |
| *Identidad Profesional en Salud Mental* | *Profesional N°3* | *"Yo siento que el perfil tradicional del trabajador social tiene que ver mucho con el hacer, con él generar, con el construir, con el co-construir, en diferentes ámbitos y toda la labor que tiene que ver con las coordinaciones escolares, las coordinaciones con el trabajo, las visitas domiciliarias, todo lo demás, lo están tomando los técnicos en trabajo social, entonces, lamentablemente, y lo digo con harta pena, por ejemplo, acá llega mucho técnico pidiendo entrevista para coordinar casos (...)Si nosotros no hacemos un buen desempeño de nuestra labor, nuestros desempeños probablemente van a coartar, no van a ver la necesidad de contratar más profesionales y nuestro campo se va a ir reduciendo. Por eso, yo les decía que para mí era muy triste ver que los técnicos en trabajo social de la red colaboradora de SENAME, están tomando funciones que son de nosotros, que han sido históricamente del trabajo social. ¿Por qué? Porque nuestros colegas se están quedando, tratando de hacer un trabajo social clínico, pero que está un poco mal entendido y no es el todo. Tenemos que cuidar nuestro espacio laboral, tenemos que cuidar nuestra carrera."* |
| | *Profesional N°4* | *"Yo me identifico como Trabajadora Social (...) yo me identifico más con Trabajo Social por una cuestión que tiene que ver con, con el foco puesto en la transformación social y en el agenciamiento, más que en el asistencialismo."* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *"No hay mucho conocimiento en nosotros... ni siquiera nosotros lo tenemos bien claro, que es el Trabajo Social, bueno uno lo va teniendo más claro, pero los otros a veces también."* |
| | *Profesional N°6* | *"A mí me acomoda un poco el término de Asistente Social en el sentido de que en algunas situaciones puntuales, uno también cae a veces en el asistencialismo, porque a veces las redes no responden a ciertas necesidades que se necesitan y uno en ese sentido como que a veces, no se po, se sale un poquito del rol ya como más evolutivo que es el de generar herramientas para que sean las mismas personas quienes logren desarrollar sus propias...o resolver sus necesidades e intereses y a veces uno cae un poquito en el asistencialismo, en ciertas situaciones puntuales."*<br><br>*"Nosotros estamos inmersos en un equipo multidisciplinario o interdisciplinario y en ese sentido es muy importante que nosotros podamos de alguna manera diferenciarnos de otras especialidades como, por ejemplo, la psicología, en ese sentido, es muy importante que nosotros tengamos una clara identidad respecto del rol que debemos asumir, entendiendo que obviamente uno flexibiliza y de alguna manera se va acomodando a las necesidades que se tienen en los distintos centros y programas."* |

La presente matriz, corresponde a la segunda matriz de los datos cualitativos obtenidos por medio de la aplicación de instrumento de entrevista semiestructurada a integrantes del Equipo Multidisciplinario de algunas de las unidades del área de salud mental, respectivas a Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. La presente matriz, se encuentra reducida y contiene solamente los fragmentos que se escogieron para ser utilizados posteriormente en el proceso de interpretación de los datos cualitativos.

