



**Posiciones de trabajadoras sociales de primera línea en marcos políticos-institucionales de Salud Mental.**

**Estudiante: Paz Valenzuela Rebolledo**

**Profesora Guía: Gianinna Muñoz Arce**

**Monografía para optar al Título de Trabajadora Social**

**Santiago de Chile, 2 de marzo de 2020**

## Índice

Introducción .....	3
Planteamiento del problema .....	4
Trabajo social chileno y transición neoliberal.....	6
Salud mental en Chile.....	7
Dispositivo biomédico y subjetividades en sus márgenes.....	9
Posiciones profesionales y performatividades.....	10
Discusión .....	14
Significantes de trabajadoras sociales frente su rol profesional.....	14
Perspectivas en torno a marcos institucionales habitados.....	15
Performatividad, agencias y/o resistencias.....	17
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19
Anexos.....	22

## Introducción

Esta investigación fue elaborada a través del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social del departamento de Trabajo Social de la Universidad de Chile, junto con la colaboración del Colegio de Trabajadoras/es Sociales de Chile e inscrita en el marco de la Red Internacional *Social Work in context of political violence* de la Universidad de Essex. Situado a partir de las contradicciones chilenas del siglo XXI en función de la crisis neoliberal (Harvey, 2005; Araujo, 2017), el eje transversal de este estudio es examinar cómo se configuran las posiciones profesionales de trabajadores sociales de primera línea en función de los marcos político-institucionales que habitan (Hermida, 2018).

Si bien el auge y consolidación del neoliberalismo a escala global ha sido un fenómeno social ampliamente estudiado (Boltanski & Chiapello, 1999; Harvey, 2005; Eagleton-Piece, 2016; Butler, 2016; Jaeggi, 2018), el impacto del neoliberalismo ha sido contrastado por sus efectos en el trabajo social desde inicios de este siglo. Desde el cono europeo, distintos profesionales han discutido las tensiones entre neoliberalismo y trabajo social, ya sea analizando las lógicas gerenciales en los servicios sociales (Ferguson, 2017; Lavalette, 2018), el impacto en la subjetividad profesional (Brocking, 2016; Han, 2016), la *mcdonalización* de las gestiones del trabajo social (Dustin, 2016), entre otros. Para el caso de Chile, el análisis sobre neoliberalismo adquiere otro tinte debido a la especificidad de su instalación: la violencia ejercida por el régimen de la dictadura cívico-militar que buscó exterminar con su oposición política a través de la tortura, desaparición y asesinato de miles de personas (Harvey, 2005; Nieto, 2010). A su vez, el impacto del neoliberalismo en el trabajo social chileno ha sido visto como una de las crisis más grandes a nivel disciplinar, debido a la clausura de muchas escuelas de Trabajo Social por ser consideradas una fuente de subversión e ideas radicales de la época (Muñoz Arce & Pantazis, 2018) y principalmente porque muchos trabajadoras/es sociales, académicos y estudiantes de nuestra disciplina fueron desaparecidos, torturados y asesinados por su oposición y resistencia al régimen de Pinochet durante la implantación del neoliberalismo en los 80' (Ávila & Bivort, 2017).

Desde una perspectiva postestructuralista, esta investigación de carácter exploratorio busca conocer cómo los y las trabajadoras sociales chilenos/as configuran sus posiciones profesionales a partir de la construcción subjetiva como interventores de primera línea en marcos institucionales que están en mayor o menor medida permeados por una racionalidad neoliberal (Eagleton-Piece, 2016). Así, la premisa a defender de este estudio es que **la gubernamentalidad neoliberal constriñe al trabajadores sociales de primera línea a resistirse por movilizarse entre asistencialismo y la performatividad afectiva**. Siguiendo a Hermida (2018), esta investigación parte como una invitación a escuchar a quienes recuperan el gesto que está puesto en la interfaz entre la institución y lo subjetivo, donde lo institucional no es exógeno al sujeto sino que se vuelve una dimensión que inaugura permanentes instancias productoras de subjetividad. Como herramienta para explorar estas configuraciones, se utilizará la noción de gubernamentalidad (Foucault, 1978) para referirse a la manera en que se configuran las subjetividades y el pensamiento político moderno a partir de la formación de determinadas racionalidades mediante montajes discursivos, procedimentales y/o estratégicos que conducen la conducta de los individuos e incluso la administración de nuestros sentimientos, deseos y experiencias subjetivas, esos que parecieran ser esencialmente personales y que, sin embargo, son administradas para la

organización de la vida moderna (Rose, 1990). Como parte de la caja de herramientas, también se recurrirá al concepto de performatividad (Butler, 1993) para hablar de las experiencias de trabajadores sociales no como significados aislados, sino como posiciones que se desarrollan en actos siempre relacionales: junto con otros profesionales, usuarios/as, administraciones de gobierno locales, etc. y las cuales, al enunciarlas, también realizan una determinada acción y ejercen un poder vinculante (Butler:1993, 225). La performatividad no será utilizado como un concepto analítico transversal, sino como una herramienta acotada que ayuda a pensar las enunciaciones de los sujetos como construcciones que derivan en agencias y resistencias, ambas vistas no como dicotómicas sino como posturas dialécticas en una misma experiencia.

El estudio, de enfoque cualitativo, incluyó la realización de análisis temático de entrevistas a tres trabajadoras sociales de primera línea de programas de salud mental del sector sur oriente de la Región Metropolitana, siguiendo criterios para una producción de conocimiento situado (Haraway, 1995). La elección de generar una investigación situada respecto a la posición de trabajadores sociales en marcos políticos institucionales de la zona sur oriente de salud de la Región Metropolitana (SSMSO) —que compromete a las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana, San Ramón, Puente Alto, Pirque y San José de Maipo— constituye una apuesta teórico-metodológica, aportando claves analíticas para las reflexiones disciplinares y análisis sectoriales específicas en materia de salud mental. Los conocimientos situados, según Haraway (1995), dan razón de ciertos espacios de validación, uso, difusión y producción del conocimiento científico que pone en evidencia las relaciones entre lo científico y lo político, las que tienen una imposibilidad de desligarse de sus marcas geopolíticas y el conocimiento producido en ellas (Haraway, 2004).

Los capítulos desglosados a continuación acuden a la memoria profesional, a partir de una recapitulación histórica que caracteriza cómo las y los trabajadores sociales chilenos han configurado su posición profesional de acuerdo a las tensiones contextuales frente a la instalación y posterior consolidación del neoliberalismo; se describe el caso de la salud mental en Chile como estudio de caso sobre sectores de la política social permeados por el neoliberalismo; también se alude a los dispositivo biomédico y subjetividades que están sobre la lectura de gubernamentalidades dominantes; se analizan posiciones profesionales y performatividades a la luz de literatura disciplinar y por último se discute las experiencias de trabajadoras sociales de primera línea a través de tres ejes de análisis.

## **II. Fundamentación del problema**

Distintos elementos conceptuales permiten fundamentar esta investigación, al mismo tiempo que justifican el período considerado en este análisis. En el marco de las últimas crisis económicas, migratorias, políticas y medioambientales del último siglo, distintos países han enfatizado en políticas de austeridad como estrategias frente a la desregulación financiera, la financiarización del capital ficticio, la especulación de los bienes de consumo y el boom del endeudamiento. El hito de la caída del banco de inversiones Lehman Brothers del año 2008 ha sido la crisis más reciente a nivel global y sus factores agudizaron directamente tanto las contradicciones del capital como el tamaño y rol de los Estados de Bienestar europeos y los Estados sociales en América Latina frente a privados transnacionales e instituciones financieras internacionales, quienes además fueron las mayores contribuidoras de los colapsos financieros a escala internacional (Harvey, 2013). Particularmente en

Europa, como respuesta a la permanente crisis de austeridad, países como España, Turquía, Malta, Chipre y Grecia y en general la mayoría de los gobiernos europeos han sostenido un compromiso con los lineamientos de la agenda neoliberal, implementando políticas de privatización de algunos servicios sociales, promoviendo una liberalización del mercado y con ello ampliando la desregulación laboral (Ioakimidis&Teloni, 2013). De acuerdo a Ferguson, Ioakimidis y Lavalette (2018) con la crisis de los principios de los Estados de Bienestar en los países afectados, el trabajo social ha debido recuperar su posición reivindicativa, asumiendo posturas colectivas y desafíos respecto al incremento de las demandas sociales, descontento social, la precarización del trabajo y la vida además de la permanente disputa por la no reducción de los presupuestos de políticas y los servicios sociales.

Si el panorama en Europa ha tenido un fuerte contraste por el receso social frente a la crisis y el auge del neoliberalismo, la situación en América Latina y en Chile particularmente se problematiza con un tinte distinto. Mientras diversos movimientos sociales a nivel latinoamericano se han organizado para manifestar su rechazo a las reformas neoliberales que han sido progresivamente instaladas frente a la crisis (Ver Fernández & Riethof, 2001; Seoane, Taddei & Algranati, 2001; Svampa, 2006; Retamozo, 2011; Durand, 2013), para los organismos financieros internacionales el caso chileno es un ejemplo a seguir en América Latina debido a la eficiencia de la instalación de reformas estructurales de tipo neoliberal. Quienes celebran el caso de Chile, olvidan que la instalación del modelo neoliberal mediante la dictadura militar no sólo transformó radicalmente el pensamiento de la sociedad chilena en su conjunto, sino que desarticuló a la oposición política a través de una represión de una magnitud tal que hasta el momento no ha sido posible contabilizar el número de personas detenidas, torturadas o desaparecidas (Carrillo Nieto, 2010:145).

La violencia es un factor central en la constitución del Estado neoliberal chileno. Si bien la instalación de un programa neoliberal no requiere necesariamente de una dictadura, en el caso de Chile sí necesitó de una. Esta aplicación del modelo neoliberal en Chile significó la instalación no sólo de una estructura económica y jurídica general para una apertura arancelaria y la liberalización del comercio internacional, sino que también la transformación de la sociedad chilena en su conjunto. Esta instauración no fue lineal (French-Davies, 2008; Tironi, 2005; Castells, 2005), pues el establecimiento de un programa neoliberal no sólo supone la implementación de un modelo económico reinventado por las grandes potencias durante los 70 hasta nuestros días —Estados Unidos, China e Inglaterra— (Harvey, 2005), sino que también un sistema de subjetivación en específico, régimen de verdad que interviene y gestiona tanto las experiencias personales como el mundo científico que lo interroga (Rose, 2012). Así, la consolidación de los valores del individuo racionalizador y maximizador (Carrillo Nieto, 2010) no pueden ser entendidos sin recurrir a la memoria: las organizaciones políticas de inspiración marxista-leninista y diversas organizaciones populares, sindicales y territoriales fueron brutalmente perseguidas, reprimidas y suprimidas por los organismos represivos al mando de Pinochet. En este contexto, muchas escuelas de Trabajo Social fueron cerradas porque ellas fueron consideradas una fuente de subversión e ideas radicales (Muñoz Arce & Pantazis, 2018) y muchos trabajadoras/es sociales, académicos y estudiantes de la disciplina fueron ‘desaparecidos’, torturados y asesinados por su oposición al régimen de Pinochet durante la implantación del neoliberalismo en los 80’ (Colegio de Trabajadores Sociales de Chile, 2015; Ávila & Bivort, 2017).

## Trabajo social chileno y transición neoliberal

El trabajo social chileno dentro del proceso de transición neoliberal fue visto como una de las disciplinas más afectadas, pues no sólo existió una persecución política hacia trabajadores sociales sino que también un desbaratamiento de las escuelas de trabajo social chileno. Muchas de ellas fueron cerradas y en otras se inició una "redefinición de los objetivos, del objeto de estudio del trabajo social y de las metodologías de la profesión" (Castañeda y Salamé, 1996:15) en función del cambio de matriz sociopolítica. La instauración neoliberal implicó un cambio en las teorías que comenzaron a movilizar el trabajo social, apuntando principalmente a una desideologización de la profesión, centrando su epistemología en la tecnologización de la intervención, la cual rescataba como valor central una pretensión de neutralidad en los procesos de intervención social (Castañeda y Salamé, 1996).

A partir de los 80', los y las trabajadores/as sociales fueron eliminados/as de los cargos como directores de servicios sociales estatales que antes eran labores exclusivas de nuestra profesión (Sepúlveda, 2016), por lo que los contextos disciplinares se dividieron mayoritariamente entre el rol del profesional del trabajo social inserto en el ámbito institucional de tipo asistencial y socioeducativo y la otra esfera o contexto disciplinar, instaurada en intervenciones clandestinas sujetas a organizaciones creadas por la sociedad civil y la iglesia, donde los profesionales del trabajo social chileno fomentaban la importancia de los derechos humanos y el apoyo directo a familiares de detenidos desaparecidos de la dictadura (Ramírez, 2016). El retroceso epistémico-político que sufre la disciplina en la dictadura se comienza a asumir con mayor decisión desde inicios del presente siglo (Aguayo Cuevas, 2007). Mientras el retorno a los regímenes gubernamentales post-dictatoriales inauguran una nueva fase en el desarrollo de la política social en Chile, período donde sobre afrontamiento de la política social fue dirigido principalmente pacto social contra la pobreza y la exclusión social (Muñoz Arce & Pantazis, 2018), el trabajo social chileno despliega su acción profesional en las diferentes instituciones del aparato público y mayoritariamente en ONGs, las cuales rápidamente son posicionadas como actores claves en el quehacer de espacios territoriales a escala local, tanto en sectores urbanos como rurales (MIDEPLAN, 1995).

Desde la creación del sistema de protección social chileno el año 2004, el desarrollo de políticas focalizadas y programas orientados en una lógica particularista que opera bajo la subsidiariedad fue complementado con políticas que emergieron en sus principios sostener algunas garantías sociales básicas, independiente de la condición socioeconómica y su capacidad contributiva de los usuarios (Rubilar & Olaya Grau, 2017). A partir de la implementación de una política social marcada por la subsidiariedad y focalización del gasto social, hoy nos encontramos con una heterogeneidad de lógicas de intervención social que operan bajo dos tendencias generales; Martín (2012), las identifica como intervenciones que se movilizan entre el bienestarismo y el neoliberalismo. Estas intervenciones sociales se basan mayoritariamente en nociones de riesgo y protección (Leyton and Muñoz, 2016), siguiendo generalmente lineamientos del enfoque del Banco Mundial para evaluar el éxito de las intervenciones, las cuales están mayoritariamente basadas en la proposición de

objetivos a nivel de individuos y logros a nivel familiar (Muñoz & Pantazis, 2018), dirigiendo la resolución de las problemáticas sociales hacia la demanda. Dentro de estos lineamientos, la profesión parecía destinada a cumplir con la disminución de los índices de pobreza, vulnerabilidad y riesgo, ello sin retomar con fuerza la reflexión histórico-política, teórico-metodológica y ética construida hasta el Golpe militar.

En función de los antecedentes expuestos, es posible indagar sobre la configuración del rol de los profesionales del trabajo social y sus tensiones en función del trabajo que realizan en marcos políticos institucionales que hayan sido permeados por más que una simple reducción económica del Estado, donde la mercantilización, estandarización, desregulación y externalización de los servicios sociales por parte del Estado a partir de los 80' y su consolidación a nivel de política social en los 90', son síntomas evidentes de una neoliberalización de la política social, alojando una nueva matriz sociopolítica (Garretón, 2012), matriz en la que el neoliberalismo impacta tanto en los desafíos estructurales de la vida social (Araujo y Martucelli, 2012), como en la construcción de una nueva oferta de modelo de sociedad (Araujo, 2017). Sería inocente creer que la racionalidad neoliberal apunta a una extinción del Estado, ello nos haría olvidar que el neoliberalismo como racionalidad atraviesa tanto las instituciones, sujetos como contextos, penetrando lógicas y formas de habitar el mundo (Eagleton-Pierce, 2016), pues siguiendo a Hermida (2018):

Es claro que el Estado de esta restauración neoliberal no pretende su propia extinción, sino que propone una economía de fuerzas, funciones y potestades, donde algunas instancias de lo institucional directamente vinculadas con lo normativo y represor se amplifican, mientras otras, vinculadas a la reproducción de la vida y la construcción de ciudadanía se vacían (Hermida, 2018:6).

Ya no se trata de limitar la intervención del Estado, sino de extender las lógicas de mercado más allá de la estricta esfera de la actividad económica. Así, Chile, que había tenido un sistema nacional de salud con cobertura universal y de acceso gratuito hasta 1981, fue el primer país latinoamericano en aplicar una reforma neoliberal a este sector (Homedes & Ugalde, 2005). La dictadura fragmentó el sistema nacional de salud y creó aseguradoras privadas, descentralizando la atención primaria y hospitalaria mediante la municipalización de las áreas de salud, provocando una mayor inequidad en el acceso a los servicios entre los usuarios, además de reducir el presupuesto público del sector de la salud, estratificando el acceso a la asistencia médica según la renta de los trabajadores y su posibilidad de comprar un plan de asistencia médica (Labra, 2002). Si bien es posible estudiar cómo los y las trabajadoras sociales se desenvuelven en cualquier tipo de marco institucional —pues en mayor o menor medida todos han sido permeados por la racionalidad neoliberal—, este estudio apostará a observar las configuraciones profesionales a partir del estudio de caso en una área en específico: la salud mental, ámbito donde las subjetividades son el campo de intervención mediante la utilización de las técnicas de gobierno, donde el "alma" de los ciudadanos entra directamente a ser cuestionado frente al discurso profesional y su práctica (Rose, 1990).

## **Salud mental en Chile**

Las distintas gestiones gubernamentales de la última década han reconocido la existencia de problemas estructurales en la salud, específicamente por la inequidad en su acceso y su privatización (Jiménez et al., 2018), manifestando un discurso de compromiso desde las distintas jefaturas de los Ministerios de Salud para aumentar su cobertura y financiamiento, el cual no ha aumentado según los objetivos propuestos en torno a los planes y programas de salud mental implementados (Errázuriz, Valdés, Vöhringer & Calvo, 2015). Mientras el presupuesto de salud asignado a salud mental disminuyó entre el año 2008 y 2012<sup>1</sup>, los dispositivos de salud mental en atención primaria han aumentado de 759 en el año 2004, a 2022 centros de atención en el año 2012 y la demanda de usuarios por problemas de salud mental en atención primaria y especialidad se ha triplicado, expandiéndose de 269.909 a 730.584 (MINSAL, 2017:21). Si bien la creación de un sistema de protección social introduce algunos fundamentos iniciales hacia una orientación universalista en la forma como se han entendido las políticas sociales en Chile (Rubilar & Olaya Grau, 2017) materializado en la consolidación del GES<sup>2</sup>, esta iniciativa contempla exclusivamente un aseguramiento de la cobertura a la demanda y el acceso gratuito a la medicación. Frente a este panorama, Araya (2006) concluye en que las reformas de salud que han alentado el crecimiento del sector de la salud privada en Chile también han aumentado la segmentación de riesgos dentro del sistema de salud, lo que acentúa las desigualdades en la prestación de asistencia sanitaria. Por otro lado, esta desigualdad de acceso se acrecienta para las personas residentes en localidades apartadas y quienes habitan en las grandes urbes (Araya, 2006).

