



**SALUD MENTAL Y TRABAJO SOCIAL EN CHILE:
“ALGUNAS ORIENTACIONES ENTREGADAS PARA
LA PROFESIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO
DE SALUD MENTAL”**

SEMINARIO PARA OPTAR
AL GRADO DE LICENCIADA EN
TRABAJO SOCIAL

Autoras:
Macarena Díaz Calderón
Camila López Bustos
Camila Quintana Morales
Catalina Ñancupil Otárola

DOCENTE GUIA:
Fernando Fuenzalida

Santiago – Chile
2020

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia, ya que, si bien este año fue muy difícil para todos, jamás me dejaron caer, siempre tuvieron un capítulo de Grey's Anatomy para pasar el estrés de la semana y una cosita rica para compartir. Mención honrosa a mi madre, que soportó cada llanto y vaivén de emociones a cualquier hora del día. A mis amigas y compañeras de tesis, por la paciencia y voluntad que entregaron, sin duda jamás las olvidaré, ¡Éxito en la vida futuras colegas! A mi compañero y amigo, Iván, porque no hay persona más comprensiva y cariñosa que él, gracias por cada fin de semana de desconexión, amor, paseos en bici y conversaciones que jamás olvidaré.

Camila Quintana Morales

Agradecida infinitamente del apoyo incondicional de mi familia, Mamá, Papá, Cata, Lore y León por siempre estar conmigo, apoyarme y darme aliento en todos momentos, por el amor, fuerza y apoyo siempre. A Pablo por ser mi compañero y amigo, darme ánimos y encontrar las palabras adecuadas en los momentos difíciles, por siempre confiar en mis capacidades, por hacerme sonreír y estar a mi lado. A mis tíos/as y primas por estar pendiente de mi proceso y apoyando cada paso que doy, siempre con amor. A mis amigas/os por distraerme, darme ánimo y acompañarme en todo momento, son lo máximo. Y a mis amigas y compañeras en este proceso, por apañar y perseverar en cada decisión, a pesar del contexto. ¡Toda mi gratitud y admiración!

Macarena Díaz Calderón

Al concluir esta gran etapa de mi vida, quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron que este proceso fuera mucho más llevadero, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración apoyo y fortaleza. Está mención en especial para DIOS, mi esposo Carlos, mi mamá y hermana. Muchas gracias a ustedes por demostrarme que “El verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere.” Mi gratitud también para mis amigas y grupo de tesis, gracias a cada una de ustedes por su entrega, cariño y apoyo incondicional. ¡Gracias infinitas a todos y todas!

Camila López Bustos

Mi vida ha cambiado en muchos aspectos, estos han sido de aprendizaje y crecimiento personal. Mi agradecimiento va lleno de amor, emoción y orgullo. Quiero partir por agradecer a mi mamá y mi papá, no logro explicar con palabras el amor que siento por ellos, son tantos momentos que han llenado mi corazón de amor, han sido quienes me han enseñado y apañado en infinitos momentos. Por otra parte, mis compañeras de tesis, pero lo más importante mis amigas. Nosotras sabemos todas las emociones que sentimos y gracias a eso hemos crecido y elaborado nuestra investigación, gracias por ser parte de este proceso. No puedo dejar de nombrar a Martín y Javiara, mis hermanos, quienes viven en mí con mucho amor. Finalmente, mis amigas del colegio, quienes fueron testigo de mis emociones y a la vez la desconexión de este proceso. Infinitas gracias a todos y todas.

Catalina Ñancupil Otárola.

Mención especial a nuestro profesor guía Fernando Fuenzalida, gracias por siempre motivarnos, creer en nuestras capacidades y verle el lado positivo a la vida, valoramos su capacidad resolutiva ante la crisis, ¡Muchas gracias por su apoyo y sabiduría!

INDICE

INTRODUCCION	5
CAPITULO I: FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
1. Antecedentes del problema	6
1.1 Cómo se entiende Salud Mental en Chile	6
1.1.2 Salud Mental desde Trabajo Social: Incorporación de la disciplina en el área de la Salud Mental	8
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.2.1 Antecedentes de la Salud Mental en Chile.....	13
1.2.2 ¿Qué hace Trabajo Social frente al tema?.....	19
1.3 Problema de investigación	22
1.4 Justificación del problema.....	23
1.4.1 ¿Por qué Trabajo Social debe intervenir este problema?.....	24
1.5 Objetivos	26
1.6 Estrategia Metodológica.....	27
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA.....	29
2.1 Proceso de integración de la Salud Mental en Atención Primaria de Salud (APS)	29
2.1.1 Hitos internacionales que marcan la elaboración del Planes de Salud Mental en Chile	29
2.2 Estado del arte.....	35
2.3 Marco Teórico.....	42
2.3.1 Asimetrías en el campo de la Salud Mental:	45
De la exclusión y marginación social al reconocimiento de los derechos de los individuos.....	45
2.3.2 Modelos de Trabajo Social para implementar a Salud Mental	52
2.3.3 Enfoque de Derechos Humanos y Salud Mental.....	55
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE INFORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL MARCO DE ORIENTACIONES PARA LA PROFESIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL EN CHILE	59
3.1 Problemas identificados en Salud Mental en Chile.....	59
3.1.2 Nudos críticos de la red de Salud Mental en los distintos niveles de atención .. 60 a nivel de toda la red de Salud	60
Algunas de las funciones que tiene la profesión del Trabajo Social en áreas de internación y hospitalización según la publicación de Carballeira (2016):	67
3.1.3 Análisis de la literatura internacional.....	68
Las experiencias descritas en el Capítulo II permite reflexionar en torno a prácticas innovadoras respecto al abordaje de la Salud Mental, el análisis realizado a continuación, servirá de insumo para la realización de orientaciones para la profesión de Trabajo Social.....	68
3.2 Perspectivas de autores para optimizar el abordaje de la Salud Mental	72

3.3 Construcción del marco de orientaciones	76
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES FINALES	89
4.1 Resolución de objetivos	89
4.2 Criterios a considerar para la política pública actual	93
4.3 Hacia nuevas investigaciones en el área de la Salud Mental y Trabajo Social.....	94
Bibliografía	99

INTRODUCCION

La presente investigación, que corresponde a una monografía, se centra en generar orientaciones para la profesión de Trabajo Social ante el panorama actual de la Salud Mental en Chile. Dado que la profesión es una observante de fenómenos sociales, tiene el deber de generar propuestas de intervenciones acordes y coherentes antes la situación particular de la Salud Mental. Dicho esto, esta investigación, es una invitación a pronunciarse sobre el fenómeno, a pensar, reflexionar y auto mirarse y en definitiva, generar orientaciones en el campo que provoquen una superación a las respuestas históricas de la profesión en el área.

La estructura de esta investigación se despliega en tres capítulos de análisis. El primero, que corresponde al planteamiento del problema, contiene antecedentes de la Salud Mental y las respuestas del Trabajo social ante los problemas identificados. Con esta información se plantea el problema de investigación, su fundamentación, los objetivos que se proponen alcanzar y la estrategia metodológica y la matriz de esta.

En un segundo capítulo, se configura el marco de referencia teórica que permitirá un posterior análisis de la información recabada. El tercer capítulo presenta el análisis de los discursos planteados en base al panorama de la Salud Mental y las perspectivas en torno al fenómeno, así también, la mirada desde Trabajo Social y posterior marco de orientaciones.

Finalmente, un cuarto capítulo que contiene las conclusiones de esta investigación referidas al logro de los objetivos, los hallazgos, aportes para nuevas investigaciones y la mirada desde Trabajo Social sobre el objeto de estudio.

CAPITULO I: FORMULACION DEL PROBLEMA

No existe una definición oficial sobre Salud Mental, pero si se recogen las definiciones y nociones existentes, se podría decir que es considerada como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, de esta manera, la persona puede participar en las distintas áreas de la vida social, que le permita vivenciar un bienestar y una calidad de vida.

Durante la historia, la Salud Mental ha sido definida de múltiples maneras, por diversos autores, perspectivas y culturas, lo cierto es que esas definiciones tienen como puntos de encuentros: incluir el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional del individuo, es decir, van más allá del funcionamiento biológico de la persona. En la actualidad, las demandas en Salud Mental exigen un trasfondo que trascienda lo psiquiátrico o médico, justamente porque se ha entendido que las enfermedades mentales tienen un componente social que gatilla una u otra condición.

Salud Mental integra muchas disciplinas, dentro de ellas el Trabajo Social, “los trabajadores sociales en sus múltiples áreas de ejercicio profesional, tienen la posibilidad de observar la intensidad de las implicancias culturales y sociales en cualquier dimensión de los procesos donde opera”. (Matus, 2003, pág. 59) Ante esta situación, la profesión se ve interpelada dado que a pesar de los años que lleva inserta en esta área, aún no logra definir y problematizar su rol dentro del actuar profesional.

Dentro de este capítulo, se abordará el marco de antecedente de la Salud Mental en Chile, y las respuestas que ha dado Trabajo Social ante el fenómeno.

1. Antecedentes del problema

1.1 Cómo se entiende Salud Mental en Chile

Se habla de Salud Mental en los ámbitos clínico, social, cultural y desde la perspectiva de los Derechos Humanos, sin embargo, por mucho tiempo se ha homologado este fenómeno con el concepto de enfermedad mental, desde este punto de vista, la Salud Mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas. Por tal motivo, se considera que existen variadas conceptualizaciones que muestran la evolución del constructo de Salud Mental desde lo multidisciplinario.