| **CATEGORÌA**<br>"Percepción de los/las profesionales del equipo multidisciplinario respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario. Hace alusión a como integrantes del equipo multidisciplinario del área de salud mental, perciben el perfil desempeñado por los y las trabajadores/as sociales en el área de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en el nivel secundario y terciario." | | |
|---|---|---|
| **SUBCATEGORÍA** | **PROFESIONAL ENTREVISTADO** | **FRAGMENTO/ DATO** |
| | Profesional N°2 | *"Yo tuve la experiencia, trabajando en mi trabajo anterior, que la trabajadora social venía de Canadá, y allá había la modalidad, de trabajadora social clínica, en donde manejaban patologías, manejaban fármacos, y era súper interesante, porque hacía talleres como bien potentes y esa figura no está en Chile, no está el tema del trabajador social clínico, debería existir como un posgrado, algo, para poder sacarla como al área clínica."* |
| | Profesional N°3 | *"Tuvimos a una compañera que sí cumplía mis expectativas y era una persona que se sabía de memoria todos los programas de la municipalidad, (…) y mucho de clínica, no tenía idea,* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *más bien se metía en lo superficial, pero muchas veces de manera equivocada, metía un poco la pata, porque el conocimiento que tenía como del área clínica, estoy hablando como de diagnósticos clínicos, más de salud mental, no era su área y no creo que haya tenido formación en profundidad de eso. Yo creo que a lo mejor, no sé cómo se hacen, no tengo idea del trabajo social, pero a lo mejor se hace una especialización, me imagino yo, no todos tienen una formación general en diagnósticos psiquiátricos."*<br><br>*"Definitivamente, o sea, yo creo que es un deber, ni siquiera una elección, yo creo que debe ser así, siento que no puede ser que una persona que trabaja en salud mental, o en algún área del tratamiento con personas, no tenga formación, porque el trato directo, acá cuando uno trabaja en tratamiento, es diferente a las consultas más ambulatorias, nosotros estamos acá con una capacidad de pacientes, que son hartos, pero que los vemos todos los días y nos vinculamos, entonces, trabajar como desde una mirada en salud mental, significa trabajar em, con la vinculación y si no sabemos cómo vincularnos, como tener un acercamiento de buen trato, eh, si no sabemos, si no tenemos técnicas terapéuticas, no tenemos herramientas, estrategias, para acercarnos a un usuario con problemas en esta área, somos súper iatrogénicos, tendemos a generar intervenciones desde el sentido común, desde el juicio, desde una mirada de poder y eso no sirve, definitivamente no sirve, entonces, si po, tienen que tener formación, y tienen que tener una formación en profundidad, no formación superficial, creo yo, em, eso."*<br><br>*"Yo creo que cualquier profesional que trabaje en el área de salud mental, debe formarse en salud mental, ahora, si los trabajadores sociales, en este rollo de que está cambiando la ley, que se está incorporando y están también incorporando una posición más clínica en el trabajo, si van a adoptar esa posición, yo creo que les falta definición, así como definirse,* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *porque no sé, yo creo que un trabajador social, puede no tener idea de lo clínico y está bien, pero que no trabaje en un área clínica, esta es un área clínica o que se dedique a trabajar tras bambalinas, con papeleo, gestión, haciendo redes, pero no en trato directo, porque acá el trato directo uno a veces piensa que no sé …que uno está trabajando, que uno trabaja, vive la vida, pero uno no se da cuenta del impacto que causa de vulnerabilidad sobre la vida de las personas."* |
| | | |
| Interdisciplinariedad | Profesional N°1 | *"El trabajo tiene que ser psicosocial, completamente y el trabajo es psicosocial y con una mirada interdisciplinaria, porque en verdad tenemos eh, más allá que trabajar con el mismo paciente, los objetivos son los mismos, o sea, estamos trabajando exactamente en la misma dirección. Los equipos multidisciplinarios son muchas profesiones, pero miradas desde distintas fronteras o distintas trincheras, acá en realidad no, la mirada es interdisciplinaria y estamos pensando en una visión absolutamente comunitaria."* |
| | Profesional N°4 | *"También el enfoque con el que trabaja cada uno es importante, tu puedes tener un enfoque de trabajo y tu otro y a veces no van a coincidir, y como tu ves a la persona también a la que estás atendiendo, ehm, en el otro centro era como que los locos van a hacer su trabajo y chao. A veces se puede contratar a una persona que puede tener muchos años de experiencia, pero si no tiene incorporado el enfoque con el que se trabaja no va a funcionar, no se puede."* |
| Intervención Social | Profesional N°1 | *"Habitualmente uno espera una mirada más comunitaria, centrada en las personas, centrada en las comunidades, eh, se encarga de gestionar, no solamente bonificación de productos que son garantía del Estado, sino que generar vínculos con la comunidad, es fundamental* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *el rol de insertarse completamente en la dinámica familiar. (...) todo lo que significa hacer gestiones con el Tribunal de Familia, garantías…"* |
| | Profesional N°2 | *"El tema de cómo se vinculan los trabajadores sociales, también eso es importante, porque nosotros hemos tenido como comentarios de los usuarios, como que tienden a ser como más cercanos, y eso también genera como un vínculo distinto, entonces como que de repente, claro, no van a un box a conversar las cosas, pero la encuentran en el pasillo, como que la buscan y le cuenta, como una figura cercana*(...)*Ella hacía todo lo que era con la conexión en red, lo manejaba super bien, tenía como super buen vínculo con varias instituciones. De hecho, abarcaba más de lo que debería abarcar, no era solamente como el tema de los usuarios, también a la familia, si se podía hacer un curso de capacitación para las mamás, entonces como en ese sentido era super buena. Aparte como de agilizar otros trámites ps, todo lo que era del registro social de hogares, el tema de la vivienda gestionaba todo como super rápido."* |
| | Profesional N°3 | *"Pero el ejercicio era más con el trato directo, más bien terapéutico, más que como de, de gestión, que también lo hace, eso del tribunal, que vaya ella, se haga cargo y yo como desligarme un poco, porque yo me considero como del área clínica, entonces eso como que es una pega, que yo siento, que si bien me corresponde como funcionaria pública, es del trabajador social, pero a lo mejor estoy, pero es como lo que yo siento, percibo. Entonces ella se ha hecho cargo de eso. (...) Creo que acá en el CTA particularmente, tiene como esas dos funciones, así como, más ligada al área terapéutica y a la gestión de cuestiones ligadas a temas sociales, como tribunal de familia y.... como, de ayuda asociada a no sé,* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *alimentación, vivienda, ese tipo de cosas, como que ella más o menos sabe y puede orientar a los usuarios allí."* |