Desde hace diez años, las licencias médicas por enfermedad mental ocupan el primer lugar entre las causas de ausentismo laboral, mientras que se estima que la cesantía es una situación siete veces mayor entre personas con trastornos mentales severos en nuestro país (MINSAL, 2017). La tasa de ausentismo laboral, hoy explicada por conductas de riesgo como el estrés, la ansiedad y la angustia en los trabajadores/as, es un indicador inequívoco de un problema mayor a la individualización de las patologías mentales, pues ellas están relacionadas con el desempleo y la precarización de la vida:

Se puede afirmar que las estrategias neoliberales, sin duda orientadas para lograr mayor extracción del valor, han tenido como resultados en el mundo del trabajo la desocupación, la precarización de las relaciones laborales, la externalización de los riesgos laborales, la tercerización y el debilitamiento de las funciones del Estado en cuanto a regulador de las siempre desiguales relaciones laborales. (Tomasina, 2010:4)

La salud mental se encuentra inmersa al interior de una serie de fenómenos sociales que la envuelven, transforman y determinan, con consecuencias directas en las emociones y

---

<sup>1</sup>Este porcentaje disminuyó entre un 3,1% a un 2,16%, siendo la cifra más baja en gasto social al área de salud mental entre los países pertenecientes a la OCDE (MINSAL, 2017).

<sup>2</sup> Las Garantías Explícitas de Salud o GES es un plan universal que entrega garantías explícitas para 80 problemas de salud establecidos por ley para todas y todos los chilenos, ya sea atendidos en el organismo público de salud (FONASA) o en las aseguradoras privadas de salud (ISAPRES), unificando protocolos de tratamiento, entregando cobertura financiera y asegurando medicamentos para algunas patologías prevalentes en la población. En el caso de las enfermedades consideradas en el GES dentro del ámbito de la salud mental se encuentran la esquizofrenia, la depresión en personas de 15 años y más, el consumo dependiente de alcohol y drogas en personas menores de 20 años y el trastorno de bipolaridad en personas de 15 años y más, mismas enfermedades que han duplicado su incidencia en la población dentro de los últimos diez años (OMS, 2017).



cuerpos de los sujetos (Castro, 2019). En esta línea, si bien el Plan de Salud Mental actual de Chile 2017-2025 orienta los programas e intervenciones de los centros de servicios de salud territorializados a lo largo del país hacia una gestión de modelos psicosociales o comunitarios en salud mental, pues se admite que los medios sociales, contextuales y culturales son elementos relevantes en la generación de afecciones, se puede identificar que ello obedece a una transformación de lógicas de control y gobierno de las subjetividades, donde nuevos aspectos de la vida entran a ser parte del campo de intervención, con nuevas técnicas y nuevos aspectos del yo que adquieren significados éticos (Rose, 2007).

Esta incorporación de la intervención psicosocial o comunitaria obedece a un cambio en las estrategias de cómo se abordan a las personas y grupos con problemas de salud mental, incorporación en la cual operan mecanismos que apuntan a lógicas de ciudadanía del usuario, donde se apunta a fomentar una “participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal informada basada en el respeto mutuo y confianza” (MINSAL, 2006, p. 5), como se define en la política social. El rol que juegan los equipos de las intervenciones interprofesionales es fundamental, debido a que consolidan y guían la intervención en función de los lineamientos promovidos por las políticas de gobierno. Quienes conforman los equipos de salud mental poseen, además,

la particularidad de que sus acciones buscan intervenir las subjetividades de personas y grupos. Por tanto, se ubican entre las racionalidades de gobierno y las prácticas de intervención de la subjetividad de individuos y comunidades. Constituyen así un importante recurso para alinear los fines de gobierno con los deseos y la ética de los sujetos. (Carrasco et al., 2014:99).

Si bien el modelo de salud mental en Chile es comunitario, sus gestiones actualmente tienen un enfoque predominantemente biomédico (Informante clave n°2, entrevista, 2019). Desde un enfoque postestructuralista, ni el modelo biomédico ni el modelo comunitario se escapan de los relatos modernos ni están lejanos a las estrategias discursivas a través de las cuales generamos determinados regímenes de verdad (Aldana & Pulido, 2003).

### **Dispositivo biomédico y subjetividades en sus márgenes**

Por el contrario a su pretensión de objetividad e imparcialidad, el modelo biomédico articula una manera de ver y una forma de enunciar, construyendo un nuevo modo de organizar la relación entre el discurso y la observación: el discurso biologicista y la mirada clínica, la que se produce por una forma de espacialización en específica, la cual se refiere “a unas formas de existencia del discurso (taxonomía médica), a una forma de ser sujeto (el paciente enfermo en su domicilio o en el hospicio), y a la función de las instituciones para la cura” (Castrillón et al., 2003).

Sin pretensiones de abordar de manera exhaustiva las tensiones sobre la perspectiva clínica, esta investigación se apoya en la idea de gubernamentalidadde Foucault para referirse al ensamble formado por “instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten el ejercicio de esta muy específica aunque compleja forma

de poder” (Foucault, 1979). En esta línea, la idea de gubernamentalidad permitirá acercarnos a entender los montajes discursivos, procedimentales y estratégicos institucionales en los trabajadores sociales de primera línea se desenvuelven en el ámbito de la salud mental. La noción de gubernamentalidad permite observar cómo se configuran las tecnologías del yo en forma paralela a las formas de dominio y disciplina en un campo determinado. Siguiendo a Rose (1990), la configuración de una gubernamentalidad específica también da espacio para la configuración de una libertad en específico, la que es central para el gobierno del alma, donde nuestros sentimientos, deseos y experiencias subjetivas parecieran ser esencialmente personales y sin embargo son administradas para la organización de la vida moderna.

Castro (2019) se refiere a esta gubernamentalidad como la racionalidad instalada por las ciencias psiquiátricas a través de un modo de ser que ciertas instituciones, procedimientos y reflexiones que tienen por objetivo controlar la población con enfermedad mental, como también las que no sobrellevan una. Así, la gubernamentalidad se ha convertido "en el suelo común de todas las formas de racionalidad política moderna en tanto interpretar las tareas de los gobernantes en términos de una supervisión calculada y una maximización de las fuerzas de la sociedad" (Rose, 1990:6). La racionalidad neoliberal nace como una necesidad desde las ciencias sociales para pensar al neoliberalismo no sólo como una doctrina económica, sino como una transformación epistémica que se extiende como técnica de gobernanza, hoy recontextualizada en relaciones mutuamente constitutivas y contingentes (Ong, 2006:13).

La perspectiva gubernamental nos introducirá a un análisis del estado actual de la gestión de la salud mental chilena (Castro, 2019:180), permitiendo observar tanto la consolidación hegemónica del discurso psiquiátrico como las interacciones, autonomías, contradicciones y afectos que los y las trabajadoras sociales chilenos/as en primera línea construyen dentro de dispositivos de intervención específicos.

### **Posiciones profesionales y performatividades**

Actualmente la red de servicios de salud se propone como un modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales, técnicos, y organizaciones de autoayuda (como usuarios y familiares), los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas (MINSAL, 2019). En este contexto, la posición profesional de los trabajadores sociales dada por la oferta social sería la de articular los distintos componentes de la red, de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de protección y promoción de la salud (MINSAL, 2017).

En el contexto de la relación entre profesionales de la salud y los regímenes de verdad predominantes, Gijón y Saizar (2013), señalan que se ha observado en contextos argentinos y españoles una alta adscripción hacia criterios biologicistas de parte de los profesionales sanitarios, quienes difícilmente se reconocen como sujetos insertos en una

cultura occidental en la que a su vez está enculturado el saber biomédico (Gijón & Saizar, 2013:19). La intervención interprofesional, siguiendo a Muñoz y Madrigal (2018), es un proceso donde convergen diversos profesionales, cada cual "situado desde un horizonte comprensivo particular, que funda el lugar de enunciación desde el cual comprende el fenómeno de intervención y propone, desde esa posición de habla, estrategias y procedimientos para abordarlo" (Muñoz & Madrigal, 2018:6).

Reconociendo esta convergencia, cabe señalar que la intervención interprofesional no solo está mediada por los horizontes profesionales desde los cuales cada cual funda su enunciación, sino que factores menos estructurales pero igualmente importantes como son las relaciones de colaboración, el conflicto entre profesiones y jerarquías, las percepciones de status que merman el compromiso en el equipo, entre otros (Muñoz & Madrigal, 2018). Algunos autores insisten en que la relación profesional con la población usuaria muchas veces se torna más fácil que con el resto de las profesiones sanitarias, esto debido a la relación de empatía y apoyo que sostienen en intervenciones individuales, familiares y/o comunitarias desde el ámbito de la atención primaria (Gijón & Saizar, 2013:26). En este sentido, en el marco de una racionalidad neoliberal sobre la gestión de lo social en Chile (Rojas Lasch, 2018) donde se desenvuelven, construyen y tensionan formas específicas de subjetividad y a su vez se intervienen con determinados dispositivos (Foucault, 2008) que sostienen y/o tensionan esta racionalidad, la gestión de las políticas de la vulnerabilidad expuestas anteriormente como el escenario transversal de la gestión de los trabajadores sociales, son conjugadas muchas veces a través sentimientos de afecto y un léxico moral que se sostienen sobre prácticas asistenciales y educativas (Rojas Lasch, 2014). Donde el cuidado hacia los beneficiarios de la política en Chile se ha posicionado también como un recurso relacional que política y moralmente estructura el modo de hacer de la acción social (Rojas Lasch, 2018:143). Tal como lo propone Muehlebach (2012), el orden neoliberal no sólo produce sujetos racionales, utilitarios e instrumentalistas, pues nuevas formas de neoliberalización producen simultáneamente un ser afectivo, en términos de ser compasivos y empáticos, lo cual se propone como el universo social y moral del neoliberalismo. La moral neoliberal, "se refiere a la creación de un nuevo sentido del sí mismo y del buen ciudadano. De interioridad y de acción, de sensibilidad y de agencia" (Muehlebach, 2012:66).

El trabajo social de primera línea, profesión que siempre está relación vinculante con otro, dibuja su agencia o resistencia a partir del acto en el que se desenvuelve. La performatividad debe entenderse no como actores deliberados o singulares, sino como actos reiterativos por el cual el discurso produce los efectos que nombra (Butler, 1993). Este aspecto reiterativo de la performatividad contiene las semillas de cambio, pues esta repetición que no es puramente mecánica (Butler, 1998:16) sino que actos que se han permanecido en el tiempo y se han institucionalizado o bien en, han sido disonancia y resistencia.

### **Consideraciones metodológicas**

Para esta investigación de carácter exploratorio secuencial, los aportes de Haraway (1995) sobre la generación de conocimiento científico situado fueron indispensables metodológicamente para comprender el análisis del proceso investigativo en torno a las experiencias de los trabajadores sociales entrevistados. Debido a la municipalización del

sistema de salud y la descentralización de la atención primaria, la oferta social en salud mental está diversificada y articulada como red (Informante clave n°2, entrevista, 2019), la que alude a una amplia gama de prestaciones y unidades de servicios de salud que están coordinadas entre sí a nivel sectorial para intercambiar información, flujo de usuarios entre ellas y la definición dinámica de las áreas de competencia (MINSAL, 2017). Debido a este modelo de gestión y con intenciones de conocer cómo las y los trabajadores/as sociales configuran su posición profesional en marcos político-institucionales que están en mayor o menor medida permeadas por una racionalidad neoliberal, la primera elección metodológica relevante en esta investigación fue entrevistar a trabajadores/as sociales de primera línea que trabajen en una misma zona, debido a que comparten problemáticas territoriales, desafíos y marcos micro-institucionales en común.

Las entrevistadas fueron contactadas utilizando la *bola de nieve* como técnica de muestreo. A partir del contacto con una ex trabajadora social del Hospital Sótero del Río (Informante clave n°2, entrevista, 2019), pude identificar tanto al siguiente informante clave -quien se desempeña actualmente como director de un Hospital de Día comunitario en la zona sur oriente- cómo llegar a contactar a la primera entrevistada de este estudio, trabajadora social que desempeña funciones como coordinadora del área de género y mujeres para usuarias con patología dual en un hospital de día comunitario. Dentro de esta misma zona, fueron entrevistadas una trabajadora social de Centro Médico Familiar (CESFAM) encargada de recibir a pacientes con demanda médica por salud mental y una trabajadora social de Centro Médico de Salud Mental (COSAM), encargada de la intervención de tratamiento ambulatorio para adolescentes con consumo problemático de alcohol y/o drogas.

Con una caracterización muestral de trabajadores y trabajadoras sociales en primera línea que se desempeñen hace más de 2 años implementando intervenciones sociales desde el ámbito de la salud mental en la zona sur Oriente Metropolitana, teniendo una experiencia profesional de al menos 10 años (continua o discontinua) y que entre ellas representen una heterogeneidad de egreso de distintas casas de estudio, las entrevistadas fueron seleccionadas intencionalmente considerando criterios de heterogeneidad muestral. Las edades de las participantes oscilan en el grupo etáreo de 42 a 59 años y sus actividades cotidianas divergen en torno a la interfaz existente entre lo comunitario y el contexto clínico.

La elección de generar una investigación situada respecto a la posición de trabajadores sociales en marcos políticos institucionales de la zona sur oriente de salud de la Región Metropolitana (SSMSO) —que compromete a las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana, San Ramón, Puente Alto, Pirque y San José de Maipo— constituye una apuesta teórico-metodológica, aportando claves analíticas tanto para las reflexiones disciplinares y análisis sectoriales específicas en materia de salud mental. En esta línea, traducir líneas de investigación con miras a aportar en base a perspectivas que sigan los conocimientos situados no supone renunciar a la objetividad ni a la rigurosidad de la investigación, sino que descentralizar la noción clásica de ella, apostando por una práctica científica no idealizada, que transita desde las visiones universalistas que posicionan desde un no-lugar a la objetividad científica hacia una objetividad que evidencia el lugar desde donde se acota el campo de estudio y desde donde parten las investigadoras/investigadores el proceso de producción de conocimiento. Los conocimientos situados, según Haraway (1995) dan razón de ciertos espacios de validación, uso, difusión y producción del conocimiento científico que pone en evidencia las relaciones entre lo científico y lo político, los que tienen una

imposibilidad de desligarse de sus marcas geopolíticas y el conocimiento producido en ellos (Haraway, 2004).

Si bien la contextualización del auge del neoliberalismo tanto a nivel global como nacional a partir la revisión bibliográfica aportó mayores contrastes sobre los cambios políticos, sociales, económicos y culturales de la última década, la revisión bibliográfica de estudios e investigaciones relacionados con los procesos de la construcción de la posición profesional en contextos de auge neoliberal y experiencias profesionales dentro del escenario de salud mental a nivel local fue complejo debido a la casi nula existencia de este material. Este ejercicio constituyó uno de los desafíos en torno a la investigación, puesto que los registros bibliográficos encontrados sobre servicios de salud mental en Chile se referían a ésta en términos biologicistas, debido al carácter positivista de las investigaciones. En este sentido, otro gran desafío fue comprender los *modus operandi* de los distintos centros públicos de salud mental y el grado de jerarquía, derivación e interacción que estos tienen a nivel zonal, lo cual es definitorio para comprender el trabajo y rol de los trabajadores sociales en las instituciones. Tal como asegura el informante n°2:

“yo creo que los y las trabajadoras sociales en este servicio, depende de la institución en la que estén es como se comportan, bueno, lo dijo Bordieu no yo, finalmente, los que trabajan en la corta estadía son muy clínicos y los que trabajan en COSAM y los equipos de calle por ejemplo son muy comunitarios, esa distancia, esa diferencia es abrupta es fuerte. Hay que intentar equilibrarlo, me imagino que tiene que ver también con la escuela... Las corta estadía son super importantes para el sistema de salud público. Las corta estadía son los que hospitalizan a la gente. Toda la gente cree que esa es la salvación y la sanación total. Ser un trabajador social de corta estadía te da mucho poder. Ser un trabajador social de corta estadía te da más poder que ser un psicólogo de un COSAM. Ser un psicólogo o trabajador social de una corta estadía te da mucho más poder, por supuesto, que un profesional de un centro comunitario.” (Informante n°2, entrevista, 2019).

A partir de entrevistas semi-estructuradas a informantes clave del área de la salud mental y de trabajadores y trabajadoras chilenos/as, el análisis temático de este material fue realizado a partir de las orientaciones del enfoque de análisis narrativo crítico — *criticalnarrativeanalysis*— (Hickson, 2015; Souto-Manning, 2012). Este enfoque de análisis de datos cuestiona la separación de los discursos personales e institucionales, aplicando una perspectiva macro-analítica para posicionamientos interaccionales de nivel micro y viceversa (Souto-Manning, 2012:159).

La noción de narrativa crítica emerge cuando se combina los enfoques narrativos con las metodologías de investigación de reflexiones críticas, definida esta última como “técnicas de deconstrucción de historias, donde la reflexión crítica pone foco en entender suposiciones sobre conocimiento, poder y reflexividad” (Fook and Gardner, 2007). Si bien los aspectos de la reflexión crítica están relativamente incorporados en las metodologías de la investigación, ellos no siempre se reconocen y se explicitan como parte del proceso. Un desafío metodológico para esta investigación fue justamente elegir el análisis narrativo crítico como enfoque para analizar las experiencias de trabajadoras y trabajadores sociales chilenos

recopiladas a través de entrevistas semi-estructuradas, pues ello permitirá explicitar la relación entre las narrativas personales y las cuestiones de poder o discursos institucionales, des-invisibilizando las interrelaciones entre los mundos de la vida y los sistemas, permitiendo a los investigadores desmitificar la construcción social de la realidad, replanteando las definiciones a menudo monolíticas entre crítica e interacción social (Souto-Manning, 2012:163).

## I. **Discusión**

Con la finalidad de esclarecer la exposición de este análisis, he agrupado los aspectos que emergieron en el debate en torno a tres ejes: Los significantes que las trabajadoras sociales establecen a su rol profesional en el desarrollo del trabajo cotidiano que realizan; las perspectivas que giran en torno a los marcos institucionales que habitan; y las agencias y/o resistencias presentes en estas perspectivas.

### **Significantes de trabajadoras sociales frente su rol profesional**

A partir de las reflexiones realizadas por trabajadoras sociales de primera línea sobre su labor en intervenciones en el área de salud mental, se observan diversas significantes, las cuales están enmarcados dentro de la relación que han sostenido en el tiempo con los y las usuarias de la intervención, la relación que tienen con el equipo interprofesional y las tensiones que han resuelto o permanecido frente a los marcos institucionales:

En el camino se ha ido construyendo el rol del trabajador social en otro ámbito, porque el asistencial responde al municipio, responde a otras instancias, pero ¿qué trabajo asistencial vas a hacer en un centro de salud? Se empieza a trabajar desde lo que son las adicciones, de las dependencias, alcohol... Por ahí se fue abriendo cierto camino, se fue implementando otras estrategias, ya no sólo para trabajar temas de derivaciones, sino que también violencias, familia, abriendo un poco más el campo desde ese punto de vista. (Trabajadora social n°3, entrevista, 2020)

La entrevistada —quien ha trabajado por 35 años como primera línea en salud mental— relata que a partir de la inauguración de los modelos psicosociales en salud, el rol del trabajador social fue configurándose de acuerdo a los motivos de consulta de los usuarios en salud mental. Así, el profesional del trabajo social es quien muchas veces yuxtapone la mirada clínica con los fenómenos sociales que entrecruzan al individuo, articulando

“los distintos componentes de la red de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de protección y promoción de la salud” (MINSAL, 2017:89),

habitualmente aportando el componente *humanizado* de la mirada clínica: “somos (los trabajadores sociales) la mirada integral del caso. Nosotros vemos al paciente inserto en su familia, con sus redes... Yo creo que ese es el aporte que nosotros hacemos. Eso implica un

trabajo más humanizado, con una mirada más humanista, pensando en los sueños de esta persona, su familia, herramientas que tiene para superarlo”. (Trabajadora social n°3, entrevista, 2020).