Para hablar sobre Salud Mental, se debe hacer referencia primero al concepto de Salud Mental propiamente dicha, que etimológicamente viene del latín *salus*, “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Carrazana, 2002, pág. 1).

Si bien, el concepto anterior se refiere a la etimología, existen variados significados atribuidos a la Salud Mental, los cuales se definen a continuación:

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. (Carrazana, 2002. Pág. 1)

Como se ha dicho, el concepto de Salud Mental presenta una gran variedad de conceptualizaciones. La OMS la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Esta definición habla de la salud no solamente como la ausencia de enfermedades, sabiendo más allá del bienestar físico o biológico de las personas, incorporando en el individuo la prosperidad social y mental, por esto, el profesional en el área de salud, ha debido adaptarse a una nueva forma de intervenir al usuario o paciente inmerso en una sociedad. Frente a esto es importante dar cuenta del cambio de paradigma que se origina desde el biomédico al biopsicosocial.

La salud es vista desde un modelo biopsicosocial (...) Por tanto, la Salud no se puede ya ver como mera ausencia de enfermedad o trastorno mental (como lo hacía el modelo biomédico) puesto que desde ese punto de vista el objetivo de Promoción de la Salud sería imposible. Por otra parte, el modelo biomédico partiría de considerar una relación unidireccional desde un especialista (Manipulador) a un paciente individual. (García, 2002, pág. 276)

Lo positivo que se observa del modelo biopsicosocial es aceptar como propios gran parte de los supuestos de los criterios de salud utópicos, subjetivos y evolutivos, es en su proposición del cómo tratar socialmente la salud, donde se ve la verdadera potencia del modelo biopsicosocial. En definitiva, el reconocimiento de lo social es un gran paso para el concepto de Salud Mental, dado que abarca todo el entorno del sujeto, lo cual

le compete a la profesión de Trabajo Social, dado que las relaciones dentro del entorno pueden ir ayudando o empeorando la Salud Mental, así también, las desigualdades sociales, la distribución del ingreso, hasta los problemas emocionales y afectivos que pueden afectar la salud de la población.

Si bien, los conceptos mencionados anteriormente abordan la perspectiva social en la comprensión de la Salud Mental, estos no logran abarcar toda la complejidad del fenómeno, ante eso, la profesión de Trabajo Social, que observa los fenómenos sociales, tiene la oportunidad de incorporarse en el campo y demostrar la necesidad que requiere no solo abordar la Salud Mental desde una visión médica, sino también, incorporar otras variables que estarían propiciando su desarrollo.

1.1.2 Salud Mental desde Trabajo Social: Incorporación de la disciplina en el área de la Salud Mental

La intervención de los/as trabajadores/as sociales en cualquiera de las áreas de ejercicio profesional es un reto y una oportunidad de apropiación, de definición de identidad en la gran diversidad de formas de hacer Trabajo Social, el campo de la Salud Mental no es la excepción.

Los/as trabajadores/as sociales en Salud Mental están integrados/as en un equipo interdisciplinario, con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, capacitados/as para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

Un Trabajador Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares. (Antipan & Reyes, s/f. pág. 6)

Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce un cambio significativo según Garcés (2010) en primer lugar, la relación interpersonal entre usuario y el equipo de trabajo, en segundo lugar, por medio de cambios en la situación social del entorno del individuo y, por último, por un medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos. La estrategia del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo.

A continuación, se desarrollará una breve reseña histórica que da cuenta de los cambios y transformaciones que ha vivido el Trabajo Social en su incorporación al área de la Salud Mental, para luego dar paso a las respuestas que ha manifestado la disciplina en los distintos procesos históricos.

“En EE.UU, al principio del siglo XX se incorporan los/as trabajadores/as sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios” (Garcés, 2010 , pág. 334). El fin de incorporar al Trabajo Social en Salud Mental, es ver más allá la raíz de los problemas psiquiátricos que vive la o el individuo, con el objetivo de tener información de su micro entorno, los cuales pueden gatillar a distintos problemas de salud.

El Trabajo Social clínico tiene un amplio devenir histórico, cuya significancia mayor es el conocido Casework o trabajo de caso, impulsado por la trabajadora social estadounidense Mery Richmond desde 1914. Por ende, el método de casos, fue la principal respuesta de la profesión ante las enfermedades mentales y la importancia de responder a las particularidades de los individuos y sus familias.

El Casework de Richmond se estableció “como el conjunto de métodos que desarrollará la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social” (Huaquiche & Bastías, 2016, pág. 37). Con esto, se da paso a la constitución de un proceso metodológico, el cual, influenciado por el modelo médico, provoca la constitución del Trabajo Social clínico.

El Trabajo Social de casos desde sus cimientos ha tenido relación con terapia y psicoterapia. De acuerdo a Reyes (2011) citado en Huaquiche & Bastías (2016) “el Trabajo Social Clínico nace del Casework (Trabajo Social de Caso), complementándose con los modelos de Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortaleció con el ejercicio profesional de trabajadores(as) sociales en servicios psiquiátricos” (pág.41). En efecto, lo que hace el Trabajo Social durante la primera mitad del siglo XX es incorporar al área psiquiátrica una conciencia de las repercusiones negativas que comporta el internamiento prolongado, es decir, los asistentes sociales programaron actividades encaminadas a estimular las capacidades y potencialidades de los internados, incorporando así la multicausalidad de las enfermedades mentales.

Trabajo Social Clínico en Chile

Los procesos ocurridos en otros países respecto a la incorporación de la profesión a la Salud Mental, “comienza alejada de los fundamentos del Casework en sus escuelas fundadoras, las que compartían el espíritu de un estado asistencial que respondía al

contexto social de la cuestión social ocurrida entre los años 1925-1929” (Huaquiche & Bastías, 2016, pág. 45). El modo asistencial de ver la atención de Salud Mental fue progresivamente cambiando de acuerdo a los periodos que marcaron al país.

Según Solar (1978) citado en Huaquiche & Bastías (2016) “En Chile, en 1967 se suspendió la enseñanza de Trabajo Social individualizado, más conocido como “caso social” (pág. 46). Dicho esto, se podría decir que el abandono de la enseñanza del trabajo de caso, fue un retroceso para incorporarse al área de la Salud Mental y alejó de cierta forma el abordaje de la perspectiva de los individuos.

Dictadura militar de 1973, un retroceso en Salud Mental

Las experiencias de atención de Salud Mental durante la segunda mitad del Siglo XIX se plasmaron solo como ideas pilotos o iniciativas de pequeños grupos interesados en su incorporación a salud pública, no existiendo mayores cambios impulsados desde el gobierno de la época. Como muchas otras iniciativas comunitarias y de salud pública, “las experiencias descritas fueron clausuradas por la Dictadura Militar en 1973, y muchos de sus líderes fueron despedidos del sistema público, exiliados, detenidos y algunos fueron asesinados. Las únicas iniciativas que sobrevivieron fueron los servicios de psiquiatría en hospitales generales” (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, 2012, pág. 441).

“Las intervenciones profesionales en salud a partir de septiembre de 1973 se restringen a los ámbitos vinculados a la lógica biomédica, con un marcado énfasis asistencial. En ese marco, el rol profesional fue redefinido desde un perfil marcadamente asistencial” (Castañeda & Salamé, 2006, pág. 52). Una trabajadora social egresada en 1984, relata cómo era el ejercicio profesional en los servicios de salud:

Nuestras principales actividades estaban destinadas a la entrega de la credencial de salud, que era nuestra principal labor en esa época. Tratábamos de realizar intervenciones de otro carácter, más cerca de la comunidad, pero nos presionaban a no realizar ninguna otra acción que no fuese la atención asistencial. (Castañeda & Salamé, 2006, pág. 53)

Sin dudas, el proceso de dictadura significó un retroceso de diecisiete años en temas de Salud Mental, lo cual generó cambios en Trabajo Social, cerrando gran parte de escuelas, por ser consideradas revolucionarias, sufriendo así la pérdida de muchos/as estudiantes y profesionales de esta carrera. Según Quiroz (2004) citado en Reyes (2019):

Podríamos decir que los trabajadores sociales que ejercían en contextos de salud mental y que ejercían funciones terapéuticas quedaron relegados solo a los servicios de psiquiatría y a una práctica individualizada-familiar, ya que algunos proyectos de psiquiatría comunitaria también fueron intervenidos por las agencias de inteligencia de la dictadura. La mayoría de la práctica del Trabajo Social quedó reducida. (Quiroz, 2004, pág. 116)

Es así que Trabajo Social se tuvo que reformular y fortalecer después de esta fuerte crisis que sufre la carrera, cambiando totalmente sus enfoques y forma de intervención, limitando y prohibiendo la intervención crítica por parte de los profesionales.

Retorno a la democracia 1990. Modificación del énfasis de las políticas de salud y reforzamiento de la red pública

Con el retorno a la democracia en 1990, en materia de políticas sociales, específicamente en salud, se tomaron medidas para el reforzamiento de la red pública, cabe mencionar que el nuevo gobierno mostró sensibilidad e interés en aspectos psicológicos y sociales de la salud, por lo tanto, pusieron de manifiesto la necesidad de integrar la Salud Mental a la atención primaria y establecer estrategias de promoción de la Salud Mental en la población.

En consecuencia, surge la primera política y Plan Nacional de Salud Mental, promulgada en 1993, el plan incluyó la Salud Mental en Atención Primaria de Salud (APS) como una de las seis prioridades de esta.