La tercera y última matriz, al igual que las anteriores, obtuvo los datos cualitativos a través de las entrevistas semiestructuradas a usuarios/as pertenecientes a algunas de las unidades del área de salud mental del Servicio de Salud Viña del mar – Quillota. Luego de un proceso de análisis y selección de fragmentos, contiene solamente aquellos que serán utilizados en el proceso de interpretación.

| **CATEGORÌA** | | |
|---|---|---|
| "Percepción de los/las usuarias respecto al perfil profesional del Trabajo Social dentro del área Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en los niveles secundario y terciario. Se refiere a cómo los y las usuarios/as partícipes de las intervenciones, perciben el perfil de los y las trabajadores/as sociales pertenecientes al área de salud mental en la cual ellos son atendidos, correspondientes al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en los niveles secundario y terciario." | | |
| **SUBCATEGORÍA** | **PROFESIONAL ENTREVISTADO** | **FRAGMENTO/ DATO** |
| Evaluación de los y las usuarios/as sobre lo que realiza el Trabajo Social en Salud | Usuario N°1 | *"Yo creo que el trabajador social tiene más empatía con la persona que tiene al frente, que el psicólogo, porque tú le cuentas las cosas al psicólogo, y el psicólogo obviamente no se va a llevar todos sus problemas a la casa, sino, que ya, tu, sales de la consulta y él se olvidó, te ayudo claro dentro de lo que él estudió, pero se olvidó. El trabajador social yo creo que va más allá, tiene como más empatía, entonces no veo como tantos aspectos positivos del tema* |

| | | |
|---|---|---|
| Mental y sobre el buen trato. | | *psicológico y psiquiátrico, la verdad, no he tenido buena experiencia, entonces ese es mi punto de vista."* |
| | Usuario N°2 | *"Ahora he aprovechado harto a la trabajadora social, estoy pasando por una situación, bueno, ya es una situación repetitiva, por segunda vez estoy teniendo problemas con el padre de mi hija, el cual tiene la custodia de ella (...) y pucha la trabajadora social ha sido excelente, por llevarme a los puntos, lo que se va a hacer, lo que no, como proyectarlo, como hacer el escrito, no, súper, súper bien, la voluntad de ella como profesional, es sumamente empática y eso da gusto porque voy a ser súper sincera, a mi las asistentes sociales no me caen bien, he tenido malas experiencias y ahora es la primera vez que tengo muy buena experiencia con una asistente social y quiero quedarme con eso."* |
| | Usuario N°3 | *"Atiende muy bien, no es como en los hospitales o otros lados que atienden de mala manera, no, aquí ella atiende de muy buena forma, con ánimo, se siente como más acogido uno, como que dan ganas de venir, como que uno no siente que es un problema para los trabajadores de acá, es bueno el trato que dan aquí, eso es uno de las cosas que me asombré cuando llegué aquí, pensé que era de otra forma, aquí tiene disponibilidad de escuchar, aconseja, como que se nota que lo hace con agrado, no como por obligación."* |
| | Usuario N°4 | *"Ehm… es importante, por eso lo colocan al trabajador social, porque lo va guiando, me va preguntando como me va, cuáles son los problemas que tengo y los soluciona de inmediato, es importante para mí. O sea, ahora mismo, o sea todas, todas las citas el me pregunta cómo voy y cuáles son los problemas que tengo, y entonces el los soluciona."*<br><br>*"Ehm … es seguido … (lee las fechas). Es como cada dos semanas. Él es muy importante, porque él me soluciona todos los problemas, el los soluciona de inmediato, es muy* |