Dependiendo del equipo interprofesional en el que se encuentra inserto, el profesional del trabajo social tiene más o menos cabida dentro del espectro médico de la intervención social. Si bien la intervención interprofesional está formulada discursivamente como psicosocial en salud mental, ella se configurará de acuerdo a las relaciones de colaboración que merman en la relación profesional:

Nosotros este año como asistentes sociales incorporamos la idea de nosotros también nos incorporarnos a la consultoría, porque el médico lo va a ver desde el punto de vista clínico, el psiquiatra en el tema medicamentos, pero ¿quién tiene que ver con la red y vinculación? Somos nosotros. Como nosotros somos los que hacemos el ingreso y las redes, decidimos que nos vamos a incorporar. (Trabajadora social N°2, entrevista, 2020)

Estas relaciones de colaboración flexibilizan muchas veces los dispositivos creados en los equipos dado el protagonismo de de los profesionales en estos. En un contexto predominantemente biomédico, el rol de las trabajadoras sociales está muchas veces dado por las lógicas políticas que hayan sido consensuadas dentro del equipo sanitario más que por una labor dictada por los discursos técnicos-disciplinarios:

“Nunca me he metido mucho ahí (en el modelo biomédico). Nunca me he puesto en tensión propiamente tal con el psiquiatra (...) De repente sugerimos y damos opiniones en las reuniones clínicas y lo bueno es que nuestro psiquiatra es un hombre fácil de comunicarse... Entonces de repente vienen, te dicen es que dormí mucho el fin de semana, estuve todo el fin de semana muy lento, no tengo ganas de nada. Uno le comenta al psiquiatra que está con mucho cansancio, ya, vamos a ver la posibilidad de bajarle los medicamentos...” (Trabajadora social N°1, entrevista, 2020).

### **Perspectivas en torno a marcos institucionales habitados**

En un contexto predominantemente biomédico, la institución habitada puede resultar ser un lugar íntimo o bien un campo de batalla. Si bien una de las entrevistadas reconoce que la institución es como su segundo hogar, esto está dado por las libertades que ella siente tener en la institución a la que pertenece. Según Castro (2019), ello estaría dado porque la gubernamentalidad instalada en su espacio laboral se extiende como una técnica de gobernanza en la cual la producción de subjetividades de la trabajadora social no genera conflicto con los regímenes de verdad instaurados:

Con tantos años aquí... (La institución) Es un segundo hogar, una segunda casa. Estás todo el día, con mis compañeros de trabajo llevamos muchos años y nos conocemos... Pareciera que es como una segunda casa, quizás. Un espacio laboral... es parte de mi vida. (Trabajadora social N°1, entrevista, 2019).

La jerarquía dentro del equipo profesional y la legitimación de las enunciaciones estará muchas veces dado por el régimen gubernamental dominante de la institución. Los sentimientos de frustración por parte de trabajadores sociales frente a marcos institucionales habitados está dado muchas veces por esta disonancia entre las agencias profesionales y la manera en que se configuran y ordenan las subjetividades al interior de una institución:

Un cambio en la alcaldía... Desde que estamos con esta gestión se priorizó otras cosas, la cantidad a la calidad... Hubo muchos cambios. Se cancelaron estas reuniones que te decía, las reuniones que teníamos a nivel sectorial todas las asistentes sociales con las orientadoras de la comuna y además hubo un ademán de sacarnos de ese rol que teníamos en la salud mental, de separar el trabajo que hacíamos con las orientadoras... Ahora como que es un trabajo que se centra más en la persona, a las psicólogas les dieron más el control sobre lo emocional y nosotras estamos un poco dejadas de lado... Cambiaron a las orientadoras de los colegios por psicólogas. Yo me quejé mucho porque no incluyeron, a la asistente social, no me incluían en la etapa de diagnóstico... Lo que hacíamos nosotras de tomar caso a caso, de entrevistar a las familias, trabajar con los profesores, cambiar el modo en que se estaba tratando a los niños en los colegios... Se cambió por lo que ellas llamaban como 'etapa de barrido' que consiste básicamente en hacer una encuesta a los niños en todos los colegios, revisar lo que contestaron y en base a eso derivar a los programas de salud mental escolar... (Trabajadora social N°3, entrevista, 2020).

Cuando la gubernamentalidad institucional apunta a legitimar criterios de la racionalidad neoliberal, se estandarizan labores así como se modifican las formas en las que se desenvuelve la intervención social en sus etapas de diagnóstico, monitoreo o evaluación. Respecto a este nudo, una de las trabajadoras sociales entrevistadas lo relaciona directamente con los cambios históricos que ha tenido la profesión en nuestro país, pues "No quieren que volvamos a ser lo que éramos antes las asistentes sociales. Creo que se nos está restando (a las trabajadoras sociales) porque creamos acción social y eso implica manifestarse con desacuerdos..." (Trabajadora social N°3, entrevista, 2020).

Esta sensación de malestar y de exclusión de las labores profesionales del trabajo social en algunos contextos institucionales obedece a reformas realizadas por gobiernos locales, quienes han disminuido el financiamiento de intervenciones de alta complejidad social mientras han ejercido presión hacia los equipos interprofesionales por maximizar el rendimiento en los logros de sus objetivos. Siguiendo a Rojas Lasch (2014), la política social se modela muchas veces en función de este rendimiento económico, donde la evaluación de las intervenciones se vuelca hacia metodologías estandarizadas, gestiones racionalizadoras de lo social y evaluaciones exclusivamente cuantificadoras:

Si logramos atender 110 niños con depresión, ellos nos decían que habían 150, la evaluación era esa. Estábamos mal evaluados, sin embargo no se ve el lado cualitativo y las razones de por qué no se logró... Ellos lo evaden... Debería estar ahí, por esto no logramos los objetivos y no simplemente tenemos menos ingresos, menos derivaciones... Ese no es el meollo. Eso es



lo que falta... Modificar las evaluaciones y darle mayor importancia a una evaluación más periódica... Para ver qué no se está cumpliendo y por qué, no sólo ver el número. Este es el sistema neoliberal... Así es, sólo nos piden números, quieren mirar sólo buenas cifras. (Trabajadora Social N°3, entrevista, 2020).

Cuando las dificultades con los marcos institucionales no son solucionables dentro del equipo de primera línea, puesto que los déficit obedecen a marcos de la política social a macro escala, algunas profesionales optan por generar estrategias de resistencia y otras de agencia. Estos actos de performatividad generan modificaciones dentro de la realidad institucional, ya sea para contradecir sus marcos o para moldearlos a partir de sus puntos ciegos:

Solucioné el problema, pero llegó el gran problema que por qué lo había hecho yo si lo tenía que hacer ella (jefatura), le dije que mi perfil como profesional es resolver problemas, sobre todo si es en pro de los chiquillos, ¿cachai? Me querían cuestionar más que nada que la respuesta no fue para ellos, sino para mi pero ante ello yo pude solucionar y traer la respuesta. Claro, me llevé yo el reto porque me salté un protocolo. Para todo hay que pedir permiso... Y eso dificulta mi rol como profesional. Yo prefiero a veces no pedir permiso aunque me llegue un reto” (Trabajadora Social N°2, entrevista, 2020).

### **Performatividad, agencias y/o resistencias**

Frente al rol de las trabajadoras sociales en las intervenciones interprofesionales y las limitantes o estructuras flexibles/inflexibles de sus marcos políticos institucionales, existen actos que solamente son explicados por la acción voluntaria que a veces sobrepasa las restricciones estructurales y que se constituyen en la producción subjetiva de su posición profesional. Estas agencias se caracterizan muchas veces por ser actos de afecto que permiten que la intervención social de primera línea en contextos clínicos o permeados por criterios neoliberales sean minimizados por la acción profesional:

El afecto es muy importante, es lo que mantiene que el trabajo funcione. Eso va a lograr que los chicos crean en tí también... Sin vínculo no hay ninguna respuesta, ni con médico, ni con psicólogo, ni con asistente social ni con quien estén trabajando con ellos porque el día a día acá se torna completamente diferente, acá no hay entrada y salida, entrada y salida... No hago esa atención, sólo el día martes que está destinado a los papás, para entrar y salir pero en general en la semana yo estoy en las reuniones, en las labores de 12 a 3 que son las de almuerzo, las de recepción cuando los chiquillos llegan en la mañana, las salidas que tenemos... El trato con ellos es diferente, no es de clínica ni atención individual, por eso el vínculo, el afecto es fundamental. (Trabajadora social N°3, entrevista, 2020).

Todas las trabajadoras sociales entrevistadas concuerdan que el afecto y la vinculación con los usuarios es la marca profesional necesaria para las intervenciones sociales logren ser llevadas a cabo. Pese a que el modelo comunitario intenta integrar estos componentes, la cantidad de casos por monitorear y la yuxtaposición de la mirada clínica no permiten que esto suceda. La huella del trabajador social de primera línea está puesta muchas veces

sobre el diálogo sostenido entre la relación que establecen con la población usuaria y la bisagra con las políticas y los equipos médicos. En este sentido, las trabajadoras sociales advierten que la formación profesional permite comprender los modelos de salud y “traducirlos” tanto a la población usuaria como a su vinculación con los otros profesionales sanitarios. Esto concuerda con los estudios comparados de Argentina y España, en los cuales Gijón y Saizar (2013) apuntan hacia la diversidad cultural de los usuarios con la que el trabajo social en contexto sanitario se enfrenta:

Yo creo que el hecho de poder estar atentos a los pacientes y escucharlos, hace que podamos visualizar está con más o menos herramientas, escuchar hace ver quien está más o menos dispuesto. Escuchar es importante porque algunos profesionales muchas veces creen que ellos son la razón, que tienen la verdad. Como médicos por ejemplo creen que esa cefalea tiene que tratarse de tal manera, sin considerar que ese otro que está ahí está más desvalido, le pasa algo y que no necesita que le indiques que hacer, necesita que lo escuches. Entenderlo, empatizar... A eso me refiero con humanizar, ponernos en su lugar. Si yo acojo, contengo y estoy con la persona probablemente sí va a poder sanar. (Trabajadora social N°2, entrevista, 2020).

## **Conclusiones**

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar algunas posiciones profesionales de trabajadores sociales de primera línea en distintos contextos políticos institucionales, todos ellos atravesados en mayor o menor medida por las controversias de la política social chilena, política caracterizada por una focalización del gasto social y por una maximización de los recursos económicos e interprofesionales. La salud mental como estudio de caso aportó algunas luces sobre cómo los trabajadores sociales flexibilizan sus labores profesionales y generan agencias en torno a problematizaciones estructurales, con la finalidad de llevar a cabo los objetivos de su intervención social, tener mayor cercanía con la población usuaria o bien, ser la bisagra entre la mirada clínica y la atención cara a cara. La “traducción” de las lógicas biomédicas en las cuales el trabajador social “humaniza” la intervención social, da cuenta de que las perspectivas técnicas-disciplinarias de las intervenciones sociales de primera línea son más que eso: Son gubernamentalidades alojadas en equipos interprofesionales, son regímenes de verdad alojados en cómo se diseña la política social y son muchas de ellas estrategias neoliberales con las que se controla socialmente a partir de modelos de gestión afectivos, educacionales, asistenciales y/o moralizantes. Las contribuciones de este estudio a la disciplina son acotadas, sin embargo busca ser un pequeño granito de arena a las discusiones en las cuales nos tensionamos. Las trabajadoras sociales entrevistadas conocen sus contribuciones hacia lo social, así como sus limitaciones y desafíos para abordar las problematizaciones que hoy el trabajo social de primera línea tiene. A nivel metodológico la incidencia de este proyecto de investigación es poder ser un aporte a la bibliografía crítica del Trabajo Social chileno, un insumo a las discusiones del Colegio de Trabajadoras/es de Chile, a la bibliografía complementaria para la docencia de Trabajo Social a nivel universitario y unirse a los debates sectoriales en torno a la posición disciplinar en la zona sur oriente de salud mental.

## Bibliografía

Aguayo Cuevas, C (2007) *Las Profesiones Modernas: Dilemas del Conocimiento y del Poder*. Cuadernos del Trabajo Social. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.

Aldana, A. y Pulido Correa, M. (2003). "Biopolítica y cuerpo: medicina, literatura y ética de la modernidad". *Revista Educación y Pedagogía*. Medellín

Araujo, K & Martuccelli, D (2012) *Desafíos comunes: retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. LOM Ediciones, Santiago, Chile.

Araujo, K (2017). "Sujeto y neoliberalismo en Chile: Rechazos y apegos". En: *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. En línea: *Questions du tempsprésent*. Consultado el 19 de octubre de 2017: <http://nuevomundo.revues.org/70649>

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R y Lewis G (2006) *Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile*. *Am J PublicHealth* 2006; 96: 109-13.

Ávila A and Bivort B (2017) 'Desaparición, verdad y reparación: relatos de vida de familiares de detenidos/as desaparecidos/as de la ciudad de Chillán, Chile', *Cuadernos de Trabajo Social* 17: 60-75.

Boltanski, L & Chiapello, É (1999) *El nuevo espíritu del capitalismo*. Ediciones Akal. Madrid, España.

Butler, J (2003) *Bodies That Matter: On the discursive limits of "Sex"*. London: Routledge

Butler, J (2016) *Vulnerability in Resistance*. Durham and London: Duke University Press. ISBN: 978-0-822-362906

Carrasco, J. y Yuing, T- (2014). *Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad*. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98- 108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVASVOL13-ISSUE2-FULLTEXT-415

Carrillo Nieto, J. (2010) *El neoliberalismo en Chile: entre la legalidad y la legitimidad*. Entrevista a Tomás Moulián. *Perfiles Latinoamericanos* N°35. Enero-junio 2010.

Castañeda, P & Salamé, A (1996). *Perspectiva histórica de la formación en trabajo social en Chile*. Temuco: Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y Universidad de la Frontera.

Castells, M (2005) *Globalización, desarrollo y democracia: Chile en el contexto mundial*. Castrillón, A & Pulido, M (2003) *Biopolítica y cuerpo: medicina, literatura y ética en la modernidad*. En: *Revista Educación y Pedagogía*. Medellín: Universidad de Antioquía, Facultad de Educación. Vol. XV, N°37 (septiembre-diciembre), pp. 187-197.

Castro, A (2019) Salud mental y Gubernamentalidad: Reflexiones en torno a la locura en Chile. De Prácticas y discursos Universidad Nacional del Nordeste Centro de Estudios Sociales. Año 8, Número 11, marzo 2019.

Colegio de Trabajadores Sociales de Chile (2013). Trabajadores sociales detenidos desaparecidos. Disponible en

<http://www.trabajadoressociales.cl/provinstgo/actgremial27.php>

Durand, A (2013) Movimientos sociales y política en el Perú de hoy. CIALC. Revista de Estudios Latinoamericanos. French-Davies, 2008

Eagleton-Pierce, M (2016) Neoliberalism: Thekeyconcepts. London: Routledge.

Errázuriz, P, Valdés, C, Vöhringer, P., y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>

Ferguson I, Ioakimidis V &Lavalette M (2018) Global Social Work in a politicalcontext. Radical Perspectives Fernández &Riethof, 2001

Fook, J. & Gardner, F. (2007). Practicing critical reflection A resource handbook. Berkshire Open University Press.

Foucault, M (1978) Governmentality, en G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (eds.), *The Foucault Effect, Studies in Governmentality*. Chicago, The University of Chicago Press, 1981, 88-104.

Foucault, M (1979) *Microfísica del poder*, [trad. Julia Varela & Fernando Alvarez-Uría, [segunda edición], Ediciones La piqueta, Madrid.

Foucault, M. (1984) El juego de Michel Foucault, en Saber y verdad. Madrid: ediciones de la piqueta, pp. 127-167.

Foucault, M (2008) El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, pp. 17-39.

Fulladosa-Leal, K. (2015). Creando puentes entre la formación y la creatividad: Una experiencia de investigación activista feminista. *Universitas Humanística*, 79, 115-140. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UH79.cpf>

Garretón, M (2012) Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: Los gobiernos de la Concertación en Chile, 1990-2010, Santiago, ARCIS/CLACSO.

Gijón, M &Saizar, M (2013) Aproximaciones al concepto de diversidad cultural en salud: el caso del Trabajo Social sanitario en Argentina y en España desde una perspectiva comparada. En: (Sub) Culturas profesionales: poder y prácticas en salud. Claudia Sandra Krmpotic (ed. lit). Myriam R. Mitjavila (ed. lit.), Mercedes Saizar (ed. lit.), pp. 17-42.

Haraway, D. (1995). "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y la perspectiva parcial", en Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza, pp. 313-346, Madrid, Cátedra/Universitat de València, 1995.

Haraway, D. (2004). Testigo Modesto@segundoMilenio.hombrehembra@ Conoce Oncorotón. Barcelona: UOC, S.I.

Harvey, D (2013) 'Diecisiete contradicciones y el fin del capitalismo'. Editorial Traficantes de Sueños.

Harvey, D. (2005). A brief history of neoliberalism. Oxford: Oxford University Press.

Hermida, M (2018) Habitar las instituciones: notas para una intervención social -otra en contextos de colonialidad.

Hickson, H. (2015) *Becoming a critical narrativist: Using critical reflection and narrative inquiry as research methodology*. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 15(3), 380-391. doi:10.1177/1473325015617344

Homedes, N y Ugalde, A (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev PanamSaludPública*. 17(3) 210-220.

Ioakimidis, V y Teloni, D (2013) 'Greek Social Work and the Never-ending Crisis of the Welfare State', *Critical and Radical Social Work* 1(1): 31-49.

Jaeggi, R (2018) Resistance to the Perpetual Danger of Relapse, Moral Progress and Social Change. Chapter II. From Alienation to Forms of Life.

Jiménez, S; Barriga, O.; Salazar, A. (2018) Inequidad en el acceso a salud en Chile: Estudio multifactorial basado en la encuesta CASEN del año 2013. *Revista Chilena de Salud Pública* 2018. Vol 22 (1): 31-40

Labra, M (2002) La reinversión neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4): 1041-1052, jul-ago, 2002.

Leyton, C y Muñoz, G (2016). Revisitando el concepto de exclusión social: su relevancia para las políticas contra la pobreza en América Latina. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*(65),39-68.

Martin, P (2012) "El cambio en el sistema de protección social en Chile: un análisis de policyframes" en 3er Encuentro de la Sociedad Chilena de Políticas Públicas, Santiago de Chile: Departamento de Ingeniería Industrial.

Ministerio de Salud (2006). Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

MINSAL, (2017) Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Muehlebach, A. (2012). The moral neoliberal: Welfare and citizenship in Italy. Chicago, USA: University of Chicago Press.

Muñoz, G & Madrigal, J (2018) Trabajo interprofesional en Chile: Neoliberalismo y la producción de subjetividades profesionales críticas. En: *Intervención*. Revista del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

Muñoz, G y Pantazis, C (2018). *Social exclusion, neoliberalism and resistance: The role of social workers in implementing social policies in Chile*. *Critical Social Policy*, 026101831876650.