Muchos profesionales de APS (médicos generales, enfermeras, y asistentes sociales) fueron capacitados para atender problemas de salud mental, tales como trastornos emocionales y violencia doméstica, así como a realizar intervenciones preventivas de salud mental en escuelas básicas. Además, se mejoró la coordinación entre APS y otros niveles de atención. (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, 2012, pág. 442)

Si bien las acciones de Salud Mental implementadas en APS en este período no lograron una cobertura significativa, sirvieron como proyectos pilotos (aunque en su gestación no fueron pensados como tales), generando procesos de aprendizaje de gran utilidad para el desarrollo posterior de una política pública o plan más integral.

Aun cuando el primer gobierno de Patricio Aylwin se había propuesto reformar la calidad de la red pública mediante la implementación de la concepción social de las enfermedades mentales, sólo lograron ingresar los psicólogos a la atención psicosocial, concentrando más del 50% del trabajo en Salud Mental (Figura 1). Por su parte, los trabajadores sociales y otros profesionales han dejado gradualmente de hacer consultas de Salud Mental, y entre los años 2002 y 2010 disminuyeron su participación desde el 26,8 al 11,7%.

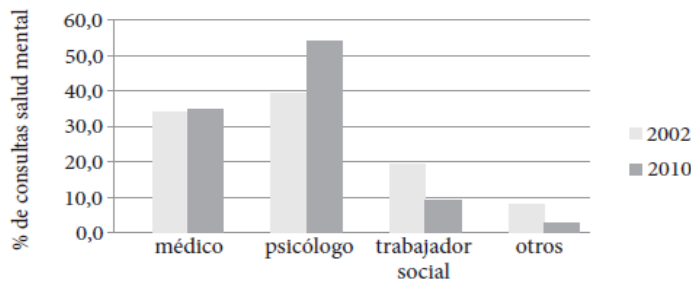


Figura 1. Consultas de Salud Mental según profesionales en APS en los años 2002 y 2010. Ministerio de Salud.

Al igual que en el plan anterior, a partir de las necesidades y desafíos para Chile expuestos en La Conferencia Regional de Salud (2015), se comienza a redactar un nuevo Plan de Salud Mental, el cual se levanta bajo la premisa de superar las dificultades de los últimos años. En ese sentido, el nuevo plan debe ser adecuado a los nuevos escenarios que vive el país.

Respuestas de Trabajo Social en Salud Mental en la década de 1990, retorno a la democracia

De vuelta a la democracia en 1990, la profesión de Trabajo Social vuelve a tomar cabida y fuerza sobre los intereses de los individuos, instalándose así en el marco de los Derechos Humanos y la intervención de casos, donde abarca a los y las afectadas víctimas de violaciones de derechos humanos.

La terapia familiar sistémica fue un elemento clave de interés para la formación profesional y para la práctica del Trabajo Social con familias en diferentes contextos, y particularmente en la psiquiatría, los derechos humanos y en la práctica con población infantojuvenil. En este sentido, la salud mental empieza a ser vista como un campo que se puede profundizar en las próximas décadas en el Trabajo Social. (Barría, 2019, pág. 177)

Así Trabajo Social, fue tomando fuerza y nuevos enfoques desde conocimientos propios de las ciencias sociales ligada a metodologías óptimas para abordar los problemas de las distintas áreas que ofrece la profesión.

En el periodo, emerge el texto *Trabajo Social Familiar* (2002), el cual es trascendental para la profesión y el abordaje de la Salud Mental. Este documento, introduce para el análisis el Modelo ecológico (1987) de Urie Bronfenbrenner y la Teoría de Sistemas (1968) de Ludwing von Bertalanffy, lo cual permite entender los fenómenos sociales desde la noción del contexto y el entorno en que estos ocurren, entendiendo desde ahora que los problemas no pueden ser entendidos de manera unicausal. La relación entre Salud Mental y el sistema será abordado en profundidad en el Marco Teórico.

1.2 Planteamiento del problema

La esfera de la salud en general, no está libre de complejidades y dificultades, por lo tanto, se la puede considerar como un problema histórico social en Chile: de acceso, carencia de recursos, falta de personal para el total de demanda, etc. Las características anteriores podrían generar en la población vulneración de derechos y exclusión que se ha visto reflejada principalmente en la saturación de los servicios de salud pública y en efecto, en la dificultad para acceder al servicio. En ese sentido, la bibliografía revisada anteriormente que vincula la profesión de Trabajo Social con el fenómeno de la Salud Mental, ha visualizado que las respuestas teorías/metodológicas, no son suficientes para abarcar la envergadura, magnitud y el contexto situacional en que se desarrolla la problemática.

A continuación, se esbozarán brevemente algunos de los progresos e insuficiencias identificadas en Salud Mental que debido a que impactan en las personas y el bienestar integral de su salud, le competen a la profesión de Trabajo Social. Es necesario mencionar, que estos se desarrollarán en mayor profundidad en el capítulo III.

1.2.1 Antecedentes de la Salud Mental en Chile

Se pueden visualizar avances en la política pública de Salud Mental con la actualización de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental del año 2017, que responde a los nuevos desafíos que no implementa el plan anterior (2001), es por esto que a través de un análisis creado por la Revista Panamericana de la Salud Pública (2018), se detectaron algunos de los progresos que ha tenido la problemática tratada.

Las leyes y políticas de salud mental que promueven la descentralización de la atención son un paso importante para la protección de las personas con trastornos mentales. En países de

ingresos medios, el desarrollo de un modelo comunitario tiene el potencial de reducir las brechas de tratamiento y aumentar la cobertura y, de esta manera, mejorar las inequidades en el acceso a la atención, entre otros beneficios. (Minoletti, y otros, 2018)

La acción comunitaria descentralizadora del nuevo Plan incorpora según el análisis (2018) nuevas coberturas de atención y servicio, aumentando el número de personas atendidas en el área de Salud Mental. Ante esta información, se anexan cuadros comparativos realizados por la propia revista Panamericana de Salud Pública.

Número de personas con trastornos mentales atendidas en distintos servicios por 100 000 beneficiarios del sistema público en Chile (2004 y 2014)

Personas con trastornos mentales atendidas	2004	2014
Consultantes de atención primaria de salud	2 217	4 559
Consultantes de especialidad ambulatoria	535	1 014
Personas ingresadas en hospitales generales	55	86
Personas ingresadas en hospitales psiquiátricos	48	32

Figura 2. Número de personas con trastornos mentales atendidas en distintos servicios por 100.000 beneficiarios del sistema público en Chile (2004 y 2014). Revista Panamericana de Salud, base de datos del Ministerio de Salud de Chile, 2018.

Comparación de camas/plazas para personas con trastornos mentales en distintos servicios con atención de 24 horas al día por 100 000 beneficiarios del sistema público en Chile (1990 y 2014)

Camas/plazas para personas con trastornos mentales	1990	2014
Estadía corta en hospitales generales (hasta 60 días)	2,5	5,3
Estadía corta en hospitales psiquiátricos (hasta 60 días)	5,9	2,9
Estadía mediana en hospitales psiquiátricos (hasta 1 año)	0	0,9
Estadía prolongada en hospitales psiquiátricos (indefinido)	25,9	3,1
Viviendas grupales comunitarias (indefinido)	0	12,0

Figura 3. Comparación de camas/plazas para personas con trastornos mentales en distintos servicios con atención de 24 horas al día por 100.000 beneficiarios del sistema público en Chile (1990 y 2014). Revista Panamericana de Salud, base de datos del Ministerio de Salud de Chile, 2018.

Si bien es cierto, durante los últimos años, ha habido avances, éstos siguen siendo escasos y presentan complejidad ante los nuevos desafíos de la Salud en Chile, lo que genera una fuerte debilidad dentro de la forma en cómo se aborda la problemática de Salud Mental chilena, ya que las cifras de mortalidad por estrés, trastornos mentales, depresión y entre otros no disminuye, por el contrario, aumentan.

La presencia de trastornos mentales a largo plazo se ha asociado con una importante disminución en la calidad de vida, problemas de salud física y una alta tasa de mortalidad prematura. Por ejemplo, la depresión

y esquizofrenia aumenta entre 40% y 60% la probabilidad de sufrir una muerte prematura por suicidio o problemas de salud física, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, o infección por VIH. Los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa de años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad (AVISA) en la población chilena, y la primera en la población femenina entre 20 y 44 años. (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo, 2015, pág. 1180)

Ahora, si se comparan los porcentajes mencionados anteriormente por Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo (2015), cuando se habla de Chile según el Índice de Desarrollo Humano (2019) este se encuentra dentro de los países más desarrollados de la región, tomando en consideración su desarrollo económico, clasificando al país potente en ingresos monetarios. Otro tema que pareciera estar bajo control según estadísticas internacionales es la salud, dando cuenta la reducción de mortalidad en la etapa de infancia y adultez.

Enfermedades de Salud Mental de prevalencia en Chile

Según datos mencionados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS), 1 de cada 5 chilenos, han tenido alguna enfermedad mental durante el último año (2019), La falta de Salud Mental y la prevención de esta, es la causa más común y abandono hacia las personas, cuando se habla de Salud Mental se debe hablar de las determinaciones sociales, parece obvio, pero se debe incluir el entorno y contexto social, político y económico de un sujeto, para hacer una buena política pública. Según el Dr. Irrazabal (2019) “Es importante entender que la enfermedad mental no sólo es frecuente en el país, sino que también causa mucha discapacidad, es cosa de pensar en las licencias médicas asociadas, los efectos escolares, universitarios y laborales, y evidentemente familiares”. Con esto, se puede dar cuenta del gran deterioro de la calidad de vida que tiene un sujeto al sufrir alguna enfermedad mental en este país. A continuación, se mencionan las 3 enfermedades mentales que más afectan a la comunidad chilena.