| | | |
|---|---|---|
| | | *importante que él esté incluido en el equipo, y bueno por eso está, por eso esta, en los cuatro meses que llevo es importante, él es muy pro activo, cualquier problema él va y se para y habla con las enfermeras y soluciona altiro los problemas, es importante para mí (...)No, eh, es que el trabajador social es extraordinario para mí, yo se lo he dicho, lo mismo el Dr., hay poca gente, hay gente diferente y son pocas, y a las pocas hay que decirles, que no cambien nunca, porque todos no son iguales, todos no son iguales."* |
| Imagen del Trabajo Social en Salud Mental. | Usuario N°1 | *"La verdad es que yo no sabía, que el tema, el trabajo social, se podía como especializar en el área de salud mental. Yo encuentro que es fundamental, ya que, el trabajador social ve el tema de la gente, por ejemplo, en la gente que está en riesgo social y yo creo que lo fundamental, como el principio de todo esto, parte con el tema de las drogas y de las adicciones. (...) encuentro fabuloso, yo no sabía que ustedes … que el trabajo social tenía un área dedicada a la salud mental."*<br><br>*"Al trabajador social se recurre por lo general cuando uno tiene, por ejemplo, problemas en el hogar, creo yo, por ejemplo, si es que yo tuviera algún tipo de maltrato, de parte de mi familia, del aspecto más que nada como una está viviendo el tema psicológico y psiquiátrico. (...) pero yo no he necesitado, trabajador social por ese tema, pero yo creo que si los que necesitan son los que reciben, por ejemplo, abusos sexuales, en la casa, maltrato, golpes, la violencia contra la mujer, eso no debería existir."* |

| | | |
|---|---|---|
| Aporte del Trabajo Social en la intervención social (en su proceso de rehabilitación y/o acompañamiento social) y en la calidad de vida de los y las usuarios/as. | Usuario N°1 | *"Una vez llegué con crisis acá, llegué de urgencia y me ayudó, me calmó, me habló y me dijo que yo partiera por el tema de los cursos, ella me lo dijo, que partiera desde abajo para ver cómo estaba mi memoria, para ver cómo estaba mi capacidad, para luego ir viendo, hice un curso (...) todo eso, pero que vaya paso a paso y todo eso me lo ha dicho ella. Ha sido un gran aporte."*<br><br>*"Si yo siento que la trabajadora social que está de este hospital, me ha ayudado, por ejemplo, ehm … de repente la psicóloga está por venir está a veces en urgencia que se yo y hemos conversado y ella me … esta como muy dispuesta a escucharme a darme como las ganas como de salir adelante al igual que como lo que te dice la psicóloga, pero se ve como más la empatía de parte de la trabajadora social que de la psicóloga."* |
| | Usuario N°3 | *"Claro, claro que sí, he mejorado harto, porque yo vengo por un problema en particular, igual he cambiado con los consejos que aquí dan, a uno lo ayudan a tratar el problema entonces, por lo menos a mí me ha servido harto, no he tenido recaídas ni retrocesos, nada, solo … por lo menos en mi vida en mi caso particular he visto muchos avances, entonces noto los cambios que he tenido, si se notan de todas formas."* |

| | | |
|---|---|---|
| | Usuario N°4 | *"Yo se lo he dicho a él, cuando yo estoy acá yo me siento como que me mejoro (...) Entonces, cuando estoy aquí sí, él me aconseja, ahora mismo, me van a trasladar a un hospital, si está en una parte agradable o si uno amanece de una manera o de otra, o sea, yo aquí, con él yo me siento bien, se lo dije a la doctora, yo me siento bien, me aconsejan todo, pero uno llega a otro ambiente, no es que esté mal allá, pero voy a estar no con el apoyo de él."* |