Olaya Grau, M y Rubilar, G (2017) Direcciones y derroteros de la protección social en Chile: Análisis del proceso de reconstrucción de una ciudadanía basada en derechos. Disponible en <https://www.ciir.cl/ciir.cl/wp-content/uploads/2018/08/Direcciones-y-derroteros-de-la-protecci%C3%B3n-social-en-Chile-an%C3%A1lisis-del-proceso-de-reconstrucci%C3%B3n-de-una-ciudadan%C3%ADa-basada-en-derechos-Gabriela-Rubilar.pdf>

Ong, A (2006) *Neoliberalism as exception. Mutations in citizenship and sovereignty*, Duke university press, Durham NC.

Powell, J & Carey, M (2007) Social theory, performativity and professional power- A critical analysis of helping professions in England. *Human Affairs* 17, pp. 78-94.

Ramírez, C (2016) Trabajo social en la dictadura. *Una mirada hacia los elementos históricos desde la dictadura militar instaurada por Augusto Pinochet y el trabajo social como espacio de resistencia*. Cuaderno Jurídico y Político, Vol. 2, No. 6, octubre-diciembre de 2016. Universidad Politécnica de Nicaragua. ISSN 2413-810X.

Retamozo, M (2011) Movimientos sociales, política y hegemonía en Argentina. *Revista de la Universidad Bolivariana*. Volumen 10, N°28, 2011, P. 243-279.

Rojas Lasch, C. (2014). Sexuación y Subjetivación en las prácticas de asistencia en Chile. *Revista Cadernos de Pesquisa - Brasil*. V. 44, n. 152 abr/jun 2014. Doi : doi.org/10.1590/198053142870

Rojas Lasch, C. (2018) Afecto y cuidado: Pilar de la política social neoliberal. *Revista Latinoamericana POLIS: N°49*, 2018, p. 127-149

Rose, N (1990) *Governing the soul. The shaping of the private self*. London and N. York, Routledge. "Introduction".

Rose, N. (2007). *Terapia y poder: Techné y ethos*. Archipiélago. Cuadernos crítica de la cultura, 76, 101-124.

Seoane, J, Taddei, E & Algranati, C. (2001) *Neoliberalismo, crisis y resistencias sociales en América Latina: las configuraciones de la protesta*.

Sepúlveda, L. (2016). Algunas reflexiones acerca del ejercicio profesional del trabajo social durante la dictadura militar. In P. Vidal (ed.), *Trabajo social en Chile: un siglo de trayectoria*. Santiago de Chile.

Souto-Manning, M. (2012). *Critical narrative analysis: the interplay of critical discourse and narrative analyses*. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 27(2), 159-180.

Svampa, M (2006) *Movimientos sociales y nuevo escenario regional : Las inflexiones del paradigma neoliberal en América Latina*

Tironi, E (2005) *El sueño chileno*, Santiago, Taurus.

Tomasina F. (2010) *Trabajo precario, desocupación y salud*. Psicología y organización del trabajo III. Montevideo: Editorial Psicolibros.

## Anexos

### 6.1 Transcripción de entrevistas

6.1.2 Entrevista N°2. Informante clave 2. Manuel, 42 años de edad, género masculino, pregrado en psicología en la Universidad Andrés Bello, postítulo en psicología social en Universidad Diego Portales, magíster en Psicología Infanto Juvenil en la Universidad de Chile. Desempeña funciones como director de un hospital de día en la zona sur oriente, es miembro de la Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile y director de una corporación municipal. Lleva más de 20 años trabajando en programas públicos de salud mental. Entrevista realizada el día 26 de septiembre del 2019, a las 16 hrs en el Hospital de día donde trabaja. Duración aproximada: 1 hora y 8 minutos.

E: Entrevistador

R: Entrevistado

E: En ese sentido, la profesora Gabriela me recomendó a Claudia porque Claudia tiene una extensa trayectoria dentro de lo que es la salud mental y ella me podía dar algunas luces de lo que es la salud mental hoy... Ella me habló de este panorama en la zona Sur Oriente y un poco la perspectiva que ella tenía respecto a este tejido que es la salud mental. Ella lo veía más bien como un tejido, mencionando en tanto a que si bien existen niveles primario, secundario, terciario aquí todos COSAM, CDT, hospitales funcionan como tomándose los brazos... Te lo comento porque desde afuera ha sido difícil comprender cómo se hacen redes y cómo se enlazan los profesionales de la zona sur oriente.

R: ¿Quieres mi opinión de la zona sur oriente o mi opinión con la salud mental y las políticas públicas en salud mental?

E: Partamos por alguna de las dos... Yo entiendo que están estrechamente relacionadas

R: Sí, mira... Yo creo... que sí, finalmente son como las redes de los pescadores, mientras más chiquititas sean más fácil es agarrar los peces... Pero el modelo de gestión de redes del servicio público chileno es eminentemente biomédico porque los que tienen el poder son los médicos y en el caso de salud mental son los psiquiatras. En los servicios de salud, en los últimos cinco años atrás se están llenando con psicólogos, terapéutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros profesionales que son un aporte, pero lamentablemente durante muchos años en Chile los equipos psicosociales eran equipos subyugados al modelo biomédico. Entonces... Qué ocurría con eso, trabajadores sociales que se creían psicólogos, psicólogos que se creían psiquiatras y psiquiatras que se creen Zeus. El modelo biomédico es muy útil ya que nos guía en algunas líneas de la medicina, en salud mental no tiene ningún sentido tener un modelo de gestión biomédico. Ninguno. Al contrario, obstaculiza y genera dificultades para que las personas se sanen, la sanación no es acabar con el síntoma, no es el tratamiento farmacológico, si uno se quiere poner más... más cultural y sociológica, los procesos de salud mental están asociados a determinantes sociales, relaciones, construcciones de la realidad, más que a una descompensación clínica. En Chile el modelo es biomédico y ahí topamos con los que pensamos que el modelo de salud mental en Chile debiese ser desde la salud comunitaria. Estamos luchando en eso, en términos de gestión de redes, de generar mesas de trabajo. Yo participo

activamente en dos sociedades científicas, la Sociedad de psicología comunitaria y la de salud mental comunitaria, las cuales una es más académica y la otra más en terreno, donde habemos hartos psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras que creemos en esto... En un modelo de redes en salud mental comunitaria, no desde la gestión biomédica, donde el psiquiatra dice lo que hay que hacer con el usuario, el equipo de la corta estadía dice que el paciente tiene esquizofrenia... ¿pero dónde están los equipos? Chile siempre fue un país muy de tejido social y la dictadura nos rompió, nos generó una ruptura importante, partiendo por la constitución que decía que si nos agrupábamos con dos o tres personas éramos una célula terrorista. De ahí para adelante las agrupaciones, los grupos, la grupalidad se murió y ha costado mucho levantarlo porque muchos de nosotros, los profesionales, llegamos a trabajar desde afuera como los expertos y eso también generó la dificultad para lograr mantener un modelo comunitario en la salud mental. Yo creo que lo estamos recuperando, pero llevamos poquito tiempo... Cada vez que hay un cambio de gobierno, hay un cambio de quienes están a cargo de la salud mental. Si bien logramos tener en el segundo gobierno de Bachelet un equipo de profesionales en el MINSAL que estaban super empoderados desde los problemas de la salud mental comunitaria ahora volvimos para atrás, no porque sean mala gente sino porque son otros modelos de gestión. El encargado de salud mental hoy es alguien que trabajaba en psiquiatría forense, entonces, él tiene una mirada super clínica y no digo que sea malo, el modelo biomédico es interesante para explicar algunas cosas pero no lo es todo. Nosotros hemos logrado potenciar, en lo que estamos trabajando, que las redes del sur oriente primero... No estigmaticen a los pacientes, que se hagan cargo de las patologías duales, porque hace dos o tres años atrás los modelos de corta estadía no recibían a las personas con patologías duales, no las recibían. Nosotros... La misma Claudia, de corta estadía, empezamos a vincularnos, a trabajar temas y a romper lógicas donde la corta estadía tenía una lógica biomédica. Hoy esas lógicas de la corta estadía, desde el Sótero por ejemplo, han ido variando y diversificándose... Nosotros no estamos diciendo dejen de tomar remedios, ese es otro modelo, el de la anti psiquiatría...

E: ¿Cuáles serían los pilares que tú identificas en la salud mental comunitaria en la zona sur oriente y en tu trabajo?

R: En la zona sur oriente sigue primando el modelo biomédico, siguen pensando que el diagnóstico es el que manda, si bien ha habido un avance potente sobre todo en los equipos que están trabajando con la ciudadanía, dándose cuenta que es importante trabajar con el usuario, las familias o la comunidad considerándola como un otro, no como un subyugado. Desde ahí la psicología y la salud mental comunitaria es como aplanar el poder, el tema de la importancia de la ciudadanía, la generación de capacidades y autonomía, todo lo demás tiene que ver con el trato de humanidad hacia el otro... El trato como sujeto de derecho, como un otro legítimo, no como un paciente que tiene que seguir instrucciones de quien tiene el poder. Es súper fácil decirlo pero difícil hacerlo. Nosotros no sacamos nada con ser un equipo de buenas prácticas de salud mental comunitaria si no tenemos una red de salud mental comunitaria, porque sino chocamos contra un muro muchas veces. Eso se ha ido logrando. Yo tengo la impresión que nosotros en patología dual lo logramos y es probable que al ir mostrando y demostrando a los equipos más clínicos que se podía no hospitalizar pacientes psiquiátricos severos, que se puede tener en un espacio de género a personas con trastorno de personalidad o trastorno psiquiátrico o con ideas suicidas y no va a pasar nada, que sí se puede tener un hospital de día dentro de una comunidad y no dentro de un hospital, que se pueden tener vidrios y espejos en un lugar y no va a pasar



nada... Eso va rompiendo con los estereotipos, hay países que tienen resuelto esto hace años. Esto no es nada nuevo, de quienes hablan de una lógica comunitaria y no clínica. Ahí hay una especie de... choque entre los clínicos y los comunitarios, cuando para ser un buen comunitario tienes que ser un buen clínico, es imposible hablar desde lo comunitario si no tienes idea de lo que es una esquizofrenia, su tratamiento, etc., eso creo que lo hemos ido demostrando día a día.

E: ¿Tú crees que de repente lo comunitario se asocia un poco al sentido común?

R: Yo creo que lo comparan con lo comunista y con lo cotidiano, como sistematizar el sentido común y no... Hay una metodología, intención, teoría, epistemología de base. Nosotros hemos escrito dos libros ya para nuestra población y pensando que desde ahí también hemos hecho es empezar hacer academia y a demostrar, así como lo hacen los biopsicosociales, si los médicos lo que más genera ego en la medicina es la lógica de cuánto escribes y cuanto publicaste, así te validas. Nosotros también tenemos que hacer eso pero a lo mejor sacando el ego y las lógicas de que los otros son sujetos de rehabilitación, no. Son sujetos de derechos. Es una apuesta que implica mirar al otro como un legítimo y también implica dejar de lado el control social y fortalecer los riesgos y la libertad. Eso es complejo, es complejo en una sociedad tan egoísta como la chilena. Es complejo porque no es fácil con la vulnerabilidad social y con la lógica de poca amabilidad con las pensiones, con la vivienda. Aquí a quien le dicen esquizofrenia se siente esquizofrénico y si no tiene la capacidad cognitiva o el desarrollo moral o intelectual o las habilidades blandas para enfrentarlo termina como el esquizofrénico como el de condorito. Eso tiene que ver con el marco epistemológico y político de lo que uno quiere hacer sobre eso. Yo de verdad creo en los cambios sociales y en la transformación social... pero no es tan fácil, nosotros hemos discutido harto estos temas dentro de la sociedad y son mis compañeros psiquiatras quienes quieren más pelearla, porque se dan cuenta que su profesión sólo por ser psiquiatras coarta a otros... Son psiquiatras jóvenes, muy distinto a los antiguos que han llevado el poder durante todo este tiempo. Los han enaltecido como si fueran dioses, yo no lo entiendo. Cuando voy a un hospital como La Florida, Barros Luco, Sótero del Río... Dicen no sí el doctor dice que no se puede... Quién es ese doctor, qué sabe ese doctor de cómo se está sintiendo la persona respecto a su farmacoterapia... Yo voy por todos lados diciendo lo mismo, haciendo presentaciones y a veces pienso... ¿La gente no se cansará de escuchar siempre lo mismo? yo no estoy diciendo nada nuevo.

E: Y en esta red... Tú qué crees que están aportando como hospital de día?

R: Gracias al Alsino esta red sur oriente empezó a tratar la patología dual en este sector. Gracias al Alsino esta red empezó a entender que las personas con trastorno psiquiátrico severo egresados de un programa de tratamiento de patología dual pueden ser ciudadanos, pueden ser dirigentes. Yo tengo cabros que egresaron hace rato y que hoy son dirigentes del COSOC, del CECOF y van a reuniones y se paran al frente del encargado de no sé que cosa y mira, a veces pueden decir barbaridades por estar pre-psicóticos o en la nube pero no están con consumo y no están descompensados, son su estructura de personalidad y nosotros los metemos en todos lados a los que quieran ir. Durante mucho tiempo fuimos muy potentes en eso y el modelo de salud mental comunitaria de las organizaciones comunitarias partió con nosotros y con una trabajadora social que se llama Edita Herrera. Ella fue la primera... ella tenía a los chiquillos como si fueran sus pares, ello partió en el año

1998 y después claro... Hay una línea grande de salud comunitaria. Hay varios que se repiten pero nosotros intentamos renovar a los chiquillos porque la idea es que sean ciudadanos entonces... Hay un par que se mantiene de esos años pero los demás se van renovando como líderes sociales. El día que el usuario de salud mental haga lo mismo que hace el transexual, el sordo, el ciego... este país va a temblar. Lo digo por las agrupaciones de sordo, las agrupaciones de la diversidad sexual, eran pacientes del sistema pero ellos tienen un empoderamiento increíble. Ellos han logrado ganar digamos cuestiones a La Haya, se fortalecen como agrupación. Eso mismo yo lo he estado impulsando y los cabros van y hablan, como que cuando llegan al Alsino no son pacientes sino ciudadanos empoderados con un discurso firme, da gusto como tiemblan los del servicio. También como tenemos un buen trabajo clínico hemos ganado premios de buenas prácticas y tenemos una cierta validación dentro de los equipos. Ahora estamos bien empoderados, ya no es como antes que teníamos complicaciones. Yo creo que antes nosotros nos confundimos y al principio cuando partimos con Alsino partimos con una mirada mucho más asistencialista, luego fuimos dándonos cuenta de que la parada no era esa.

E: ¿Esta discusión de pasar de usuarios a ciudadanos es una discusión a nivel zonal?

R: Es una tensión que pusimos hace rato en la zonal. Nosotros mostramos que los usuarios tienen cooperativa de trabajo y demostramos que se puede.

E: ¿Cómo ves que los demás equipos profesionales ven esta tensión?

R: No lo hacen. No están poniendo esa tensión, siguen poniendo foco en lo clínico.

E: ¿Cuál es el techo de vidrio que está operando?

R: Lo biomédico. Nada más. El creer que las personas se le van a descompensar... Yo también creo que se van a descompensar, no me importa, si se quieren descompensar que se descompensen, los trataremos. Tengo cuatro compañeros de trabajo que son egresados de tratamientos nuestros. Hay días que esta casa se queda en manos de ellos y yo no estoy mirando lo que está pasando ni preocupado dejar la casa a personas con trastorno de personalidad y eso pasa los sábados acá. Eso pasa porque finalmente terminas creyendo en el otro como un legítimo y no como un paciente psiquiátrico, eso asusta todavía. Por eso digo que los movimientos anti-psiquiatría nos van a ganar la pelea... El movimiento anti psiquiatría y antimanicomial está creciendo en Chile y fortaleciéndose... Colectivo Libre Mente, el colectivo Locos por tus derechos, no es lo mismo ser loca que loco...

E: Salud mental es chico en Chile... ¿cómo ves que es la percepción de estos grupos de la sociedad civil en los equipos, otros colegas?

R: Depende. Los que somos comunitarios queremos aliarnos, sabemos que tenemos que tener pisos en común para aliarnos, por ejemplo no se puede permitir terapia electroconvulsiva sin consentimiento, sería un piso base, sin embargo hay profesionales comunitarios que trabajan en el Horwitz o en El Salvador donde hacen terapia de shock, porque las familias lo piden... Es como si fuéramos los socialistas y ellos los del frente patriótico, pero no somos de derecha, ¿cachai? Yo creo que va a llegar un minuto en el que tenemos que aliarnos porque sino vamos a perder nosotros la pelea, porque los usuarios en general se están dando cuenta que estas mezclas... A ver, hay profesionales muy mala

clase, que son muy poco éticos, que finalmente lo que hacen es llenar a las personas de fármacos porque la farmacia X... Mira, tú sabes que las farmacéuticas... Hay una organización que se llama "Médicos sin marca" pero hay otros que van a Pucón, a Concepción a tremendos hoteles porque la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía te arma en diez minutos un congreso mundial de neuropsiquiatría donde van todos gratis y quien financia eso... Las farmacéuticas... Porque ellos tienen que entregar el medicamento que les están dando. Es probable que muchas depresiones mayores que sí necesitan tratamiento farmacológico, es probable que muchos estados de tristeza y melancolía no requieran tratamiento farmacológico, requieren pasto, aire, playa, abrazos... Estos cabros, los de la anti-psiquiatría, este grupo ya te están hablando de eso

E: Y están mayoritariamente formados por usuarios

R: Sí, por usuarios. Ellos se llaman los sobrevivientes de la psiquiatría y es porque les han hecho daño. Les han hecho terapia electroconvulsiva sin consentimiento, les han intervenido quirúrgicamente para sacarles el útero a las mujeres sin su consentimiento, es falso que la gente los mandan a San José a que respiren mejor, es a intervenirlos quirúrgicamente y eso es sabido por todos... El Horwitz sigue funcionando como un manicomio, el Peral en ciertos aspectos sigue siendo un manicomio, hay un par de médicos que no daré nombres pero tienen un poder increíble y hacen lo que quieren, dicen lo que quieren y van en contra de toda lógica asociada a los derechos humanos de las personas. Tú escuchas a los movimientos anti psiquiatría y sentimos que nos van a ganar, yo soy uno de los que ha dicho durante mucho rato a muchos colegas que trabajamos juntos en un nivel político de gestión, porque igual con esto uno empieza a... O sea, a mí me gusta lo que hago aquí pero esto es un micro clima nomás, si no logramos hacer una ley de salud mental como la gente, si no logramos cambiar el modelo de gestión de riesgos a un modelo de gestión de redes en salud mental comunitaria, si sigue siendo biomédico, si no logramos hacerles entender a los compañeros que están en estos movimientos que somos sus aliados y no sus enemigos nos van a ganar. Cada día crecen más y más y son atrevidos... Son atrevidos, irreverentes, están con justa razón enojados, enojados porque quizás en algún momento un psicólogo les dijo que el problema es tu madre porque tu madre te abandonó y cero filtro para decir las cosas. Están enojados porque no se querían cortar, querían desahogarse, los tomaron como esquizofrénicos y lo que tenían era una depresión, están enojados porque su trastorno de personalidad... Porque todos podemos trastornar nuestra estructura de personalidad, la mía, la tuya y todos sabemos que el trastorno de personalidad es una bolsa de gatos. Cualquiera que no sabe lo que el otro tiene, dice, pongámosle trastorno de personalidad. Están enojados y con justa razón. Así como se enojaron los transexuales, los homosexuales, cuando decían que tenían una enfermedad clínica y psiquiátrica. Están enojados, bulliciosos y se pueden aparecer en cualquier parte para dejar la cola... Pero mira, hay una grupalidad donde estoy funcionando que es la sociedad de salud mental comunitaria y queremos hacer algo juntos, no sé si va a resultar.