Depresión

La relación a este trastorno psicológico, la Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) demostró que un 6% de la comunidad chilena, ha sido diagnosticada con esta enfermedad, y que solo 1 de cada 6 personas recibe un tratamiento y se cura de esta enfermedad y una de cada tres realiza su tratamiento por GES, esto evidencia que existe una brecha importante del acceso a este tratamiento.

Chile es el segundo país de OCDE que más ha aumentado la tasa de suicidios en los últimos 15 años.

Anualmente en Chile 1.800 personas se suicidan y por cada uno de ellos, alrededor de 20 realizan un intento suicida. más de 220 mil chilenos sobre los 18 años han planificado su suicidio y más de 100 mil reconoce que intentó quitarse la vida, según se desprende de la Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016/2017, que por primera vez midió en específico esta temática.

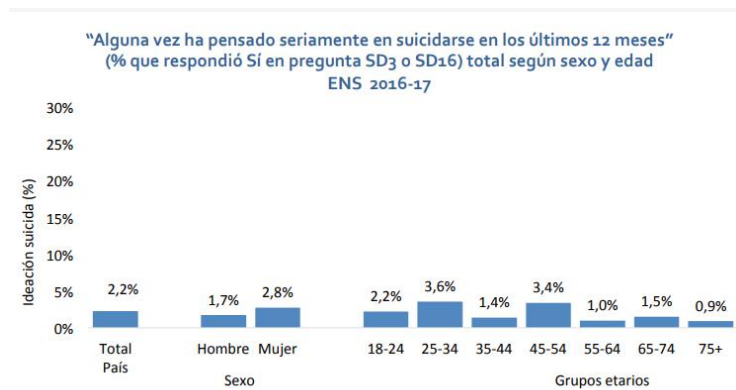


Figura 4. Alguna vez he pensado seriamente en suicidarme en los últimos 12 meses (% que respondió SI en pregunta SD3 o SD16) Total según sexo y edad ENS 2016-17. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Pese a lo impactante de las cifras, aún es un tema lejano y poco comprendido desde las políticas públicas existentes, el sistema público de salud no da abasto para todas y todos, los tratamientos siguen siendo muy costosos y el acceso de calidad sigue siendo solo para algunas personas. Además, de la falta de prevención que existe, la poca educación que se le entrega a la comunidad sobre Salud Mental, dicho esto, se puede concluir que la falta de prevención y educación en torno a la Salud mental, podría gatillar episodios de discriminación al sujeto afectado, lo que, en efecto, provocaría abandono de tratamientos o decisiones drásticas como acabar con la vida.

La desigualdad económica y social que se vive en Chile según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019) es uno de los mayores malestares que tiene gran parte de la sociedad chilena, en donde esta desigualdad llega a distintos ámbitos de la vida, algunas de estas grandes diferencias sociales y económicas son la calidad de vida, la educación, la accesibilidad a vivienda propia y la comparación entre la salud pública y privada. Otra de las desigualdades se expresa hacia las personas con discapacidad psicosocial o intelectual “las cuales están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social, constituyendo un problema social de importancia mayor que el Estado no ha abordado adecuadamente aún” (Minoletti, y otros, 2018).

Trastorno ansioso

En segundo lugar, se encuentran los trastornos ansiosos, “Los más frecuentes son los Trastornos de Ansiedad Generalizada. Los síntomas tienen que ver con muchos factores que generan estrés, como la relación con otras personas y las multitudes en la calle, entre otros” (Retamal, 2018). Sentir ansiedad en alguna situación es algo completamente normal, en lo que se debe estar atento es la intensidad del trastorno, si ya le imposibilita hacer su rutina diaria, por eso es importante que en Chile exista una línea de trabajo de Salud Mental que se enfoque en la prevención y promoción de los trastornos mentales, capacitando a la comunidad a utilizar sus propias herramientas que mejoren su calidad de vida y bienestar mental. La prevalencia de este trastorno en nuestro país, se debe principalmente a varios elementos de ámbito social y culturales, la sociedad hoy en día parece ser muy individualista, competitiva y vive bajo presión, vida que no a todas las personas les acomoda o son personas más sensibles a cambios de vida drásticos y rápidos, entonces su respuesta al mundo es la ansiedad.

En síntesis, se han encontrado diferentes argumentos del porqué aún no se logra una calidad en Salud Mental y que sea orientado como un derecho fundamental para la calidad de vida de las personas que viven en Chile, independiente de cuál sea su situación financiera, social cultural. etc. El principal argumento es desde los cimientos de la construcción de las políticas públicas para Salud Mental, su gestión y discurso, permiten observar que el mayor conflicto ha sido orientar el tratamiento desde una mirada psiquiátrica y hegemonía médica, dejando de lado lo esencial de todo ser humano, su lado social y su contexto socio histórico, entendiendo que la enfermedad no es uncausal, depende del historial de vida de las personas, de sus relaciones sociales y de su contexto local. Lo cual deja en evidencia la poca empatía que existe hacia el sujeto aporaleado, menoscabando el sufrimiento de la población, solo basándose en un diagnóstico y tratamiento universal para todos y todas, no teniendo en cuenta que las condiciones sociales, son imprescindibles para un exitoso resultado en los tratamientos de la comunidad.

Adicción a las drogas y alcohol

Ministerio de Salud (2013) en la *Guía Clínica AUGE, Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas*, menciona que el consumo nocivo de alcohol y drogas en Chile es considerado como una problemática de Salud Pública, sobre todo en menores de 20 años, y que sus causas principales son el tránsito, la violencia y las muertes prematuras.

El consumo de alcohol se ha asociado a más de sesenta problemas de salud, incluyendo aquellos problemas que tienen atribución causal

completa (dependencia de alcohol, dependencia, intoxicación alcohólica, gastritis alcohólica, daño hepático alcohólico, entre varios), o bien atribución causal parcial (cáncer de mama, cáncer hepático, cáncer esofágico, epilepsia, hipertensión, accidente cerebrovascular hemorrágico, pancreatitis aguda, entre otros. (Ministerio de Salud, 2013)

Esto demuestra que la adicción no es solo una enfermedad mental si no también física y psicoemocional que crea una dependencia hacia una sustancia. Y es una enfermedad muy progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. "Las adicciones están provocando que las cifras de depresión y bipolaridad se eleven aún más, pues producen cambios metabólicos en el cerebro que hacen que las enfermedades se hagan más difíciles de tratar, con más repercusiones sociales y daño cerebral" (Retamal, 2018).

El síndrome de abstinencia es uno de los efectos que produce esta adicción, una vez que se deja de consumir, las personas adictas sienten una dependencia física y psicológica muy fuerte de volver a consumir la sustancia, lo que les dificulta el autocontrol, la tolerancia y puede derivar a un posible abandono del tratamiento que se esté realizando con él o ella, es por eso la importancia del acompañamiento y un correcto tratamiento para combatir la adicción. es aconsejable además contar con alguien de confianza, quien sepa reconocer sintomatología importante y así iniciar una terapia lo más rápida y oportuna posible.

Las afecciones presentadas con anterioridad, develan la necesidad de ser intervenidas, para ello, el sistema de Salud pública podría dar solución a la población en temas de prevención y tratamiento, sin embargo, como se verá a continuación, pese a todos los esfuerzos de la red de servicios de Salud mental, esta cuenta con dificultades que en definitiva no logran subsanar situaciones de emergencia y controlar los altos niveles de enfermedades descritas anteriormente.

El gasto público de Salud Mental en Chile

Según los antecedentes que se mostrarán a continuación, queda en evidencia que uno de los grandes problemas que enfrenta la Salud Mental en Chile sería el gasto público, por lo que las condiciones de financiamiento son insuficientes para alcanzar una calidad y cobertura óptima de la atención.

Los problemas de salud mental están dentro de la quinta prioridad en los planes de salud en Chile. Probablemente sea un problema económico en el cual el Estado no tiene interés en gastar, ni tampoco poner a personas en edad productiva para la solución de estas problemáticas como sus prioridades. (Gómez, 2017, pág. 1)

La Salud Mental y la calidad de vida de las personas debiese estar dentro de una de las prioridades principales de los gobiernos, tomando en consideración el desarrollo óptimo de la población. En dicho sentido, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, debiese ser un objetivo de las políticas públicas y ante la ausencia de ellas, de las disciplinas que intervienen desde el ámbito de salud. El accionar de la justicia, las malas condiciones de habitabilidad o la carencia de vivienda adecuada, no tener un trabajo estable o bien tener una remuneración irregular e insuficiente; la dificultad de acceso a una educación de calidad o cualquier forma de vulnerabilidad en el sistema social y político, deterioran, sistemática y significativamente la calidad de vida de las personas y por tanto su salud física y mental.

Dentro de las dificultades principales que se encuentran para superar dicha situación, son los bajos recursos otorgados a Salud Mental, lo cual se instala como tercer problema urgente de abordar. “El gasto público en salud de nuestro país es muy bajo en relación a los países desarrollados y en salud mental llega sólo al 2,4% del gasto total en salud, muy lejos de la recomendación mínima de la OMS” (Ministerio de Salud, 2017, pág. 10). En base a antecedentes se demuestra que el gasto destinado a Salud Mental no estaría acorde a lo que se recomienda la creciente relevancia que presentan los recursos, históricamente el fenómeno en Chile, carece de ciertos lineamientos recomendados por la OMS, la importancia que tiene el invertir para conseguir mejores accesos y oportunidades para las personas.