E: ¿Se han vinculado?

R: No, no somos vinculantes. Igual ellos son grupalidades que nacieron al alero de Carlos Pérez Soto, epistemólogo chileno que tiene muchos libros asociados a la construcción crítica de la psicología y la psiquiatría... ligado a los movimientos internacionales. Ahí se armó algo y se armó algo potente a nivel universitario. Estudiantes de universidades de

carreras como psicología, trabajo social, sociología, antropología y terapia ocupacional se potenciaron mucho con ese discurso y ellos al ser luego profesionales muy jóvenes... Yo también estuve en esa lógica en algún momento y bueno, ahora me ha tocado estar en mesas con ellos y yo soy un amarillo a esta altura porque trabajo en un hospital de día, porque me siento en la misma mesa que el director de no sé que cuestión. Amarillo.

E: Yo comparto la idea que la institución también debe ponerse la camiseta... qué camiseta, esa es la discusión.

R: Claro, si vamos a institucionalizar... Ya está institucionalizada la salud mental... Institucionalizada desde lo biomédico y habemos algunos que queremos institucionalizarla desde lo comunitario y estos quieren la anarquía, quemarla, quemarla, quemarla, eliminar la psiquiatría y tienen fuerza. Tienen fuerza porque muchos son ex pacientes y muchos son compañeros de profesión también, están trabajando en algunos COSAM o CESFAM y son inteligentes... Hay uno que es brillante, haciendo investigaciones, piden papeles por transparencia y uno sabe al tiro quien lo pidió, algunos haciendo magíster o doctorado, son poquitos pero son movidos y bulliciosos. Nosotros también somos pocos... Nosotros quienes trabajamos desde un modelo de salud comunitaria como modelo de gestión, no somos más de 80 a lo largo de Chile, somos poquitos. Estos son más pocos que nosotros... Deben ser 40 y el otro está todo el biomédico... Población de profesionales que trabajan en salud mental que por ejemplo sean 1000 personas por decirte algo o una cifra, no sé... No somos ni el 1% y ellos menos. Si nosotros nos agrupamos, puede ser mucho mejor... Porque el modelo todavía está en el modelo biomédico. Mira... Acá todos los viernes vienen alumnos de medicina de la UC y la Portales, de medicina... No psiquiatría... A veces vienen becados de psiquiatría... Todos los viernes vienen y toman desayuno con los usuarios, se les muestra el espacio, etc. Cuando son médicos uno cacha al tiro, son cabros que están enfocados, quieren ser SEREMI, jefe zonales, van a estar en espacios de poder y uno les empieza a contar cómo es el modelo de salud mental comunitaria y cómo se establece... Cómo se puede fortalecer desde la ciudadanía, desde el desarrollo sustentable, desde la danza y el arte... Ellos se van alucinados y uno claro, es alucinante uno para contarlos, a mí también me brillan los ojos para contarlos y cuando hablo de mi pega. Se van alucinados... porque estuvieron en COSAM, CESFAM, Horwitz... Igual hay unos COSAM que están en esta pero no son la mayoría. Siempre termino diciéndoles lo mismo... Usted algún día será SEREMI, estará en espacios de poder, acuérdesse que existen modelos de salud mental comunitaria como este... Acuérdesse que podemos hacer cambios. Cuando voy a otros lados a hacer conferencias... cuando me invitan en mesas donde están los Libre Mente me voy a pérdida todo el rato, prefiero seguirles el amén... pero casi siempre me ponen en mesas donde están profesionales del biomédico, psiquiatras, ellos van a hablar de la esquizofrenia... Me encanta porque doy vuelta al público. Esto es atractivo, es atractivo tener este tipo de trabajo, porque tenemos éxito terapéutico, porque aquí te lo pasas bien trabajando con los usuarios y la gente quiere replicarlo. Cuando partimos con esta cuestión fue super difícil, el sur oriente nos cerró las puertas, no nos aceptaban nuestros usuarios en las comunidades terapéuticas, en los COSAM... Con los únicos que hemos tenido siempre buena onda son con los programas de situación de calle, porque ellos siempre han funcionado desde una lógica comunitaria y para ellos somos un grupo asombroso porque somos los únicos dentro del establishment que piensan como ellos. Somos los únicos que piensan como ellos. Eso tiene que ver con el grupo humano y la gestión que hemos hecho...

Yo no me voy a traer una trabajadora social que se crea psicóloga, o un psicólogo que se crea psiquiatra.

E: En cuanto a las trabajadoras y trabajadores sociales en tu experiencia, ¿cómo los ves en la zonal? ¿cómo ves su rol?

R: Hay trabajadores sociales que se creen psicólogos. Empiezan a terapiar al mundo, andan haciendo diagnósticos por todo el mundo, viendo patologías en todos lados... Esa pega hay que dejársela al psiquiatra. Yo creo que los y las trabajadoras sociales en este servicio, depende de la institución en la que estén es como se comportan, bueno, lo dijo Bordieu no yo, finalmente, los que trabajan en la corta estadía son muy clínicos y los que trabajan en COSAM y los equipos de calle por ejemplo son muy comunitarios, esa distancia, esa diferencia es abrupta es fuerte. Hay que intentar equilibrarlo, me imagino que tiene que ver también con la escuela... Yo he conocido trabajadores sociales del ARCIS que no tiene nada que ver con la UC... Nada que ver. No sé, es super raro cuando es el mismo oficio... Bueno pasa en la psicología encontramos lo mismo, el psicólogo de Los Andes no tiene nada que ver con el de la U de Chile... Los que trabajan en salud mental igual tienen su toque. Son distintos a los que trabajan en bienestar, en las mutuales, en las lógicas de recursos humanos, tienen un toque distinto y a mi me ha tocado... Yo creo que con la mejor profesión que yo me llevo es con los trabajadores sociales, de hecho, a veces pienso debí ser trabajador social y no psicólogo.

E: Bueno de pronto ese límite... ¿Esas duplas psicosociales no es muy definitorio o sí?

R: No, no es muy definitorio, porque el rol de la trabajadora social lo tienen muy puesto en esta cosa de la vivienda, en las redes... El que maneja aquí las redes soy yo, pero no es porque sea trabajador social sino porque soy el que más me vinculo con las redes pero... Además que ser trabajador social o psicólogo no significa ser simpático, igual que ser médico no significa ser pesado... Pero pareciera que les enseñaron a serlo. Las enfermeras... Para encontrar una enfermera comunitaria, te lo encargo. Las terapeutas y los terapeutas ocupacionales son una... gracias porque hayan llegado al servicio público y espacios de salud mental. Estos locos son como los psicólogos comunitarios. Parten de la base que ellos trabajan con la lógica que trabajan con la ocupación humana, para ellos el trabajo es para poder sanarse, no ven la sanación como un problema de rehabilitación, sino como un problema social. Ellos han sido un descubrimiento increíble, aquí en el equipo también tenemos una terapeuta ocupacional. Son increíbles, me encanta esa profesión. La trabajadora social... las que yo conozco son las que me vinculo porque son las que están a cargo de las redes finalmente y tenemos super buena relación con ellas. No hay ninguna que sea pesada, hay una que es tosca porque tiene que ser así, ha trabajado toda su vida con pacientes psiquiátricos pero en el fondo es un dulce. También hemos ido construyendo un espacio... La Claudia, por ejemplo, es porque nos conocimos y ya tuvimos una relación fluida, ella venía con los pacientes para acá, los dejaba acá, nos íbamos para allá, íbamos a reuniones... Se fue la Claudia y cuando llegó, cuando llegó la Claudia llegó super clínica y se fue súper comunitaria, siendo que ella es trabajadora social de la UC, super cuadrada con algunas cosas. Es una gestora increíble, una administradora increíble. Yo siempre le decía al director de corta estadía, se te va a ir la Claudia y sonaste, se te va a ir y no vas a durar más de un año. Así fue.

E: ¿Verdad?

R: Sí. Se fue la Claudia y no pasó ni un año y el que estaba a cargo de la corta estadía renunció. Doctor Jeria... renunció. La pega la hacía la Claudia, la pega de gestión. La cosa es que se fue ella y llegó otra chica. Ha sido súper difícil tener una relación con ella porque ella viene con una lógica del cuadrado clínico. Hemos avanzado... Las corta estadía son super importantes para el sistema de salud público. Las corta estadía son los que hospitalizan a la gente. Toda la gente cree que esa es la salvación y la sanación total. Ser un trabajador social de corta estadía te da mucho poder. Ser un trabajador social de corta estadía te da más poder que ser un psicólogo de un COSAM. Ser un psicólogo de una corta estadía te da mucho más poder, por supuesto, que un psicólogo de un comunitario. Yo siempre le dije a los equipos de salud mental cuando empezamos a armar esta cuestión de la sociedad, siempre he pensado que los psiquiatras... Esto es como los milicos en la salud. Es super jerárquico y hemos aprendido a funcionar en esa jerarquía, hemos aprendido y uno al final lo hace por respeto. Por distintas razones. El que chispea los dedos es el comandante en jefe... De ahí para abajo, nadie puede decirle que no al comandante en jefe. En salud mental el comandante es el psiquiatra, sí o sí, queramos o no queramos, entonces más comandantes en jefe pongamos que sean de la línea del trabajo comunitario, mejor para nosotros. Un psicólogo como yo, por ejemplo, que está a cargo de un hospital de día que eso ya es raro... es raro estar a cargo de un hospital de día como psicólogo, que tiene un par de posgrados... a lo más podría llegar a ser capitán. Nunca comandante y eso lo sé. Como lo sé, lo asumo y trato de hacer... Que con los comandantes con los que me tengo que mover sean comunitarios y eso ha sido interesante hacerlo, como un ejercicio político estratégico, para poder tener una ley de salud mental como la gente, pero seguimos siendo el 2%.

E: Cristian, si tú me tuvieras que recomendar un psiquiatra que sea del área comunitaria de la zona sur oriente...

R: Ahí está más complicado. Es probable que el Alejandro Valenzuela sea el más comunitario de la zona sur oriente, es un psiquiatra que hace tratamiento de sentido comunitario, yo le digo el doctor Illapu... Es bien lana, hace terapias de tratamiento de sentido en el Sótero del Río, donde hace nexos con la comunidad donde está el paciente y sus espacios... Tiene una dupla, él, un trabajador social, terapeuta ocupacional y él... Así se llama, tratamiento de sentido comunitario, en el fondo van a tu casa, al domicilio... Porque el nuestro, por ejemplo, no es comunitario.

E: ¿Cómo se ha mediado su participación en el equipo?

R: Muy bien, porque finalmente él es muy respetuoso como ser humano y yo también... Respeto su experticia clínica y creo que es bueno que no sea comunitario porque nos pone... nos racionaliza cosas que se nos pueden escapar de las manos. Yo estuve así de arrancarme para el frente patriótico (refiriéndose a la anti-psiquiatría) hasta que empecé a darme cuenta de muchas cosas que no tenían sentido con la anti psiquiatría en Chile, no como modelo. De hecho, Sebastián está conmigo desde el día 1... Desde que partimos en el Alsino, el día 1, pero no es psiquiatra comunitario... Al contrario, es eminentemente biomédico y eso permite que esta funcionalidad miembros del equipo sea correcta, es decir,

mientras mayor heterogeneidad tenga el equipo, mayor homogeneidad tendremos con el tratamiento para la persona que viene con consumo de drogas.

E: Lo importante es que pese a ese modelo biomédico, él tiene un diálogo.

R: Sí, de todas formas. Yo puedo recomendar... al Sebastián Prieto, pero en este minuto está en Coquimbo, Laura Aravena que vive en Los Andes... El Emanuel, pero no es de la sur oriente, es del Barros Luco. Bueno, Rafael Sepúlveda es un psiquiatra comunitario... que fue encargado de salud mental del Ministerio de Salud pero salió volando con Piñera, al tiro, era imposible que él estuviera en ese lugar.

E: Yo lo pienso porque entrevistándote a tí y a Claudia me doy cuenta que se tiene que entrevistar a psiquiatras... Cuando son parte fundamental del modelo de salud mental.

R: Claro, es que son los comandantes. Anda al Hospital Sótero del Río, el psiquiatra manda, olvídate, anda al Barros Luco, el psiquiatra manda. Olvídate del psicólogo y la trabajadora social, no es nada, no tiene ni un peso, ninguno. No son muchos psiquiatras comunitarios... Aquí en la zona sur oriente el Alejandro te estoy pensando, no más. Corta está, para nada. El Álvaro donde estaba la Claudia es un psiquiatra eminentemente clínico, tenía una actitud comunitaria pero clínico. El único que te puedo recomendar es el Alejandro pero no está en cargo.

E: ¿No atiende?

R: Atiende, pero con esta lógica de visita. No es director de un hospital de día, no es director de un COSAM, no es director de nada entonces no tiene poder... Cristián Anuch puede ser. El Cristian ha intencionado hacer que su modelo de trabajo también sea desde lo comunitario, a veces se le escapan algunas cosas pero yo creo que es... y tiene poder, porque es director del hospital Sótero del Río, tiene línea directa con el servicio sur oriente, creo que estuvo de asesor... Anuch... Otro que tenga poder... ¿tiene que ser sur oriente?

E: No necesariamente, pero lo pienso porque las lógicas de trabajo que he escuchado responden a la zona sur oriente y eso también fue una duda que me surgió... Ya que yo he estado estudiando la posición de los trabajadores sociales dentro de contextos institucionales, pero entiendo que estos son territoriales.

R: Claro, son territoriales porque tienen mucho que ver con lo que uno hace en su espacio. Nosotros somos los que prestamos el espacio, dejamos que la trabajadora social haga su trabajo porque creemos en ella, en sus capacidades técnicas, además es maravillosa porque se ve y el arte es una cosa increíble. La despatologización a través del arte es increíble y viene hace años... Anuch, porque yo conozco otros que son muy buenos pero no son de aquí, en este momento están en altas esferas de poder a niveles de servicio. Sebastián Prieto... Él fue durante mucho tiempo encargado del hospital de día del San Borja, ahora se fue como asesor en Coquimbo pero Prieto es eminentemente comunitario y es el presidente de la sociedad chilena de salud mental comunitaria... Si quieres entrevistar a alguien bueno, es a él. Nosotros creemos que Prieto tiene que ser... Prieto es el que te podría servir hartito... Con él estamos viendo cómo vincularnos con Locos por tus Derechos... Nos van a ganar la pelea, nos van a ganar, son tan poquitos y el modelo biomédico nos

pone la pata encima y nos vamos todos a las pailas... Por eso es importante unirnos... Bueno.

6.1.3 Entrevista N°3. Entrevistada 1. Patricia, 40 años de edad, género femenino, pregrado en Trabajo Social en la Universidad ARCIS, magíster en Educación en Universidad UTEM. Desempeña funciones como trabajadora social en un hospital de día de la zona sur oriente de la Región Metropolitana y coordinadora del área de mujeres y género en el mismo lugar. Entrevista realizada el día 26 de septiembre del 2019, a las 17 hrs. en el hospital de día donde trabaja. Duración aproximada: 1 hora y 7 minutos.

E: entrevistadora

R: entrevistada

E: Bueno Patricia, cuéntame cómo llegaste a trabajar en el hospital de día

R: En el año 2008, yo trabajaba en una corporación cultural de rehabilitación a través del arte, Coartre, estábamos haciendo unos proyectos concursables que tenían el arte como medio de rehabilitación. Llegamos a varios lugares de rehabilitación, entre ellos el COSAM de Puente Alto, donde empezamos a hacer un taller de teatro y los profesionales de ese equipo le cuentan a Manuel, a él le llamó la atención y se contactó conmigo, pidiendo a Puente Alto que también tuviese un lugar para trabajar y empezamos a hacer vínculo. Empezamos a trabajar desde coartre, que no funcionó mucho, pero quedé con la red con Manuel. Pasaron unos meses y me escribe para saber si tenía unas horas disponibles, coincidió con que coartre estaba terminando sus proyectos y así empecé a trabajar aquí.

E: Ya llevas 10 años aquí

R: 11, sí.

E: y ¿Cómo describirías tu participación o tu rol estos años en el hospital de día?

R: Son varias, porque como tenemos un modelo de salud mental comunitario aquí los roles de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales son amplias en las funciones que cumplimos. En particular, la asistencia directa, consulta directa a los usuarios y usuarias, terapias grupales, visitas domiciliarias, trabajo con familias grupal e individual, generamos un espacio de participación y ciudadanía y este ejercicio se hace a través de beneficios sociales como pensiones de invalidez, carnet de discapacidad, atenciones médicas en otras áreas de salud, derivaciones, ayudar a la gestión de interconsultas para temas de hospitalización y la participación ciudadana también la trabajamos con salidas a terreno de socialización con museos, bibliotecas, actividades donde ellos puedan participar activamente, marchas, encuentros de salud mental comunitaria, ahí nosotros estamos gestionando para que ellos estén llegando a esos lugares. Además estoy a cargo del grupo de las mujeres con un enfoque de género exhaustivo en un espacio grupal y ahí tenemos líneas de acción vinculadas a la recuperación de la identidad, de la autoimagen, de la autoestima y por otro lado la identidad grupal, sentido de pertenencia, construcción social de la mujer con patología dual y un espacio de danza flamenca... Que ese lo trabajamos desde la flamencoterapia, bailamos flamenco, tenemos un grupo y que se muestra a la



comunidad donde las mujeres reivindican su rol de mujer a través de la danza. Se va perdiendo esta mujer excluida, marginada socialmente... El protagonismo de la trabajadora social, que en este caso soy yo que les enseño la danza, va siendo importante porque es un modelo de animación sociocultural, donde las protagonistas son ellas... Si no fuera por ellas, la verdad que no sería posible.

E: Este espacio más o menos desde cuándo surge?

R: Desde el año 2012 cuando empezó a haber una carencia, un vacío en el tema del trabajo de las prácticas de intervención social con las mujeres, eran pocas usuarias por este fenómeno que lamentablemente no es lo mismo tener patología dual siendo mujer que siendo hombre, el apoyo era menor, había menos mujeres, primero por las exigencias sociales y culturales que uno tiene y por otro no había deseos ni ganas de los familiares de apoyar una mujer con este diagnóstico y en esta situación. Entonces... Pensamos que teníamos que destinar un trabajo hacia un grupo de mujeres que tuviera que ver con su identidad, paralelo a eso, los hombres tenían un espacio para eso, de fútbol y de actividades más asociadas a lo masculino, entre comillas porque ahora todos pueden jugar fútbol y bueno ahí surgió esa necesidad, primero, para cohesionar a las mujeres e impulsar que estén en su tratamiento y segundo para tener un espacio para ellas.

R: ¿Eso fue una reflexión del equipo profesional?