1.2.2 ¿Qué hace Trabajo Social frente al tema?

Durante el desarrollo de esta tesis se han detectado distintas limitaciones que tiene la profesión de Trabajo Social en el campo de Salud Mental, fundamentalmente por la lucha constante entre expandir su quehacer profesional en esta área. Con el paso de los años la profesión ha tomado un gran peso y relevancia dentro de la salud en general, ya que tiene la posibilidad de ver los problemas más allá de los superficial y únicamente bajo la noción psiquiátrica y médica, indagando las vivencias del individuo, con el objetivo de tener información de su vida y experiencias, como también de su micro entorno, los cuales pueden ser causales de distintos problemas de salud. A pesar de que su integración en el área lleva años, se podría considerar que esta profesión aún sufre

de algunas limitaciones el campo, principalmente porque pareciese ser que aún se halla oculto en lo meramente profesional.

Al referirse al quehacer de la profesión ante el fenómeno de la Salud Mental y reconocer al Trabajo Social como una disciplina que se encuentra en relación constante con otros/as desde su saber hacer, nos permite entender cómo se facilitan y promueven acciones.

El cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar, el Trabajo Social interviene en los puntos en que las personas interactúan con su entorno, desde los principios de los derechos humanos y la Justicia Social. (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2000)

Por lo tanto, se entiende que la labor del Trabajo Social es de suma importancia y utilidad en el área de la Salud Mental, como se verá más adelante, actualmente en todos los servicios de salud pública y específicamente mental, como lo son COSAM, Hospitales de día y Hospitales de larga estadía, hay un/a Trabajador/a social ejerciendo funciones específicas. “La función central del trabajador social en Salud Mental, estaría enmarcada en el trabajo de intervención individual y familiar, brindando apoyo y atención a las familias y sujetos consultantes del servicio” (Rozas, 2011, pág. 144).

Como menciona el Dr. Steeger en Pérez y Bustamante (s/f) desde la experiencia en la Comisión Mixta Salud- Educación del CESFAM de Cerro Navia el quehacer profesional del Trabajo Social, permite obtener un carácter creativo e innovador a la hora de proponer diversas estrategias de intervención, devolviendo a las personas su dignidad y derechos vulnerados muchas veces por las instituciones.

La acción reflexiva que el trabajador social desarrolla se encuentra presente en el quehacer profesional, materializándose en prácticas que integran una evaluación consciente y constante de su entorno, los actores sociales presentes y la finalidad que persigue la praxis, en tanto acción transformadora. (Pérez y Bustamante s/f)

En las problemáticas que presenta hoy en día la sociedad chilena, el Trabajo Social en el área de Salud Mental se debe adecuar a los nuevos desafíos y necesidades que

requieran las personas. La depresión, el suicidio, el consumo problemático de drogas, el maltrato infantil, la VIF y el abuso sexual, son algunos de los diversos problemas que aquejan a la sociedad chilena en materia de Salud Mental.

Si, hemos sido catalogados como profesionales de apoyo, que podemos ser transversales a todos los programas, algo así como un comodín en un juego de cartas... y el trabajo social pareciera ser que ha aceptado, casi con gratitud, ¡esta especie de consideración caritativa! Pero esta valoración caritativa dista de constituir una integración real y plena a un equipo de salud transdisciplinario. Y por ello, el trabajo social es absolutamente prescindible. (Molina R. , 2006, pág. 99)

Si bien, desde la década del 1920 el Trabajo Social se encuentra relacionado con el área de salud, es difícil encontrar información de los aportes prácticos que la profesión ha realizado a la salud pública chilena, pareciera ser que el Trabajo Social ha actuado de forma discreta, incluso pasando desapercibidos en este campo, como se mencionaba anteriormente, desde los inicios de la profesión se ha estado ligado a la salud, entregando aportes integrales a los pacientes, sus familias y al equipo interdisciplinario, entregando nuevos dispositivos de intervención, colaborando al cumplimiento de sus respectivos tratamientos e informando para la realización de un diagnóstico integral, mejorando así las respuestas a los complejos problemas de salud. Sin embargo, en la web, libros, artículos, entre otros, sólo se encuentra material respecto a la historia y el rol de los profesionales, algunos más críticos y otros más tradicionales, pero ninguno de ellos alude a sistematizaciones de experiencias, por ende, resulta muy difícil conocer el conocimiento que emerge de la práctica y aquellos relatos propios del contexto quedan sumergidos únicamente donde la práctica se hace visible.

Ahora bien, es importante mencionar y reconocer que seguramente el trabajo que realizan los profesionales del área es muy importante y significativo para los/as interlocutores/as, sin embargo, durante el desarrollo de esta investigación, ha sido posible establecer que existe una carencia de sistematizaciones de experiencias por parte de la profesión de Trabajo Social en el área de la Salud Mental, lo cual se cree sería muy importante de generar, precisamente porque aquello permite conocer *in situ* cómo se desarrolla el fenómeno y debido a que esta es una investigación monográfica, no ha sido posible realizar entrevistas, las cuales sin duda hubiesen enriquecido la producción científica y en consecuencia, las orientaciones para la profesión que aquí se pretenden generar.

El hecho de que exista escasa sistematización de las experiencias de Trabajo Social en el área, no significa que se limite su integración o que esta profesión quede subyugada al campo médico, todo lo contrario, la profesión de Trabajo Social, tiene la oportunidad de apropiarse de los éxitos y también de los fracasos, dando la importancia que merece la disciplina y producir material bibliográfico del trabajo que realizan los profesionales y de las acciones que promueven, lo cual posibilitaría ampliar sus conocimientos.

La necesidad anterior es crucial para generar modelos acordes y coherentes a la realidad social, sobre todo cuando se sabe que la profesión de Trabajo Social tiene una mirada crítica y transformadora ante los contextos y hechos sociales en los que se desenvuelve, por lo tanto, parece ser incompatible su invisibilidad y ausencia de material bibliográfico desde quienes actúan y se abren camino en el área de Salud Mental. Por lo tanto, si la idea es integrarse con mayor fuerza al área, es necesario ser parte de las decisiones complejas que se toman para y con el individuo, dado que una de las tantas ventajas de la profesión de Trabajo Social es descifrar y entender las necesidades de las personas, por ende, comprender las problemáticas hace posible crear nuevos modelos de intervención adecuados a los nuevos contextos sociales que van sucediendo en la sociedad. Dicho esto, sería muy importante que el conocimiento que emerge en la práctica no se quede allí, sino que siempre se debe ir más allá hacia la búsqueda de un continuo conocimiento, que, en efecto, guiará un mejor quehacer para la profesión y para las personas beneficiarias de las intervenciones que se despliegan.

En conclusión, Trabajo Social puede seguir aportando como disciplina en Salud Mental, una parte importante es difundir lo que hacen, cómo lo hacen, cuestionar el quehacer, buscar novedades en información y desarrollar nuevas destrezas, con el fin de posicionar la profesión y así enfrentar los desafíos que se presentan cada vez más frecuentes, especialmente en el área de Salud Mental.

1.3 Problema de investigación

La situación de la Salud Mental, al afectar la calidad de vida de las personas, interpela a Trabajo Social, el cual no presenta respuestas sustanciales frente a esta situación, debido a que no genera sistematizaciones en el área, por lo tanto, como se mencionó anteriormente, es necesario producir conocimiento nuevo que permita conocer el fenómeno tal cual este se presenta.

Cuando se habla de innovación existe, por su propia expresión semántica, una cierta confianza en que sea portadora de algo nuevo. Más

aún, se asume como imagen contrapuesta con lo viejo. Al verse de ese modo, contiene una esperanza de superación. (Matus, 2017, pág. 4)

Los antecedentes presentados respecto a la situación actual de la Salud Mental en Chile, posibilitan afirmar que tal fenómeno se haya en crisis y con la necesidad de que al menos desde las ciencias sociales, en este cargo la profesión de Trabajo Social, se hagan cargo y parte de las dificultades que afectan directamente a las personas.

En consecuencia, el problema de investigación que se presenta, es que existe ausencia de información desde la literatura y sistematizaciones de experiencias desde la profesión de Trabajo Social frente al panorama de la Salud Mental, que permitan mejorar el ejercicio de esta frente a la compleja situación de Salud Mental en Chile. Si bien, existe conocimiento, este es escaso y en definitiva, hay carencia de producción científica sustantiva que oriente y permita la reflexión a profesionales de Trabajo Social que se enfrentan a un escenario de Salud Mental.

En síntesis, el objetivo de esta tesis es entregar orientaciones desde y para Trabajo Social en el área de Salud Mental.

1.4 Justificación del problema

Las demandas que apelan a Salud Mental están envueltas por distintas temáticas entre ellas el término de interdisciplinas profesionales, invocando aquí a la profesión de Trabajo Social en el área. Pensar la Salud Mental en términos de intervención en salud pública desde la profesión de Trabajo Social, implica entender primeramente que toda enfermedad es social, significa que lo que da perspectiva a la enfermedad es el contexto en la que esta se sitúa, por tanto, no existen enfermedades unicasales, es un proceso histórico social, no es lo mismo enfermarse en uno u otro lugar, con un modelo social en particular y en contextos diferenciados. En este sentido, la respuesta de la profesión debiera construir un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialoguen, se entrecrucen y elaboren diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social.

Todo/a profesional del área social, debiese entender que los problemas traen consigo trayectorias e historias detrás, por lo tanto, brindar y proporcionar habilidades duras y blandas adquiridas dentro del quehacer profesional es una responsabilidad ética profesional, lo cual corresponde al despliegue del bienestar y compromiso de asumir una intervención de calidad, segura e indagatoria, dentro de los servicios prestados a la comunidad.

Entendiéndose de igual manera los deberes de conducta ética generales entregados por el *Código de Ética de los y las Trabajadoras Sociales en Chile* (Red Ex-alumnos Trabajo Social, 2014) entre los cuales precisamos nombrar alguno de ellos:

- Artículo 19° Es deber del profesional trabajador social conocer y mantener permanentemente actualizados, los valores, principios y conocimientos de la profesión y contribuir a su clarificación y mejoramiento.
- Artículo 20° Los trabajadores sociales deben desempeñar sus actividades profesionales, con eficiencia y responsabilidad, observando la legislación vigente y garantizando la producción de servicios y programas sociales de calidad, destinados a disminuir las brechas de desigualdad social, la pobreza y la vulnerabilidad.
- Artículo 41° Es deber del trabajador/a social incentivar la práctica profesional interdisciplinaria.

Cuando se habla sobre la importancia del abordaje del problema para el Trabajo Social, lo que se propone es entenderlo como un problema que debiese ser reconstruido desde múltiples respuestas metodológicas, entre ellas la comprensión y reconocimiento del otro/a como sujeto, por lo tanto, mirar la intervención de Trabajo Social dentro de Salud Mental es una propuesta dinámica dialéctica que supone ser parte de un abordaje complejo y cambiante, por lo tanto el modo de intervención es desde el conocimiento crítico que entiende la singularidad de las personas, no desde lo evidente dado por el o la paciente.

La problematización a la que aludimos anteriormente es una alternativa que contribuye a desnaturalizar los hechos sociales, complejizando el análisis de la realidad, otorgándole sentido a su devenir histórico, al mismo tiempo que orientando intencionalidades y tomas de decisión en términos de estrategias profesionales. (Cavalleri, 2014, pág. 3)

1.4.1 ¿Por qué Trabajo Social debe intervenir este problema?

La profesión lleva años en el campo de la Salud Mental, “los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904” (Garcés, 2010, pág. 334). Llevando un tiempo prolongado en el recorrido de esta problemática, la que no ha estado ajena a dificultades.

La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico

se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica. (Garcés, 2010, pág. 335)

Si bien el encaje de la profesión de un principio era incierta, como se menciona en puntos anteriores, se empezó a entender con el pasar de los años que la labor del Trabajo Social es importante y útil en Salud Mental, entre estas importancias están las habilidades con las que cuenta los profesionales y la capacidad de integración y elementos metodológicos que suman al trabajo que se requiere, por esto según Garcés (2010) comenta que “El Trabajo Social debe intervenir en salud mental porque tiene acciones concretas que son relevantes para generar variaciones en el cambio de las personas”, estas variaciones se nombran a través de 3 fundamentos por lo que el Trabajo Social Clínico produce el cambio, los cuales serían (2010);

1. Por medio de la relación interpersonal.
2. Por medio de cambios en la situación social.
3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Estos tres fundamentos con los que opera el Trabajo Social Clínico, son, por una parte, los métodos fundamentales para lograr cambios en los tratamientos existentes en el área clínica, que carece de estos espacios y que él o la trabajadora social posee a través de su formación y quehacer profesional.

Por otra parte, se debe intervenir, en la calidad y acceso de los servicios de salud, desde los diferentes contextos que se presentan, con el fin de integrar la Salud Mental y sus aportes con eficacia, dando así una respuesta oportuna, certera y progresista en el desarrollo y fortalecimiento del o la paciente.

En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e

informales, y el fomento de la auto asistencia (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 14).

Los aportes que entrega el Trabajo Social desde una mirada integradora, según las recomendaciones de la OMS, es desarrollar una intervención de manera comunitaria, teniendo como finalidad fomentar el bienestar de la Salud Mental en las personas. Por lo que, las demandas que enfrenta en el campo de la Salud Mental, sufren de constantes cambios y complejidades según la variación del desarrollo de la sociedad y la posición en donde se encuentren en términos de intervención. Según Carballeda (2012) lo social en la intervención puede ser pensado desde tres órdenes;

- Por un lado, la acción “interventiva” de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de Protección Social.
- Un segundo orden de los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención.
- Un tercer orden que termina de delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada con mayor intensidad en estas últimas décadas entre la noción de necesidad social y problema social.

El Trabajo Social clínico constituye una realidad relevante que debe ser pensada desde los nuevos escenarios, momentos y cambios que se presenten, por lo que es altamente capaz de intervenir en el campo de la Salud Mental, todo lo relacionado a problemas sociales que es propio de la disciplina.

Además, investigar en el área puede incrementar la producción de sistematizaciones e investigaciones que fomenten la reflexión, las cuales como se ha dicho con anterioridad, son necesarias de generar a fin de contribuir a la innovación de las prácticas.

1.5 Objetivos

Objetivo General:

Entregar orientaciones que permitan guiar el actuar del Trabajo Social en el área de la Salud Mental en Chile.

Objetivos Específicos:

Objetivo 1: Identificar los principales problemas existentes en Salud Mental en el contexto de Chile.

Objetivo 2: Identificar las respuestas de Trabajo Social, frente a la situación de Salud Mental en Chile.

Objetivo 3: Extraer criterios mediante distintas fuentes de análisis que permitan la elaboración de orientaciones para Trabajo Social en el área de la Salud Mental.

1.6 Estrategia Metodológica

A la fecha, el año 2020 ha sido particularmente de muchos cambios, incertidumbres y desafíos, uno de estos es ser estudiante en contexto de pandemia y no obstante, elaborar una tesis que no se adecua del todo con el proceso tradicional que suele prepararse y conformarse esta experiencia. Por lo tanto, de acuerdo a aquellos motivos mencionados con anterioridad se ha tomado la decisión de construir una monografía, la cual cuenta con información secundaria guiada por los conocimientos adquiridos por distintos materiales bibliográficos revisados y leídos, aparte de contar con páginas web informativas que guían nuestro problema de investigación y charlas realizadas por profesionales dedicados a la Salud Mental, al ámbito social y ligados a la profesión de Trabajo Social y entre otras fuentes informativas. Una monografía según Sabino (1993) en Facultad de Ciencias Agropecuarias (2006) es:

Un trabajo que tiene la particularidad de versar sobre un tema único, bien delimitado y preciso. En general resulta un escrito breve en el que se prefiere sacrificar la extensión de los asuntos tratados en beneficio de la profundidad. Corrientemente, la monografía es producto de una investigación bibliográfica, no de campo. (Facultad de Ciencias Agropecuarias, 2006, pág. 2)

Se decide entonces realizar una monografía precisamente porque el contexto de pandemia involucra el distanciamiento social, el cual dificulta los encuentros cara a cara y en consecuencia, el trabajo de campo propio de una tesis convencional. La elección de esta metodología de investigación no es azarosa, en primer fundamento como se dijo anteriormente, radica en la imposibilidad del trabajo de campo, que si bien con esfuerzo se podría haber realizado entrevistas a profesionales que trabajen en el área de Salud mental, no se lograrían entrevistas directas a personas que padecen alguna condición de Salud mental y conocer la percepción de los sujetos es una experiencia enriquecedora, pero es improbable en este momento.

Dado que esta tesis tiene por objetivo entregar orientaciones para la profesión de Trabajo Social en el área de Salud Mental, resulta pertinente realizar una monografía, puesto que esta utiliza como recurso principal el material bibliográfico y para lograr el

objetivo propuesto, urge realizar una revisión exhaustiva de aquello que dicen los libros de Trabajo Social versus aquello que el contexto exige. En relación a lo mencionado anteriormente, se considera oportuno en contexto pandemia realizar un estudio bibliográfico, dado que se recoge una amplia recopilación de fuentes informativas necesarias para dar cuenta las posibles propuestas sobre orientaciones recomendadas para el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental en Chile. Así también, se desea comprender que la dinámica de los seres humanos y la sociedad va cambiando, por lo tanto, se hace pertinente ir modificando nuestro quehacer y orientaciones con el fin de adecuarnos a los paradigmas que van ocurriendo por los distintos hechos y movimientos sociales, no obstante, estos mismos hechos modifican conductas y formas de relacionarse entre individuos por lo mismo los tratamientos y métodos de trabajar la Salud Mental no suele ser la misma que hace 10 años atrás.

Matriz de investigación

El primer objetivo que se propuso es “identificar los principales problemas existentes en Salud Mental en el contexto de Chile”, para ello se utilizarán datos relevantes que permitieran entender porque la problemática de Salud Mental en Chile debe ser abordada desde una mirada social y no solo clínica, interpelando directamente a la profesión de Trabajo Social. Para realizar el segundo objetivo que es, “identificar las respuestas de Trabajo Social, frente a la situación de Salud Mental en Chile”, se indagará sobre los distintos niveles de atención en la Salud Mental y como Trabajo Social se ha incorporado históricamente en esta área. Finalmente, y como tercer objetivo, se propone “extraer criterios mediante distintas fuentes de análisis que permitan la elaboración de orientaciones para Trabajo Social en el área de Salud Mental”, a fin de tener un margen más amplio de perspectivas que guíen hacia un conocimiento más integral e innovador para el abordaje del fenómeno.