E: Sí, fue una reflexión del equipo, oye, porque hay tan pocas mujeres, oye, por qué se están llevando mal... Tú sabes, las mujeres somos difíciles, es complicado estar juntas y además en una situación de vulnerabilidad en la que se están armando hasta rivalidades y pensamos en que sería bueno armar algo para ellas, para generar cohesión y una identidad colectiva y que no... No genere estas dificultades como rivalidades, este espacio fue perfecto. Partimos con la idea del equipo clínico para hacer un taller de género una vez a la semana dos horas. De ahí en el pasar su tiempo, mi rol como trabajadora social empieza a surgir con esa inquietud... ¿Cómo sólo un taller de género de construcción social de la mujer? Taller, dibujo... Qué se yo, las metodologías que cada una tiene por ahí, pero no, otra línea de acción. Hagamos una sesión de belleza simple quizás, teñirse el pelo, arreglarse las uñas, unos masajes capilares, cremas, música, café, bien... Luego, pero podría ser otra cosa más, salir fuera de este lugar a un lugar donde mujeres no consuman drogas y alcohol, a una cafetería, a un parque, a un cine... Ya, tercera línea de acción. La cuarta... Oye, yo estudio flamenco desde el 2008... Quizás podría enseñarles a las chiquillas, yo como alumna quizás podría enseñar, intentémoslo. Entonces ahora hay cuatro líneas de acción, cuatro miércoles, generalmente son 5... Una hacemos la de salir, otro la de sesión de belleza, otra hablamos de lo que es ser mujer con patología dual en la sociedad y la otra es la danza flamenca... Esta tuvo un impacto muy interesante desde la corporalidad, como yo me conecto con mi cuerpo, con el cuerpo que ha tenido problemas dañados, me autoagredí, cuerpo violentado por otras personas, generalmente hombres, abuelos, padres, parejas, es lo que yo reconstruyo a través de la danza, de los ritmos gitanos, del movimiento de muñecas que traigo que me vengo, elimino, los pies, el zapateo, lo terrenal... Entonces se empieza a vincular de un trabajo previo, una complacencia que no es menor considerarla porque todas las chicas... hay que tener paciencia con los tiempos, reconociendo su cuerpo y ese grupo esta super firme. Esta fuertemente mostrando...

E: ¿Cómo te has sentido tú con esta intervención? ¿Has visto cambios, te sientes conforme?

R: Claro que sí. Yo te hablo del grupo con mujeres pero también con los hombres cuando hacemos el ejercicio de la ciudadanía y socializamos con espacios culturales, ir a museos, biblioteca, a casas de acogida a hacer shows, es muy reconfortante. Yo creo que uno no es otra persona al venir al trabajo, en mi casa soy la mamá, aquí la trabajadora social, en mi casa la hija, no. Nosotros aquí lo que uno le entrega a la gente, la alegría que da ver a las personas que una quiere como las amigas, las conocidas, verlas que están bailando, ver a los chiquillos sonreír, comiéndose una naranja, caminando después de haber ido al museo de arte contemporáneo, es super satisfactorio, es una forma de vivir... Sin embargo el rol profesional está, claro, la mirada técnica, la metodología de trabajo, el registro de las fichas de cada actividad que tú haces, el orden y el tecnicismo tiene que estar presente pero como ser humano yo he crecido mucho, he aprendido mucho de este lugar, de la simpleza, de lo que podemos lograr mirando al otro como un igual y como los llenas de esperanza, de vidas, de sueños y eso se te retribuye, sin duda.

E: ¿Cómo describirías al grupo de mujeres con el que trabajas?

R: Yo lo describiría... No, somos... Estas chicas van variando, porque son las que van llegando a tratamiento durante 8 meses, cuando están los 8 meses aquí estamos sagradamente trabajando fuertemente en todo lo que tiene que ver la mejoría y el bienestar de la persona siendo mujer u hombre, en este caso las mujeres. El grupo de los miércoles es para ellas pero también para las que han pasado y siguen viniendo. Es un espacio grupal abierto que es para las pacientes que están en comunidad y las que egresaron pero siguen viniendo, por tanto no tiene límite. Sí tiene nuevos inicios de mujeres que se van incorporando. Yo lo definiría como un grupo de mujeres valientes, sobrevivientes, vulnerables, mujeres que han sufrido mucho en su vida, que han vivido mucha violencia de género, exclusión, marginación desde su infancia, abandono... y ya en la adultez siguen siendo maltratadas, aparecen las drogas, siguen siendo vulneradas. Todas estas experiencias dolorosas que te dan la vida, te fortalece y las ha hecho crecer. Ellas son mujeres admirables para mi gusto, las quiero mucho, las estimo, somos una grupalidad... Tenemos fotos por ahí cuando salimos a tomar café, unas hileras de mujer o de repente cuando vamos a la pastelería que está por aquí cerca que uno va de repente con sus familiares, a comprar una torta, caminando en una tarde de miércoles mirando el cielo, los árboles, conversando de la vida, de sus cosas, de lo banal... Llegamos allá y... bueno, un grupo de mujeres con intereses similares y muchos dolores con los cuales nos vamos reconstruyendo... Yo me siento parte, somos una.

E: Y cómo crees que lo ha recibido tu institución el programa que tú estás impulsando?

R: Más que programa es como una línea de acción... Super bien, super agradecidos y yo también del equipo en que confíen en mí, vean esa posibilidad de que yo haya podido hacerme cargo de las mujeres, en términos individuales de gestión también en algunas ocasiones me piden ayuda... Como estamos tan cercanos en este espacio grupal... Yo agradezco mucho a Manuel, yo hice un magíster en la UTEM donde trabajé la flamencoterapia y la corporalidad de mujeres con patología dual y uno de los capítulos era de Manuel como director, quien permite que podamos indagar en este mundo de la danza y

el tema artístico... Nosotros somos empleados públicos, pertenecemos a la corporación municipal, al servicio de salud de la zona sur oriente, por lo tanto podríamos estar centrados sólo en lo biomédico y terapias grupales comunes que se hacen en tratamiento, qué es eso de la flamencoterapia me podrían decir... Esto es una cosa más terapéutica, más íntima, no es para ir a lucrar o mostrarse en escenarios, tiene códigos y es más grupal, poco tiene que ver con el protagonismo en espectáculos que yo me voy a lucir con los brazos, etc. En ese contexto, el equipo lo recibe bien, lo acogió bien. Justamente hoy en la mañana en reunión clínica acabamos de mostrar un video de una experiencia que tuvimos con dos chicas, nos fuimos a Argentina a Rosario a un encuentro anti-manicomio, derechos humanos, arte y salud mental donde fuimos a mostrar una puesta en escena que yo la tenía en mente hace mucho tiempo. Quería mostrar esto de lo psiquiátrico, los fármacos, el encierro, el control social como lo define Foucault... las instituciones totales... en este modelo de salud mental comunitaria, esta libertad que tiene este espacio, donde tú llegas y no hay ningún letrado, yo no ando con delantal, a veces ando con una cosita donde sale mi nombre y trabajadora social, por respeto a las familias pero generalmente tenemos una relación igualitaria. Recién estaba almorzando con una de las egresadas que fui a Argentina con ella y una libertad que efectivamente genera esto del respeto por el otro... Hoy mostramos ese video y todos super agradecidos, algunos se emocionaron, que lindo el trabajo y las chicas vinieron a esta reunión hoy día. Una de ellas dijo 'yo ya no soy la misma que fue para allá a la que soy ahora' y la otra dijo 'yo agradezco enormemente que confíen en nosotras para representar a la institución en otro país', porque no fue el director, la terapeuta ocupacional y la trabajadora social, no, fui yo porque yo hago el grupo de danza flamenca pero podría haber sido la terapeuta que lo hiciera pero sin duda, nuestro rol marca la diferencia, esa forma de mirar al otro con respeto, un respeto real, confiar y creer...

E: Es un trabajo muy local también

R: Sí, sí, muy local pero nos gusta también salir de lo local, salir y llegar a otras instancias, de hecho esto no se hace en otros lados, somos los únicos del sistema público donde trabajamos como lo hacemos.

E: ¿tú cómo sientes que estos ejes de acción se ven en el plano sur oriente? ¿lo conocen, lo han discutido?

R: Sí, somos reconocidos, viene muy de cerca la recomendación pero es verdad. Con Manuel hemos ido a exponer a varios lugares, fuera y dentro de Santiago. El sur oriente sabe. Ayer estábamos en Puente Alto donde veíamos un programa de calle, para personas en situación de calle, querían saber un poco más de nosotros y nos admiran mucho, porque además tenemos videos en la web y en youtube, ahí sale todo lo que hacemos y en los boletines, que hace la periodista que tenemos porque nos ganamos un proyecto del SENADIS donde estamos trabajando los procesos de inclusión, donde este no es un proceso de inclusión laboral propiamente tal como servicio coffee break, lavado de autos, jardinería, impresión digital sino que también está lo artístico, la danza, ahora estoy haciendo un taller de danzaterapia además del de flamenco y entonces desde ahí hay boletines que hace la periodista y muchas veces esta ahí el grupo de mujeres, la socialización que hacemos donde la trabajadora social lidera el grupo. Estamos a cargo también del grupo de familias con Manuel, las asambleas, la participación de la opinión de los chicos... Estamos en momentos importantes junto con las visitas domiciliarias que es

una de las prácticas más antiguas de la profesión, antes éramos visitadoras sociales justamente, donde nosotras... profundizamos su espacio privado y doméstico que sólo una trabajadora social tiene, con un lente con el que miramos la realidad que no la tiene cualquiera, los colores de las viviendas, las percepciones, el perro que está afuera, el negocio de la esquina, las relaciones comunicacionales, los mensajes, etc. eso solamente lo hacemos nosotras y en ese escenario es super importante hacer tantas cosas con los chicos que tienen esquizofrenia, trastorno bipolar, sus delirios, sus penas, sus intentos suicidas, sus descontrol de impulso, sus formas de vestir, hablar... vas a sus casas y dices bueno, ahí está todo, uno comprende.

E: ¿y sobre el modelo biomédico cómo lo ves?

R: Lo respeto totalmente, nunca me he metido mucho ahí. Nunca me he puesto en tensión propiamente tal con el psiquiatra porque siento que nuestros usuarios lo necesitan, si sugerimos y damos opiniones en las reuniones clínicas y nuestro psiquiatra es un hombre fácil de comunicarse y aquí nosotros somos gestores de caso de algunos chicos y estamos a cargo de sus procesos... Entonces de repente vienen, te dicen es que dormí mucho el fin de semana, estuve todo el fin de semana muy lento, no tengo ganas de nada. Uno le comenta al psiquiatra, está con mucho cansancio, ya, vamos a ver la posibilidad de bajarle los medicamentos... O este mismo chico que le comenté a Manuel mientras estabas tú, que se me fue un poco, que hace esto que comenté y que hay que apurar la hospitalización... porque afuera por más que queramos que esté a veces no sirve, no funciona, le tengo mucho respeto, ante todo somos modelo biomédico también. Lo comunitario es una parte pero lo otro es primero.

E: Tú crees que acá se ha equilibrado bien lo comunitario y lo biomédico?

R: Sí, porque estamos en equilibrio, no hay ni para un lado ni para el otro. Eso es importante.

E: Si nos alejamos un poco de la intervención local... y empezamos a pensar en las redes que tienen a nivel comunal y sur oriente, ¿cómo es tu percepción sobre las redes?

R: Tenemos hartas redes, ahí Manuel luego te puede contestar sobre las redes, la salud comunitaria, red incluye, el grupo de participación ciudadana... Hay varias redes. Yo en particular mis redes son los museos, gestiones para ir y venir, redes de salud todo sur oriente tenemos una buena red con las 7 comunas. En el tema cultural estamos trabajando con CorpArtes en Las Condes, una institución que trabaja con personas vulnerables en varios ámbitos y nos invita a los show artística de forma gratuita o a sus ensayos.

E: ¿Ustedes implementan algunas políticas que puedas identificar?

R: No, creo que no... Yo creo que hacer políticas es implementar este modelo que dice cómo se deben hacer las cosas, nosotros lo hacemos al pie de la letra a diferencia de otros programas que no lo llevan a cabo como debieran, pero sí estamos con brecha en torno a la patología dual, debería ser una política pública el trabajo y la intervención con todo lo que implica ese modelo de trabajo... No se ha llevado a cabo en términos nacionales.

E: ¿Has sentido un cambio desde tu posición como trabajadora social en torno a los cambios de gestiones tanto a nivel gubernamental o comunal? Porque llevas harto tiempo trabajando en la misma institución

R: En términos locales hemos tenido cambios negativos y positivos... Los alcaldes van cambiando y sus voluntades políticas, a nosotros nos ha costado comprar esta vivienda que es arrendada por ejemplo, han habido deseos para comprarla pero luego aparece otra autoridad y deja en stand by esta lucha constante. Tenemos que siempre estar mostrándonos y validando nuestra forma de trabajo, por los recursos, por lo que significamos en torno a los gastos municipales y en su tiempo consideraban que era un programa pequeño pero hemos estado mostrándonos con modelos de inclusión, con organizaciones comunitarias, prestando y facilitando este espacio para todas las organizaciones sociales que quieran usarla y los cambios los hemos hecho nosotros desde lo micro, la verdad.

E: Super. Vamos a cambiar un poco el tema... Hay varias áreas de las que me gustaría preguntarte, desde por ejemplo quiénes componen tu equipo profesional, cuáles son los recursos con los que cuentan, pero primero me gustaría preguntarte sobre los dilemas éticos, llamando dilema ético a esos momentos que te ha tocado atravesar como profesional, tanto aquí como en otros espacios laborales, que han marcado tu trayectoria como trabajadora social.

R: Complicado.

E: ¿a ti siempre te gustó trabajar en la salud mental?

R: Mira... La verdad es que... A ver. Cuando salí de la universidad, yo salí de la ARCIS, empecé a hacer trabajos de la cárcel, porque siempre me gustaron los sectores que nadie quería llegar y ahora la salud mental también es un tema que no todos quieren estar. Me gustan las áreas más difíciles donde siento que más nos necesitan... En tercer año yo pasaba para ir a la universidad y miraba la cárcel del 8 de vicuña y pensaba... qué habrá en esa cárcel, cárcel de mujeres, uy las mujeres, que pena... Y un día cuando empezamos con el proceso de práctica, nos dijeron busquen ustedes la práctica o sino nosotros las ayudamos y les sugerimos. Primero fui sola a la cárcel de mujeres con esa necesidad de estar en esos espacios que son más ocultos, no todos tenemos acceso. Fui a preguntar si era posible y me dijeron sí, trae una carta y empecé a hacer mi pre práctica en la cárcel de mujeres, cuarto también. En quinto hice mi tesis de la identidad colectiva de las mujeres que están dentro de la unidad penal en un grupo que se llama "trascender" mujeres que están en un tratamiento de rehabilitación dentro de la cárcel. Luego de eso me interesó el área penal y empecé a hacer peritajes para las personas que estaban esperando condena y un día una compañera me dice oye estoy en coartre... Yo siempre he estado interesada en el arte, de niña... De hecho yo quería estudiar danza y ahí cambié, mi mamá, bueno decía que no iba a ser muy sustentable y mi papá es que es tan lindo esa carrera de trabajo social... Sí, tienes razón, ya bueno, trabajo social pero siempre con esta cosa del arte ahí pendiente... Ahí llego a coartrey que trabajaba con gente de la cárcel, estuve en la penitenciaría, luego en la cárcel de Rancagua, la de mujeres la veía a lo lejos. Luego me metí a una comunidad de rehabilitación y se empezó a mezclar tanto de mi pre práctica, la rehabilitación, las drogas, y en esto está la salud mental. En la cárcel están todos los

problemas que puedas ver de vivienda, violencia, abuso, pérdidas de hijos, montón de problemas que se ven y así... La rehabilitación, las drogas, salgo y siempre me interesó esa área. Cuando Manuel me dijo de acá yo pensé salud mental propiamente tal. No han habido muchos dilemas, porque a medida que ha pasado el tiempo he aprendido de los mismos errores. El estigma no ha estado en mí a pesar que las personas cometan errores, a pesar que hay chicos y chicas que han sido violentos, que se descontrolan, nunca he sentido eso directamente hacia mí pero al contrario, no voy a enjuiciar sino que más los voy a apoyar y me gusta trabajar con ellos.

E: Pero más allá de este juicio de valor que uno puede hacer, ¿te ha tocado una experiencia que te haya marcado como trabajadora social y que tú digas mira, a partir de estos puntos yo decidí trabajar de esta forma, o a partir de esta experiencia es donde aprendí cuestiones significativas para mi profesión?

R: Yo creo que las muertes de mujeres acá han sido muy fuertes y eso me ha dado más fuerza para que cada momento que trabajo con ellas sea inolvidable, el amor, cariño, entrega a full porque hemos perdido a mujeres con el pasar del tiempo ha sido 4... Una que se suicidó, también por pastillas, una chica que era muy feliz con el flamenco, tenía muchas intervenciones físicas e igual bailó y la última que fue hace 3 semanas que fue atropellada. Nunca caí con juicios de valor con ellas pese a lo difícil que eran, eso me da más fuerza para no hacerlo y me da energía para que las mujeres aquí sean tratadas como yo fui con ellas porque lo que me da calma es que ya no están, pero el tiempo que estuvieron aquí fueron felices y vivieron con respeto, amor, cariño... La danza flamenca marcó un antes y después y ellas lo hacían saber. Ellas hasta el final estuvieron aquí y eso me da más fuerza para seguir con esto, para activar las redes, el cariño, el respeto, de que estemos juntas, que resolvamos conflictos y seguir con el tema artístico que cura el alma, la danza y todo eso.

E: Yo escucho mucho en tí hablar sobre el afecto y el cuidado. ¿Qué ha significado el cuidado para tí como profesional? Entendiendo que para tí es una cuestión que como habías dicho cruza tu trayectoria profesional, como mujer, hija, madre, pero en particular tú trabajas mucho con el cuidado.

R: Sí, sí, sabes que son cosas super simples. Es darte un abrazo, mirarte a los ojos, darte un beso al saludarte, el afecto, cariño, respeto, no enjuiciarte, respetarte, porque las mujeres somos muy enjuiciadas por nuestras conductas y si no cumples con el patrón esperado, el estereotipo esperado de la mujer bonita y correcta eres super sancionada. Eso pasa en los equipos clínicos también, que ella anda provocando, que se lo buscó, que mira lo que está haciendo esta loca... Lo he escuchado en otros equipos y nosotros vamos en contra de eso, yo en particular las respeto mucho, las quiero, las acepto y el afecto es eso cachai? Es llamarlas cada semana, preocuparme de sus penas, de sus alegrías, darle un buen abrazo, quizás son cosas simples pero no hay que dejar de hacerlas, ayudar en lo que solicitan, bienestar social en toda su magnitud.

E: ¿Eso tu lo vinculas con alguna idea de lo que consideras como político?

R: No sé.

E: O ¿lo ves más como un aspecto humano?

R: Sí, desde lo humano, desde como tú puedes sanar a un otro así, que podría con la misma forma que puedes sanar a tus familiares, no son tu sangre sinduda pero con ese mismo cariño, ese mismo respeto, mirarte a los ojos, ver que estás llorando y detenerme un rato a conversar qué pasa. De repente estamos full haciendo una reunión con autoridades y aparece alguien llorando con los brazos cortados porque el marido la violentó y te detienes, te sientas porque el cariño tiene que estar presente. Días sábados, 10 de la noche, domingos 12 de la noche, pascuas, años nuevos... conteniendo a las familias para que las cuiden, haciendo entender a su entorno que ellas no lo están pasando bien, que no son malas personas. El compromiso... eso es importante, cómo te comprometes con un otro. A veces esa energía cansa un poco pero a mi me da gratitud verlas bien, ver que vamos para adelante. Una se vincula bastante más... Las amigas de uno o la familia dicen tanto que te vinculas, oye pero si es tu horario libre, bueno pero son dos segundos, no me cuesta nada responderles el whatsapp, dejame hablarle a tu familia una escritura, detallitos que para ellas son importantes y para mi igual.

E: ¿Te ha tocado que te han interpelado por este exceso de entrega?