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1 Proceso de integración de la Salud Mental en Atención Primaria de Salud (APS)

En Chile y en varios países del continente latinoamericano, la salud pública antecede a la Salud Mental, desde el siglo XIX a la fecha ha existido un significativo cambio de paradigma respecto a la concepción sobre los trastornos mentales. A continuación, se hará alusión al proceso de integración de la Salud Mental en el país y los desafíos que anteceden la implementación de políticas públicas en el tema.

La transformación de los sistemas de atención en Salud Mental ha sido distintos según el continente y el desarrollo de los países que los componen. A diferencia de los países norteamericanos y europeos, Latinoamérica ha vivido dichos procesos de manera tardía y con características distintivas, determinadas por los modelos de salud, carencia de apoyo político para legislar y recursos limitados.

La primera vez que se conceptualizó formalmente la idea de los servicios de Salud Mental comunitaria y de integración en Atención Primaria de Salud, desde ahora APS fue en 1966, con el primer Programa Nacional de Salud Mental. Aunque este programa nunca llegó a ser implementado por falta de apoyo político y de recursos, representó un hito histórico significativo al concertar a un grupo de profesionales planteando estrategias de salud pública para enfrentar la alta prevalencia de enfermedades mentales. (Minoletti, Rojas & Horvitz-Lennon, 2012, pág. 441)

Si bien, este programa no evolucionó, es destacable la intención de integrar las enfermedades mentales en los servicios públicos de salud, dado que, mediante la facilitación del acceso de estas prestaciones a las personas, es posible a mediano y corto plazo disminuir las brechas de ingreso a un tratamiento de Salud Mental.

2.1.1 Hitos internacionales que marcan la elaboración del Planes de Salud Mental en Chile

Los países del continente latinoamericano que tienen un sistema de salud pública son miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS), por ende, se rigen bajo los acuerdos establecidos por la organización trabajando conjuntamente en favor de establecer prioridades sanitarias en la región y proteger la salud de su población.

Varias han sido las ocasiones en que los países del mundo se han reunido en conferencias internacionales a fin de zanjar prioridades y acuerdos en materia de Salud Mental. Las demandas han exigido el desarrollo de estrategias e iniciativas en salud pública por parte del Estado. En consecuencia, estas instancias internacionales han servido para fomentar la reestructuración de los servicios de Salud Mental en Chile y la elaboración de Planes Nacionales en la materia.

A continuación, se presentan de manera breve los eventos internacionales y su aporte e incidencia en las políticas públicas del país.

Declaración de Alma Ata (1978): La comunidad internacional, con el apoyo la Organización Mundial de la Salud, se reunieron para sentar las bases de una *Salud para todos/as al año 2000* con tal de enfrentar las profundas inequidades económicas y sociales que se vivían en aquella época.

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Declaración Alma Ata, 1978, pág. 1)

La Declaración de Alma Ata (1978): Puso de manifiesto la necesidad de integrar la Salud Mental en APS y establecer estrategias de promoción de la Salud Mental en la población. Sin embargo, en los países del continente americano persistían dificultades para implementar cambios sustanciales a la asistencia psiquiátrica. Ante este escenario, surge una nueva conferencia de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

Declaración de Caracas (1990): Esta declaración es conocida como la *Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*, cuya finalidad fue promover los derechos humanos, crear una adecuada legislación y reforma de atención en Salud Mental dentro de Latinoamérica. Dicha instancia “tuvo una influencia mayor en las políticas de Salud Mental de la región. En ella se formularon los principios que han servido de modelo conceptual para la Reforma Psiquiátrica, la cual fue desarrollada en los años siguientes en Latinoamérica” (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, 2012, pág. 441).

El impacto principal que tuvo dicha conferencia, fue la elaboración del primer Plan de Salud Mental desde el retorno a la democracia. Este plan incluyó la Salud Mental en APS como una de las seis prioridades y destaca el establecimiento de roles específicos para cada área de intervención.

La integración de nuevos proyectos para dar respuestas a las demandas en Salud Mental, coinciden con la elaboración del primer Plan Nacional, precisamente en la idea de incluir la Salud Mental como prioridad, desarrollando iniciativas como la creación de *Centros Comunitarios en Salud Mental* o bien distintos programas de reparación ante situaciones que pueden provocar enfermedades mentales. Todo ello supone un avance en materia de acciones concretas en favor de superar las demandas que el contexto nacional suponía luego de la dictadura militar del año 1973.

Según el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025), se planteó como estrategias específicas en el Plan de Salud Mental (1993):

- La integración de contenidos de Salud Mental en todos los programas de salud y la formulación de un programa de Salud Mental integrados para los 3 niveles de atención.
- La capacitación continua de los equipos de salud en temas y contenidos de Salud Mental, así como la protección de la Salud Mental de los/as trabajadores/as de la salud.
- La generación de propuestas legales tendientes a proteger los derechos de las personas afectadas por problemas y trastornos mentales.

“De los seis problemas prioritarios definidos en el Plan Nacional solo tres, depresión, esquizofrenia y abuso/dependencia de alcohol y drogas, han recibido apoyo político y financiamiento suficientes como para lograr servicios disponibles y accesibles a lo largo de Chile” (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, *Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para latinoamerica*, 2012, pág. 442).

En definitiva, “las acciones de promoción de Salud Mental y prevención de enfermedades mentales planteadas en el plan nacional han tenido un bajo nivel de implementación, debido a la falta de apoyos político y financiero” (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, *Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para latinoamerica*, 2012, pág. 443).

Después de seis años de implementación de este plan, se produjo un consenso creciente de la necesidad de formular uno nuevo que recogiera los nuevos aprendizajes, junto con la evidencia que se estaba generando en otros países, que transformara el modelo de psiquiatría institucional por uno comunitario y especificara los recursos necesarios

para abordar los problemas de Salud Mental de mayor prioridad en el país. Así, con la influencia de la *Declaración de Caracas (1990)* emerge un segundo Plan formulado en 1999.

Por lo tanto, el nuevo **Plan de Salud Mental y Psiquiatría (2001)** Tuvo como objetivo principal:

Ser un aporte al desarrollo humano del país, de contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Ministerio de Salud , 2001)

Sus valores y principios están orientados al desarrollo humano y comunitario. Algunos de estos según el Plan de Salud Mental y Psiquiatría (2001) son:

- Acceso universal a la Salud Mental y psiquiatría, siendo capaz de llegar a distintas áreas aisladas del país, como también económica y social. Aparte se considera integrar aportes de culturas minoritarias que contribuyan al desarrollo óptimo de aquel.
- El Plan pretende involucrar la participación activa del paciente, su familia y equipo responsable de su tratamiento, ocupando un enfoque comunitario y ambulatorio, promoviendo las capacidades sociales de la persona.
- Integrar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada actividad.
- Suscitar el seguimiento del profesional o equipo a cargo al paciente, elaborando también una planificación y evaluación de las acciones realizadas.

Revisar las bases metodológicas y estratégicas de este plan, lleva a entender que fue un rotundo cambio paradigmático respecto a cómo Chile entendió la Salud Mental, lo cual, a su vez, supone una nueva forma de intervenir en el área. Si bien, no es posible encontrar desde la literatura material sustancial y concreto que permita conocer qué acciones realizaba Trabajo Social para los años 2000, si es posible suponer que esta nueva forma de entender las enfermedades mentales fue una gran oportunidad para la profesión de integrarse en el área. El carácter de “Acceso Universal” que propone el

Plan (2001) facilita la oportunidad de articular redes territoriales de trabajo, lo cual permite intrincadamente elaborar intervenciones ya no solo desde lo psiquiátrico, sino desde lo social. Bajar al territorio, volver a los individuos, involucrados activamente e intervenir con el entorno, es clave para modificar las formas clásicas de entender la locura en el país y en concreto, mejorar las atenciones en el área.

El actual **Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025)** Al igual que en el plan anterior, a partir de las necesidades y desafíos para Chile expuestos en La Conferencia Regional de Salud (2015), se comienza a redactar un nuevo plan, el cual se levanta bajo la premisa de superar las dificultades de los últimos años. En ese sentido, el nuevo plan debe ser adecuado a los nuevos escenarios que vive el país, teniendo como principios y valores *el respeto, promoción de los derechos humanos, la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente, equidad.*

Por otro lado, las líneas de acción que propone este plan para mejorar la Salud Mental de la población, son: *Regulación y Derechos Humanos; Provisión de Servicios de Salud Mental; Financiación; Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación; Recursos Humanos y Formación; Participación; Intersectorialidad.*

Profesiones como Trabajo Social, que intrínsecamente fijan su mirada en los individuos y su entorno, deben aprovechar acciones como estas (de mejoramiento de las políticas públicas) y tomar ventaja en los espacios creados en lo gubernamental. Si se analizan los ejes temáticos propuestos en el plan actual, estos nos invitan a volver a los sujetos, fijarse en el territorio y procurar que la atención y por sobre todo la acción de profesionales en Salud Mental esté situada en el contexto, en los determinantes sociales que provocan el padecimiento de alguna enfermedad, justamente porque el alcance literario permite evidenciar el fugaz agotamiento de los servicios únicamente médicos y psiquiátricos. Por ende, Trabajo Social no puede desaprovechar cada momento que se ofrece para incorporarse en acciones que devuelvan dignidad y promuevan derechos, su tarea siempre debiese estar enmarcada en ese camino, sino habría que volver a la base de la disciplina.