R: Sí. Una compañera de trabajo me decía que... Unas palabras que me quedaron muy grabadas. Corazón de abuela, asistencialista. Yo no... Nuestro rol es promover los derechos humanos de las personas y el respeto, qué tiene, es mi espacio privado, yo si quiero responder o contestar el teléfono un día viernes 10 de la noche es mi problema. Puedo no hacerlo y yo quiero hacerlo. A veces estoy cocinando, veo un whatsapp y ya, respondo y sigo... Mi vida no ha tenido un impacto negativo, sigo compartiendo con mi familia. Asistencialismo no... Eso no es asistencialismo, es derechos humanos, respeto, compromiso y es una decisión personal porque podría no hacerlo. Si me necesitan no puedo no estar.

E: Al principio de la entrevista dijiste algo... Porque sí, se ve mucho que los profesionales son así de 9 a 6 pm y luego militantes en el resto de su vida, fuera del espacio laboral. Tú marcaste que eres igual aquí, afuera y que haces las mismas actividades.

R: Sí, sí, sí, claro.

E: Y has vinculado cosas de tu vida personal con este lado profesional.

R: Sí, claro, te lo explico. Yo hago clases de flamenco a otro grupo de mujeres en Santiago Centro los lunes, una vez estuve en puente alto tres años, eran como 40 mujeres, de 12 a 60 años y el mismo trabajo que entregaba allá lo hago aquí. Las salidas a museos, lo hago con mi hija y amigas, ahora, obvio que aquí hay algo distinto. La preocupación es diferente, estás a cargo de chicas que están con un... que están en un hospital de día haciendo un tratamiento y vas más atenta, cuidadosa, luego del cine con mis amigas me tomo una cerveza, con ellas no. Acá te tomas un café y nada más... Pero sigo siendo la misma persona en espíritu, en esencia, dando el mismo espacio de gratitud que podemos dar en un asado en la casa. Aquí bailamos, compartimos, hacemos un asado. Yo no separo desde la persona, de lo humano, porque el rol no es lo mismo, hacer informes, gestionar pensiones, ir a sus casas, llenar la ficha, hacer una intervención individual que apunte al bienestar social de la persona, hay otras cosas.

E: Entiendo... Yo sé que la pregunta que te voy a hacer pero, de la manera en que tú te vinculas con la institución, ¿cómo definirías entonces lo que es la institución para ti?

R: Con tantos años aquí... (La institución) Es un segundo hogar, una segunda casa. Estás todo el día, con mis compañeros de trabajo llevamos muchos años y nos conocemos... Pareciera que es como una segunda casa, quizás. Un espacio laboral... es parte de mi vida. Quizás si voy a otro espacio laboral va a ser lo mismo, tiene que ver conmigo también, como yo me desenvuelvo. Ahora, los años son intensos también... Hemos ido envejeciendo juntos con mis compañeros y pasando situaciones... Muchas más, pero nos van enriqueciendo como seres humanos.

E: Y hay aspectos que tú describirías de esta institución que promueven o fortalecen esta idea de la institución como segundo hogar?

R: Sí, claro. Somos pocos profesionales en comparación con otros centros de salud y eso permite que sea un espacio más íntimo, de conocernos más. Somos buenos para el humor... Incluso ahora con esa puerta (muestra la puerta que separa la oficina de las otras salas de la casa) que la pidió SENDA. A veces estamos almorzando, con la talla, con la broma, amenizando el espacio. Ahora recién estaba con una usuaria preparando la entrevista que tendremos con su pareja y luego salimos, la vida sigue, estábamos las dos juntas en la cocina picando lechuga, riéndonos, tirando la talla por otra cosa. El humor que hay aquí es muy de casa... Bueno, también el mismo espacio físico y la infraestructura, que estés comiendo mirando colas de zorro, que tengas piscina, cocina grande y acogedora, computadores para trabajar, nosotros tenemos todo para trabajar de forma super amena, tratamos también que el grupo sea acogedor, de reunirnos y de hacer espacios de autocuidado, de ir a comer juntos, salir, hacer cosas que puedan salir del espacio laboral.

E: ¿Quiénes componen tu equipo?

R: Médico psiquiatra, tres psicólogos, una terapeuta ocupacional, dos técnicos en enfermería, un técnico en rehabilitación, una trabajadora social quien le habla, un profesor de educación física, el chofer que también le pone para el jardín y eso seríamos. Una técnico paramédico también. Un cuidador que es un ex usuario.

E: ¿Y cómo crees que ellos valoran tu trabajo?

R: Nunca me lo han dicho pero percibo que... yo siento que con lo de las mujeres me piden ayuda. Yo creo que me perciben como activamente en el tema de género y las mujeres, a veces el psiquiatra me dice no sé, qué haremos con la chiquilla, que piensas tú. También me perciben desde lo artístico... Con lo del video, que lindo me decían, con la diferencia del arte, porque no sólo hago lo que mi contrato dice que haga sino que voy más allá. No sé, no lo verbalizan mucho. Yo sí percibo que creen que tengo más especialidad para trabajar con el género. Cuando hay dificultades con las mujeres me piden ayuda con intervención u opinión... Y lo otro, sí, creo que estoy bien validada. Por ahí no sé que más.

E: Y alguna dificultad técnica que por ejemplo tú tengas en tu quehacer profesional, en torno a tu equipo, a las redes, en general?



R: Con el equipo no, con las redes... funcionan bien en la medida que te relaciones bien con las mismas.

E: ¿En qué sentido?

R: por ejemplo, el compin, para pedir hora para el carnet de discapacidad... Tú tienes que pedir hora, podrían hacerlo ellos pero lo hago yo, el cariño que le entregas en la llamada por ejemplo es determinante, "hola linda, qué tal el finde? que bueno, pucha ya te estoy molestando por una horita..." Ya, agendando 5 horas al tiro, la humanidad, no esa cosa tan seca... Eso no funciona, no, hay que relacionarte con tus redes. En la medida que te estás relacionando tú y estableces un vínculo, porque la red es una persona, tal lugar es una persona y en la medida cómo te relaciones con la persona que está a cargo es lo que vas a conseguir. Las redes funcionan en la medida en cómo tú las trates.

E: ¿sientes que eso es una virtud?

R: Sí, sí, siempre. Tanto con los usuarios como con las redes, el trato... es importante de todas maneras, así refuerzas las redes y te recuerdan por ser persona.

6.1.3 Entrevista N°2. Entrevitada 2. Carla, 46 años de edad, género femenino, pregrado en Trabajo Social en la Universidad San Sebastián, Concepción. Desempeña funciones como trabajadora social de un COSAM en la zona sur oriente de la Región Metropolitana. Trabajó más de diez años en Salud Mental Escolar. Lleva más de 15 años trabajando en programas públicos de salud mental. Entrevista realizada el día 14 de enero del 2020, a las 8 am en el COSAM donde trabaja. Duración aproximada: 50 minutos.

E: entrevistadora

R: entrevistada

E: Bueno Carla, ¿cómo llegaste a trabajar a Suyai? Cuéntame sobre cómo llegaste a trabajar aquí.

R: Eh bueno, yo partí muchos años antes trabajando en... En la red de salud mental escolar de la comuna. Trabajábamos principalmente con orientadoras y equipos profesionales de los colegios más vulnerables, que vendrían siendo los municipales. Ahí recibíamos las derivaciones que las orientadoras nos hacían... Su trabajo también era muy importante porque ellas filtraban que niños y niñas necesitaban atención de salud mental. Los profesores jefes en sala detectaban si había niños que andaban con problemas, tristes, con cambios de humor... Ellas averiguaban la situación del alumno, conocían un poco el caso y lo derivaban a las asistentes sociales. Eso nos permitía trabajar super bien porque teníamos toda la información para hacer redes con su entorno, con su familia, con su comunidad... Esto igual se complementaba con el tratamiento médico, medicación para bipolaridad, cambios muy fuertes de personalidad, hiperactivos... Claro esto no se les decía a los niños porque ellos no tienen estructurado por completo su sistema de personalidad y entonces hay muchas cosas que pueden cambiar... Yo trabajaba con los colegios, nos iba super bien, como te decía en ese tiempo no era difícil trabajar con los equipos de los colegios porque las orientadoras tenían un trabajo super potente con nosotras las asistentes sociales. Igual muchas veces era difícil porque algunos papás no se hacían cargo para nada del

tratamiento de sus hijos, ni de ellos... Eran papás que los veías en la calle, que no estaban involucrados. La medicación era como la pastillita mágica y para otros ni se hacían cargo del tratamiento. Era super triste porque sabíamos que eran las capas más vulneradas de la población... Lo bueno es que... Bueno, nosotras teníamos reuniones intersectoriales para monitorearnos, ver cómo íbamos trabajando con las orientadoras y sobre todo motivarnos... Esas reuniones eran super importantes y luego ya no se hicieron más. Fue una pérdida super grande...

E: ¿Por qué no se hicieron más? ¿Qué pasó?

R: Porque... Porque igual hubo un cambio de jefaturas

E: ¿A nivel de qué tipo?

R: Un cambio en la alcaldía... Desde que estamos con esta gestión se priorizó otras cosas, la cantidad a la calidad... Hubo muchos cambios. Se cancelaron estas reuniones que te decía, las reuniones que teníamos a nivel sectorial todas las asistentes sociales con las orientadoras de la comuna y además hubo un ademán de sacarnos de ese rol que teníamos en la salud mental, de separar el trabajo que hacíamos con las orientadoras... Ahora como que es un trabajo que se centra más en la persona, a las psicólogas les dieron más el control sobre lo emocional y nosotras estamos un poco dejadas de lado... Cambiaron a las orientadoras de los colegios por psicólogas. Yo me quejé mucho porque no incluyeron, a la asistente social, no me incluían en la etapa de diagnóstico... Lo que hacíamos nosotras de tomar caso a caso, de entrevistar a las familias, trabajar con los profesores, cambiar el modo en que se estaba tratando a los niños en los colegios... Se cambió por lo que ellas llamaban como 'etapa de barrido' que consiste básicamente en hacer una encuesta a los niños en todos los colegios, revisar lo que contestaron y en base a eso derivar a los programas de salud mental escolar... Fue como un cambio super chocante. Ya ni siquiera se pidió la autorización a los papás para que los niños respondieran la encuesta, sino que sólo se veían números.

E: ¿Hubo una estandarización en los colegios?

R: Sí, hubo como una estandarización. Imagínate que ya no se hacía el trabajo territorial... Este barrido lo hacía la dirección de los colegios con las psicólogas, a nosotras nos dejaron fuera.

E: ¿Cuándo y cómo decides cambiar de trabajo?

R: Ahí justamente, me sentía mal, impotente en la otra pega... Entré al COSAM Suyai trabajando también con niños y niñas pero esta vez con adicciones, sobre todo adolescentes con adicciones y problemas familiares. Acá la cosa también se ha puesto más individualizada igual... He peleado harto porque se consideren las familias, la comunidad, el entorno... Pero está pasando lo mismo que salud mental escolar, ellos están interesados solamente en la cantidad. Suponte, los reportes que se daban era que habían 500 niños en situación de depresión y nosotras sólo estamos pesquisando 100, hay un déficit enorme de casos que no están siendo atendidos pero no les importa qué hacemos con los casos que sí tomamos.

E: Y ahora en Suyai ¿qué haces con los casos? ¿qué rol cumples en esta institución?

R: Gestionar... Gestionar actividades socioeducativas para niños y niñas con que están aquí por un tratamiento ambulatorio por consumo de alcohol y drogas. Acá los niños llegan por problemas con sus familias, no quieren estudiar... Tienen problemas con la marihuana, con el alcohol, con otras drogas. Lo que hacemos acá es recibirlos, contenerlos. Ellos vienen por una internación ambulatoria, llegan en la mañana y se van en la tarde, tienen que hacerse responsables de sus actividades y en el fondo pasan la mayor parte de su día aquí. Esto es de 9 a 6 de la tarde. Es complicado porque la mayoría son adolescentes que les resulta aburrido venir todos los días. Acá ellos llegan en la mañana y preparan su desayuno, algunos van a comprar mientras otros ponen el agua a calentar. Nos sentamos a conversar sobre como estuvo su día, sobre qué pasó la noche anterior en la casa. Hacemos el almuerzo, cocinamos, ellos se encargan de las labores de limpieza y todo lo que tenga que ver con su estadía en el centro. Hacemos actividades con el profesor de educación física y la psicóloga... Los contenemos harto la verdad porque es como que los problemas familiares se traspasan a la institución. Contenemos y cuidamos a los chiquillos día a día porque sin eso la cosa no funciona.

E: ¿Crees que el afecto juega una parte importante en tu rol como profesional?

R: Sí, efectivamente... El afecto es muy importante, es lo que mantiene que el trabajo funcione. Eso va a lograr que los chicos crean en tí también... Sin vínculo no hay ninguna respuesta, ni con médico, ni con psicólogo, ni con asistente social ni con quien estén trabajando con ellos porque el día a día acá se torna completamente diferente, acá no hay entrada y salida, entrada y salida... No hago esa atención, sólo el día martes que está destinado a los papás, para entrar y salir pero en general en la semana yo estoy en las reuniones, en las labores de 12 a 3 que son las de almuerzo, las de recepción cuando los chiquillos llegan en la mañana, las salidas que tenemos... El trato con ellos es diferente, no es de clínica ni atención individual, por eso el vínculo, el afecto es fundamental.

E: y si tuvieses que mencionarme algunas de tus principales dificultades en tu ejercicio profesional, ¿cuáles serían? Considerando lo que mencionabas sobre esta atención más individualizada que se ha dado... Ese traspaso de las problemáticas del joven en su familia al centro.

R: Sí... Mira, me estoy cuestionando un poquito el sentido de este trabajo porque el perfil que uno tiene y por el cual a ti se te forma es más de tomar iniciativas, ser proactivos y responder a las demandas o necesidades que surgen en gestión, lo que sea. Entonces una es proactiva y el consultar constantemente no me da la libertad para hacer ciertas gestiones... Algo tan simple como hacer un mapa territorial, en que si yo veo la necesidad de tener un mapa gestiono con SECPLA, llamo, pregunto y pido un mapa de mi territorio pero el tope que tengo es pedirle a mi jefa y la burocracia de que ellos a través de dirección que está en otra oficina lo hagan por correo electrónico. Son cosas que nosotros mismos podemos resolver y que otros resuelven a través de la burocracia.

E: ¿Crees que tu potencial como profesional se ve coartada muchas veces por la institución?

R: Sí, así es. Otro ejemplo es que yo no puedo pedir una reunión con una familia porque me parezca necesario entrevistarlos, porque de acuerdo a mi rol yo debería preguntar al equipo antes de poder hablar con esta familia, porque sería saltarse un protocolo que la psicóloga pueda estar trabajando. Todo parece que lo está resolviendo la psicóloga del área emocional... Y nosotras también tenemos cosas que trabajar, también somos profesionales capacitados. Algo tan simple como... Yo quería hacer una salida, fuimos a FESTILUZ que es la fiesta de la luz de la cultura china en Parque Los Reyes, el horario era de 6 a 9 de la noche por el tema de prender las luces, horario que nadie puede, pero yo dije "yo puedo, yo voy", gestioné y nos dieron la posibilidad de entrar gratis con los chiquillos... ¿Quién nos lleva? No, no hay auto me dijeron... No hay vehículo, no podemos salir. Yo digo... ¿Por un recurso vamos a dejar de mostrar cosas a los chiquillos? ya, yo llevo a los chiquillos en mi auto, yo los llevo, pero esto te lo vamos a devolver como medio día libre... No me importa, dije yo, lo que quiero es que ellos tengan la experiencia, pero sabes, seguí intentando lo del auto y me di cuenta que si yo lo podía pedir por también podía resultar. Me dijeron que el chofer iba a decir que no porque tenía muchas cosas... Para mi un posible no, también puede ser una oportunidad, no voy a dejar de hacer el trámite sólo porque me van a decir que no, eso para una trabajadora social es ley. Hablé con el chofer y me dijo que sí, que por mi haría la excepción... Solucioné el problema, pero llegó el gran problema que por qué lo había hecho yo si lo tenía que hacer ella (jefatura), le dije que mi perfil como profesional es resolver problemas, sobre todo si es en pro de los chiquillos, ¿cachai? Me querían cuestionar más que nada que la respuesta no fue para ellos, sino para mi pero ante ello yo pude solucionar y traer la respuesta. Claro, me llevé yo el reto porque me salté un protocolo. Para todo hay que pedir permiso... Y eso dificulta mi rol como profesional.

E: De la misma forma que saltaste un protocolo, pudiste conseguir el objetivo...

R: Sí, sí, así es, así es. El trabajo debiese ser colaborativo... porque eso es el trabajo comunitario, no sólo ir... Es trabajar con las redes, trabajar con las juntas de vecinos... No puedes agarrar a alguien, decirle yo te ayudo... Si te estás negando a poder armar algo, a solicitar ayuda, es decir, las autoridades no quieren pedir ayuda y es para que no tengamos un rol protagónico... No quieren que volvamos a ser lo que éramos antes las asistentes sociales.

E: ¿Te pasó eso en salud mental escolar?

R: Sí, lo mismo...Sí...

E: En el momento que tú intentas hacer resistencia en ese traspaso a la individualización del diagnóstico de los niños...

R: Claro, lo mismo, lo mismo, porque se está armando una línea de trabajo muy distinta a lo que nosotras tenemos. Eso implica que te estén diciendo constantemente no, esto no te corresponde... Nos están restando impidiendo que eso tenga logros. Yo asumo, queremos tener responsabilidades, digo ayúdame... Pero ellos no quieren nuestra ayuda.

E: ¿Por qué crees que se están restando a las trabajadoras sociales?

R: Yo creo que hay varias razones... Creo que se nos está restando (a las trabajadoras sociales) porque el hecho de reunirnos crea movimiento, crea acción social y eso implica manifestarse con desacuerdos... Ellos lo ven como una oposición o como si una estuviera resistiendo a la autoridad y no es así, te ven como una persona que tiene un trastorno opositor, una cosa así. Es netamente querer tener resultados en tu trabajo.

E: Carla, y si pudieses nombrarme los momentos más importantes de tu trayectoria profesional...

R: ¿más importantes?

E: En el sentido que tú quieras significar.

R: A ver... Yo he tenido tres trabajos, he pasado por tres partes. San Rosendo... Eso es Concepción, Santiago salud mental integral escolar y Suyai... La uno y la dos, porque recién estoy en esto entonces igual me ha ido bien... Estoy tratando de posicionarme y que logren comprender esta co-construcción... Bueno... pero San Rosendo fue una gran plataforma, allí yo estaba encargada del Plan de Salud Comunal... El Plan de salud tiene todas estas aristas... que tiene que ver con las variables y factores que se están trabajando en las políticas de salud. Las jefaturas eran otra mirada, mucho más integrales que la que estoy viendo acá... Era una autonomía para uno por completo, a lo que quisiera hacer como plan de promoción. En ese plan de promoción yo lograba justamente... Logramos incluso un festival de salud en la plaza, a ese nivel, nunca se había hecho... Con cursos para la comunidad escolar, el liceo entero, jardín infantil, bomberos... Uníamos todas las instituciones y todas participaban... Era haga lo que usted crea que hay que hacer, de acuerdo a las posibilidades que teníamos... Lo otro es que nos daban recursos... Acá no tienes dinero para hacer nada, tú tienes que ver cómo resuelves con eso. Con dos o tres millones de pesos hicimos muchas iniciativas en torno a la integración del grupo familiar y la promoción de la salud... Las familias se iban contentas y quedaban con este chip. Esa fue mi gran plataforma... Hizo que saltara acá a Santiago. Allá no tenía muchas horas, tenía 22 horas y con eso me bastaba... Luego llegué acá a salud mental, acá desde el principio, hasta antes que pasara esta alcaldía, estábamos bien... Teníamos iniciativa, teníamos gestión y mi proactividad se dejaba... Si yo hoy no tenía agenda, yo podía decir "ya, me voy a revisar tal caso a la red... para ver qué está pasando", acá no, me dicen que tengo que tener eso planificado y lógico... Es difícil que tenga eso planificado si estoy todo el rato con gente, pero si no lo estoy tengo la posibilidad de salir... Tener ese tiempo para tener otro resultado... Empezaron a poner obstáculos... En principio yo tenía la libertad de poder hacer mi trabajo. Acá estoy viendo, lo fuerte que se necesita es sacar a los chicos o aportar a que vengan instituciones... Hemos salido hartos, al buin zoo, al mim, a la piscina... Estoy gestionando eso y los chicos han estado contentos, nos falta ir a los museos...

E: Para terminar... Si tuvieses la posibilidad de ser decidir el plan de salud mental a nivel comunal, si tuvieras que diseñar políticas a nivel de salud mental, ¿qué cambios harías?

R: Que buena pregunta... Mi diseño sería en base al trabajo comunitario, trabajaría con juntas de vecinos, con ellos como protagonistas... Trabajo desde el barrio, no desde acá... Finalmente ellos son quienes tienen las demandas, no nosotros... El diagnóstico viene desde y con ellos, el trabajo de cómo hacerlo es el cambio... El cambio es lo que está

pasando ahora con la crisis, lo que se está mostrando, la base de acción es desde ahí. Cuando fui a Cuba estuve un mes y medio en una pasantía y ellos mostraban así el trabajo... Que el diagnóstico es con el barrio... Ahora, yo creo que gastamos mucho dinero en intervenciones que no son tan necesarias, yo creo que hay que poner más actividades en los barrios... El alcalde ha hecho algo, pero no está en el estilo de vida en base a la situación económica que se vive... Sin plata hoy difícilmente podemos subsistir y eso hay que considerarlo. Tiene que haber... se tiene que enfocar mucho mejor el dinero.

E: ¿Qué eliminarías?

R: La forma en la que se está evaluando, las metas. Mira... En el centro anterior, una guerra firme que tuve con las colegas porque no se evalúa en el sistema, ¿puedes creerlo? No se evalúa. Son los trabajos improvisados de la jefatura... Nosotras decíamos hay que evaluar, para ver los obstáculos que tuvimos este año y ver qué hay que cambiar en las estrategias... Se evalúa desde allá, desde las metas, únicamente desde la cuantificación. Si logramos atender 110 niños con depresión, ellos nos decían que habían 150, la evaluación era esa. Estábamos mal evaluados, sin embargo no se ve el lado cualitativo y las razones de por qué no se logró... Ellos lo evaden... Debería estar ahí, por esto no logramos los objetivos y no simplemente tenemos menos ingresos, menos derivaciones... Ese no es el meollo. Eso es lo que falta... Modificar las evaluaciones y darle mayor importancia a una evaluación más periódica... Para ver qué no se está cumpliendo y por qué, no sólo ver el número. Este es el sistema neoliberal... Así es, sólo importa ver números, cifras, cifras, cifras.

6.1.4 Entrevista N°3. Entrevistada 3. Ivonne, 60 años de edad, género femenino, pregrado en Trabajo Social en la Universidad de Chile. Desempeña funciones como trabajadora social de un CESFAM en la zona sur oriente de la Región Metropolitana. Trabaja hace más de 35 años en atención primaria de salud mental. Entrevista realizada el día 13 de enero del 2020, a las 6 pm en el CESFAM donde trabaja. Duración aproximada: 46 minutos.

E: entrevistadora

R: entrevistada

E: Le cuento... A mí me interesa un montón la experiencia de las trabajadoras sociales en marcos institucionales, como usted como profesional ha ido ganando experiencia y ha ido perfeccionándose de acuerdo a las instituciones en las que ha estado. Aquí me decía que llevaba 33 años.

R: Sí, yo desde que salí de la universidad estoy trabajando. Estuve como 5 años en un tema de educación y luego empecé a hacer un reemplazo al hospital San Juan de Dios... De ahí me mandaron a un centro de salud y ahí empecé a trabajar en consultorios que luego se transformaron en CESFAM que son hoy día, pero la experiencia es... Larga. A un comienzo el trabajo era más de tipo asistencial, en el camino se ha ido construyendo el rol del trabajador social en otro ámbito, porque el asistencial responde al municipio, responde a otras instancias, pero ¿qué trabajo asistencial vas a hacer en un centro de salud? Se empieza a trabajar desde lo que son las adicciones, de las dependencias, alcohol... Por ahí se fue abriendo cierto camino, se fue implementando otras estrategias, ya no sólo para

trabajar temas de derivaciones, sino que también violencias, familia, abriendo un poco más el campo desde ese punto de vista.

E: ¿En qué consiste su trabajo?

R: En general, el trabajo que yo realizo y en general acá en La Florida en los CESFAM es un trabajo de los trabajadores sociales específicamente en salud mental, si hay algún paciente que solicita la atención por un problema de salud mental, se deriva a un taller de salud mental que lo hace la psicóloga y la asistente social donde se les explica a los pacientes en qué consiste el programa en salud mental y cuales son los requisitos para ingresar... Una vez que están en el taller y se empapan un poco de la realidad, se les entrega un documento para que soliciten la hora y al sector que corresponda el paciente. Nosotros tenemos tres sectores por los colores verde, rojo y azul... Dependiendo del sector se le hace el ingreso. El 100% de los ingresos yo diría que... el 85% llega a nosotros, los psicólogos tienen los otros ingresos... Nosotras hacemos la entrevista de ingreso a los pacientes con el objetivo de poder evaluar y tener una situación actual en términos de sintomatología, inserción en su grupo familiar y en términos de las redes que tiene en su entorno y que pudiesen ser herramientas futuras... Eso en general la forma de ingresar, ahora, una vez que están ingresados, dependiendo si nosotros consideramos que esos síntomas responden a una intervención con médico se deriva para iniciar tratamiento. Nosotros citamos luego a ese paciente a control y hacemos con el paciente otras intervenciones en torno a si está estable con la sintomatología empezamos a trabajar con las redes, entorno familiar y ver en qué podemos apoyar algún tipo de cambio del funcionamiento e insertarlo en redes familiares...

E: Cuando el usuario es derivado a atención sintomatológica, ¿se refiere a psiquiatra o no necesariamente?

R: No necesariamente, porque el paciente puede venir al CESFAM por un dolor de cabeza por ejemplo... cefalea, otros síntomas, ahí se evalúa y se determina qué le pasa a esa persona, si es algo orgánico o bien salud mental. No necesariamente tiene que ver con psiquiatría... Los pacientes vienen con el papel de derivación del doctor al sector, el sector lo deriva al taller... Una vez que el paciente está con tratamiento y está con nosotros, nosotros hacemos seguimiento del caso, le llamamos a eso consejería, donde vamos viendo que pasa... Si son niños, también citamos a la mamá de forma individual, al niño de forma individual, etc. y dependiendo de lo que esté pasando en la situación podemos seguir en control o podemos derivar a redes que tenemos al interior. Nosotros tenemos varios talleres con niños, adultos, adultos mayores... Tenemos talleres psicosociales y talleres terapéuticos. Los psicosociales en el caso de los adultos mayores tienen un taller de ciclo vital.

E: ¿Esos talleres los hace usted?

R: Los psicosociales los hacemos en forma individual y el del ciclo vital los hace un psicólogo. En el caso mío yo hago un taller psicosocial que es de taller de relajación, donde enseño la técnica de relajación al paciente, es un taller de 4 sesiones donde enseñamos la técnica de relajación. Esos son los psicosociales... También tenemos los terapéuticos donde trabajamos en dupla los psicólogos con los trabajadores sociales. Entonces... Un paciente

que ya se estabilizó con la medicación y los síntomas y también en la consejería, podemos derivar a un grupo terapéutico o a un taller psicosocial. Este año implementamos un taller mixto que se llama MIA, tiene como objetivo potenciar herramientas en mujeres que han vivenciado procesos de violencia... Desarrollar en ellas estas herramientas, porque muchas veces cuesta que las pacientes vayan a un centro de la mujer, a veces cuesta porque no tienen acceso ni tiempo, entonces decidimos trabajar... El año pasado hicimos dos talleres... la psicóloga y yo... trabajando un poco el tema en términos de potenciar a estas mujeres, el empoderamiento de la situación que les está ocurriendo. Este taller es un gran desafío y rico en términos de como hemos ido acercándonos y encontrándonos y encontrando las respuestas en ellas, como han ido creciendo desde cuando las vimos y cuando terminan con el taller. Generalmente esas pacientes vienen a un grupo terapéutico, vemos que hay temas de violencia o que ha vivido una experiencia cercana y a esas mujeres les recomendamos el taller. Ahí trabajamos con ellas...

E: Si usted pudiese describir su relación profesional con las usuarias... ¿cómo lo haría?

R: Yo diría que lo primero que me pasa cuando ingreso a alguien... Lo primero que trato hacer es ser bien acogedora, porque generalmente muchas veces esto es sólo de acoger porque pasa que vienen tan cargadas emocionalmente que ni siquiera puedes hacer el formulario de ingreso, porque está llorando, está angustiada, no puedo sacarle más información y preguntarle por el grupo familiar. Lo primero que tengo que hacer es establecer el vínculo, ese vínculo es... contener, acoger. En general, tratar de ser empática en el vínculo. Si no somos capaces de fomentar ese vínculo, no vas a lograr nada. Lo vamos a tener distante, el usuario tampoco se va a quedar con nosotros... Pero también, no es perfecto. En salud mental, hemos estado atendiendo pacientes muy complejos... Pacientes que no vienen tan solo con la sintomatología, sino que son pacientes que han abandonado tratamientos psiquiátricos, pacientes que están con cuadros de bipolaridad o cuadros psicóticos... Obviamente ese vínculo es mucho más complejo, poder relacionarte con ellos... Son pacientes que no debiesen estar en atención primaria.

E: ¿Son hartos casos los que llegan a atención primaria pero que en el fondo no debiesen estar atención primaria?

R: Teóricamente, los trastornos de personalidad, bipolaridad, trastornos psicóticos no son para trabajar en atención primaria porque esos requieren intervención psiquiátrica y nosotros no tenemos. El tema es que cuesta conseguir hora porque se deriva por interconsulta, como cuesta conseguir la hora el paciente puede irse... Entonces por último igual se les cita para mantenerlos en términos de visualizar en lo que están. Esos pacientes están en riesgo... Hay que estar atentos y derivar a servicios de urgencias psiquiátricos o al Barros Luco.

E: ¿Usted identificaría esto como una tensión en torno al CESFAM y su labor profesional?

R: Sí, totalmente. Aunque no es con el CESFAM... El problema es con la red hospitalaria, ya que los pacientes debiesen ser atendidos allá y no acá. No hay cupos... No sé lo que pasará allá, tú finalmente los derivas y no les llega la interconsulta. ¿Cómo dejai al paciente tirado si ya hiciste un ingreso y un vínculo con él? Nosotros tenemos la posibilidad de una consultoría psiquiátrica, con un psiquiatra que viene cada 15 días... No es del hospital pero



brinda cierto apoyo, entonces con él vemos casos que presentamos. Los médicos también tienen posibilidad de ver con el psiquiatra al paciente. Un médico que está atendiendo un caso complejo y tiene problemas con manejo de la medicación, lo ponemos en tabla y cuando viene psiquiatra a consultoría y se cita al paciente para que lo vean. Nosotros este año como asistentes sociales incorporamos la idea de nosotros también incorporarnos a la consultoría, porque el médico lo va a ver desde el punto de vista clínico, el psiquiatra en el tema medicamentos pero ¿quién tiene que ver con la red y vinculación? Somos nosotros. Como nosotros somos los que hacemos el ingreso y las redes, decidimos que nos vamos a incorporar.

E: ¿Eso fue una decisión a nivel de equipo o una pelea?

R: No, lo que pasa es que este equipo tiene hartos años de trabajo en conjunto, ahora bueno... Nos estamos desarmando un poco porque están llegando hartos médicos nuevos

R: Sí, totalmente. Aunque no es con el CESFAM... Es con la red hospitalaria, ya que los pacientes debiesen ser atendidos allá y no acá. No hay cupos... No sé lo que pasará allá, tú finalmente los derivas y no les llega la interconsulta. ¿Cómo dejai al paciente tirado si ya hiciste un ingreso y un vínculo con él? Nosotros tenemos la posibilidad de una consultoría psiquiátrica, con un psiquiatra que viene cada 15 días... No es del hospital pero brinda cierto apoyo, entonces con él vemos casos que presentamos. Los médicos también tienen posibilidad de ver con el psiquiatra al paciente. Un médico que está atendiendo un caso complejo y tiene problemas con manejo de la medicación, lo ponemos en tabla y cuando viene psiquiatra a consultoría y se cita al paciente para que lo vean. Nosotros este año como asistentes sociales incorporamos la idea de nosotros también incorporarnos a la consultoría, porque el médico lo va a ver desde el punto de vista clínico, el psiquiatra en el tema medicamentos pero ¿quién tiene que ver con la red y vinculación? Somos nosotros. Como nosotros somos los que hacemos el ingreso y las redes, decidimos que nos vamos a incorporar.

E: ¿Eso fue una decisión a nivel de equipo o una pelea?

R: No, lo que pasa es que este equipo tiene hartos años de trabajo en conjunto, ahora bueno... Nos estamos desarmando un poco porque están llegando hartos médicos nuevos, pero tenemos una historia de hartos años de trabajar juntos... Psicólogos y trabajadores sociales. Hay una dinámica que siempre evaluamos y modificamos de acuerdo a cómo nos va. Ahora por ejemplo, luego de las reuniones clínicas dejamos un tiempo para revisar protocolos de intervención, mejoras, en términos de ir avanzando en pro de ayudar al paciente... Aprovechar nuestros recursos.

E: En este equipo, ¿cuál sería su rol como profesional?

R: Yo creo que... Somos un aporte a la complementariedad del equipo. Somos (los trabajadores sociales) la mirada integral del caso. Nosotros vemos al paciente inserto en su familia, con sus redes... Yo creo que ese es el aporte que nosotros hacemos. Eso implica un trabajo más humanizado, con una mirada más humanista, pensando en los sueños de esta persona, su familia, herramientas que tiene para superarlo... Yo creo que el hecho de poder estar atentos a los pacientes y escucharlos, hace que podamos visualizar está con más o

menos herramientas, escuchar hace ver quien está más o menos dispuesto. Escuchar es importante porque algunos profesionales muchas veces creen que ellos son la razón, que tienen la verdad. Como médicos por ejemplo creen que esa cefalea tiene que tratarse de tal manera, sin considerar que ese otro que está ahí está más desvalido, le pasa algo y que no necesita que le indiques que hacer, necesita que lo escuches. Entenderlo, empatizar... A eso me refiero con humanizar, ponernos en su lugar. Si yo acojo, contengo y estoy con la persona probablemente sí va a poder sanar.

E: ¿Creería que esto se trata de afecto?

R: No sé si es el afecto o la empatía, no sé si lo voy a querer pero lo voy a escuchar y me voy a poner en su lugar. Eso está basado en el respeto de escuchar... Si lo escucho, también me va a escuchar y lo voy a poder orientar y guiar. Tampoco es que el paciente va a hacer lo que yo diga, es una decisión personal, puede hacer lo que quiera, pero tengo que asesorar. Nosotros trabajamos con pacientes pero también con familias... Hay un programa de familias. Básicamente es con el mismo enfoque...

E: Y si usted... pudiese definir tres momentos de su carrera trabajando en salud mental, ¿cuáles serían? De distinto tipo

R: Cuando yo empecé a trabajar... todo era bajo una mirada mucho más asistencialista, individualizante... de informes sociales, de ayuda... En el área occidente empezamos a trabajar con el cosam de una mirada más territorial y comunitaria, en el campamento Santa Anita... Allá cerca de San Pablo con las rejas. Cuando llegué se estaba recién armando, me marcó tener una mirada distinta del trabajador social en un equipo, porque la matrona, los médicos, todos, aay... la asistente social... El cosam desarrollamos una mirada más integral de equipo y el trabajo que se realizó con los bloques de departamentos y comités... construimos una plaza incluso con los pobladores... Fue un trabajo en conjunto con ellos... A veces nos quedábamos hasta las 11 de la noche... Tenía la posibilidad que ese director tenía cierta mirada más de avanzada, él me devolvía las horas, era más flexible... Eso era un hito. Trabajé hartos años allí y viviendo en puente alto luego ya me empecé a cansar... Me dolía mucho la cabeza, claro, había que mirar para dentro... Yo tenía mis niños y yo llegaba del trabajo cansada... Al comienzo en la mañana me demoraba 45 minutos, pero luego ya de vuelta no era así... Yo pasaba a buscar a los niños tarde al jardín y les daba comida casi durmiendo. Yo lloraba... La gente de cosam me dijo... bueno, no sé que estás haciendo aquí, hay que hacer cambios. Pedí vacaciones y postulé en Puente Alto, me dieron el trabajo al día siguiente... Tuve que ir a renunciar al tiro. En Puente Alto me tocó trabajar con adolescentes... fundamentalmente con embarazadas adolescentes. Había tenido cierto acercamiento porque en la Santa Anita habíamos hecho talleres para embarazadas... Tenía esa experiencia porque habíamos hecho talleres de autoestima, así que en esta nueva pega empezamos a trabajar un poco de eso con dos psicólogas jóvenes considerando mi experiencia, pero tuve una mala experiencia porque no tuve un buen feeling con el director. Teníamos poco feeling... Algo pasó allí que nunca tuve mucha claridad de qué pasó, pero pareciera que por el hecho de hacer un trabajo con estas psicólogas jóvenes como que lo consideraron un trabajo poco profesional. Fue un cuestionamiento de los equipos viejos con los nuevos... Yo no era joven pero como que llegué y algo hubo. Entré en septiembre y en marzo ya cambié de trabajo, porque sentía que estaba mal, estaba acostumbrada a trabajar en equipo. Yo tenía una amiga acá en La

Florida y la llamé... Le conté y me dijo que parece que había un cargo disponible en un hospital. Pedí permiso, me lo dieron con descuento y yo fui igual, fui y me dejaron al tiro... Descansé dos semanas para reponerme y desconectarme de lo que me había pasado y el 20 de febrero ya estaba en el Maffioletti. Pareciera que los equipos viejos muchas veces no quieren hacer cambios cuando están cómodos y uno les mueve un poco su estructura, nos recibieron bien mal yo sentí, pareciera que entrar a un equipo viejo significó no opinar... Cuando llegué a trabajar al consultorio, me di cuenta que había una mirada muy individualizante del trabajo social... Sólo respondían a situaciones especiales, daban apoyo económico y hacían informes... Así que intentamos promocionar el aspecto comunitario, yo llegué a trabajar a jornadas de promoción y participación. Esa voluntad de trabajar con otro enfoque viene por un comienzo con empezar a abrir los espacios, ya que los equipos son siempre muy cerrados... También tuve la suerte de que el director que trabajaba con nosotras en el consultorio era un médico integral y era una autoridad abierta a propuestas, que creía en el trabajo comunitario, por lo que las iniciativas que realizamos fueron escuchadas. Ese equipo de salud mental era potente.