Tras la revisión de este apartado, es posible concluir que el desarrollo de un modelo comunitario de atención en Salud Mental, impulsó cambios significativos en la atención psiquiátrica y pública, lo cual se traduce en la creación de políticas públicas que buscan asegurar el respeto y promoción por el desarrollo de la Salud Mental en el país. Tal como se mencionó anteriormente, en el caso de Chile, esto se tradujo en la creación de tres planes nacionales, que, ateniéndose a las recomendaciones internacionales, son un gran avance para dar el paso siguiente, que es la redacción de

una ley de Salud Mental, cuyo proyecto se encuentra aprobado, pero aun discutiéndose en el senado.

Hacia un nuevo Modelo de Atención, centrado en los determinantes sociales en salud

Dentro de las necesidades y la búsqueda en beneficiar a la población, surge la necesidad de generar otras herramientas y modelos para cumplir con la mejora en la calidad de vida de las personas, aportando de manera positiva a los servicios en Salud Mental. Como se mencionó anteriormente, en la *Declaración de Caracas* (1990), se evidencia la importancia de entender la Salud Mental como un derecho, por ende, resulta necesario impulsar a que las personas que padecen de enfermedades mentales puedan ser incluidas en un entorno comunitario que sea eficiente y sostenido como una respuesta del Estado chileno. Es así como surge el Modelo de Gestión Comunitario.

Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018

El *Modelo de Gestión Comunitaria* del año 2018, surge como necesidad de fortalecer la atención ambulatoria y una actuación en red en niveles regionales como locales, es por esto que el *Modelo de Salud Mental Comunitaria* invita a superar el rol de la Red Temática de Salud Mental, el cual busca potenciar lo que se realiza en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) mejorando el servicio de estos de manera progresiva.

Desde la reforma sanitaria del año 2005, que incorporó el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) entregando oportunidades y calidad en la atención a su público, se impulsa el *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*, el que da cuenta por el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) la importancia de profundizar en este Modelo Comunitario, el que fue diseñado para alcanzar modelos de calidad.

La función de este modelo comunitario es dar respuestas sanitarias ambulatorias en Salud Mental en un contexto de redes integradas. Los determinantes sociales, que refiere a condiciones sociales y económicas para promover un enfoque imparcial sin desigualdades en salud, lo que conlleva cambios dentro de su estructura y sociedad.

La política pública de Chile impulsa como eje central un modelo integral y comunitario, para prestar servicios a las familias y comunidades en su territorio, por lo tanto, busca la mejora del bienestar y oportunidades como un bien social. Este modelo presta en especial servicios a enfermedades mentales graves que impacte la condición de vida y salud en su entorno.

Como menciona el Ministerio de Salud (2018) la atención comunitaria en Salud Mental se basa en la existencia de tres elementos centrales interrelacionados:

- A. Trabajo en red.
- B. Abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación.
- C. Gestión clínica. Configura un espacio que integra las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión, dirigidas a la prestación de un servicio de calidad a las personas.

Se mencionan estos tres elementos como ejes centrales de trabajo, dentro de la importancia de una buena prestación y mejora de la calidad de vida. Además, se busca promover la prevención comunitaria en Salud Mental, mediante la participación activa de esta a fin de lograr un bienestar en la comunidad.

Este modelo comunitario busca integrar a las personas y sus familias dentro de sus territorios específicos, también mira a la Salud Mental desde un enfoque de derechos, fomentando que los sujetos, cumplan un rol activo en ejercicio de sus derechos como determinantes de una sociedad, lo que permite bienestar y calidad de vida, apuntando un impacto en las condiciones e incorporación al mundo.

2.2 Estado del arte

Durante el desarrollo de esta investigación, se ha ido desglosando de qué manera la historia ha determinado las perspectivas en torno a la Salud Mental, las cuales han sido cambiantes y determinantes a la hora de proponer estrategias de intervención en el área. Actualmente, tanto la profesión de Trabajo Social y los enfoques para su abordaje han ido evolucionando y permitido que en el presente se cuente con mejores herramientas para enfrentar el panorama.

La necesidad de promulgar una Ley de Salud Mental en Chile

La Salud Mental en Chile, atraviesa ciertas consecuencias, ya que no cuenta con una legislación que promulgue y regule la Salud Mental y radica en que Chile es uno de los pocos países del mundo que no cuenta con una legislación específica en Salud Mental.

Chile adhiere a los Planes de Acción en Salud Mental de la OMS/OPS, los cuales relevan la importancia de la armonización de la Legislación, Políticas y Planes de Salud Mental a los estándares de Derechos Humanos. Pese a ello, es uno de los pocos países de América que no

han actualizado sus políticas y planes de salud mental en los últimos años, y también es parte del 40% de países del mundo que no tiene Ley de Salud Mental. (Ministerio de Salud , 2017, págs. 10,11)

En el país existen distintos acuerdos legales que dicen resguardar los derechos y cuidados de los/as ciudadanos/as, pero no son suficientes y es la razón necesaria para impulsar la creación de una Ley de Salud Mental, es por esto que la población se ve afectada, por la falta de legislación en la política pública del país, “El país no dispone de una legislación específica sobre salud mental. Sin embargo, varias leyes incluyen componentes o disposiciones que se aplican o influyen en aspectos de salud mental” (Organización Panamericana de la Salud- Ministerio de Salud, 2014, pág. 36). Es primordial contar con una Ley que acredite y establezca deberes y derechos, “La necesidad de legislación de salud mental surge de la creciente comprensión de la carga personal, social y económica que significan los trastornos mentales en todo el mundo” (Organización Mundial de la Salud, 2006, pág. 1).

La OMS, respalda y aclara en este manual la importancia de contar con una legislación, pero no solo eso, sino que esta sea útil y actualizada en los años es por esto que; “El propósito fundamental de la legislación de salud mental es el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos” (Organización Mundial de la Salud, 2006, pág. 1). Históricamente la Salud Mental en Chile, carece de ciertos lineamientos recomendados por la OMS. El objetivo de estos informes evaluativos es mostrar los avances que se generan con los años, dar a conocerlos y revisar los aspectos críticos que transcurren en el tiempo. Se considera que la falta de Ley obstaculizaría el desarrollo oportuno de esta área y radica en una problemática siempre ha estado presente.

En la literatura se ven visiones contrapuestas sobre este tópico, ya que, si bien se ha avanzado bastante en políticas e intervenciones en el área de la Salud Mental, aún se pueden observar vacíos y en general una deuda para la población.

En el año 2016 con fecha 09 de marzo, con fecha de ingreso, se presentó un proyecto de Ley de Salud Mental en la Cámara de Diputados de Chile, esperando el segundo trámite constitucional, en posterior, “Por unanimidad, la Comisión de Salud aprobó esta mañana el proyecto de ley que establece una nueva Ley de Salud Mental para Chile y que contempla introducir derechos aún no garantizados en el país para esta parte de la población” (Cámara de Diputadas y Diputados, 2017). Sin embargo, esto aún no llega a materializarse.

Si bien, la aprobación del proyecto de Ley de Salud Mental es un avance positivo que espera mejorar la calidad de vida y salud, urge indagar los efectos que esta carencia de legislación provoca en la población chilena. “La salud mental es un elemento

primordial para disfrutar de calidad de vida, entendiendo este concepto como las experiencias satisfactorias de vida personal, interpersonal y comunitaria, acorde al curso de vida, género y cultura en que viven las personas” (Ministerio de Salud, 2018, pág. 15). Por esto es importante que sea considerada como una prioridad nacional.

Roles y acciones del Trabajo Social en Chile, en servicios de atención de Salud Mental

Actualmente, todos los centros de Salud Mental cuentan con al menos un/a trabajador/a social ejerciendo funciones específicas, estas se describirán a continuación.

Rol del Trabajo Social en COSAM

Para entender las funciones que realizan, “Un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar, COSAM, se define como un establecimiento de atención ambulatoria, dedicado al área de salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los consultorios de la comuna en la cual funciona” (Ministerio de Salud, 2019). Los COSAM forman parte relevante en la red de Salud Mental en Chile, y son considerados de atención secundaria por el grado de complejidad y la atención que estos brindan de manera ambulatoria, es decir, son parte de un servicio básico comunal, situadas dentro del barrio y la comuna. Como es mencionado con anterioridad, según El Modelo de Gestión Comunitaria (2018) existe una necesidad de mejorar y fortalecer la superación del rol de la atención ambulatoria de Salud Mental, y buscan ser complementados y potenciados de manera gradual desde la transformación progresiva de los COSAM. La construcción de este modelo se debe a la participación colectiva de quienes forman parte de estos centros de salud, los que generaron aprendizaje y que serán parte importante para el ejercicio y desempeño profesional.

El rol del Trabajo Social, en este servicio presentan ciertas funciones que realizan los trabajadores/as sociales, pero no se encuentran labores establecidas para cada profesión, sino más bien funciones multidisciplinarias que pueden ser desarrollados por más profesionales del área. Algunas de las funciones que cumplen según el Ministerio de Salud (2018) en su informe “Modelo de Gestión. Centro de Salud Mental Comunitaria” serán revisadas en el capítulo III.

Rol del Trabajo Social en Hospitales de día en Psiquiatría

En los hospitales de día en psiquiatría ofrecen un servicio con otra

alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo, y como post alta para acortar el tiempo de la internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo

de salud mental y psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía. (Ministerio de Salud, s/f, pág. 9)

En estos se abordan los casos de mediana complejidad y la atención es ambulatoria, sin embargo, se aborda un tratamiento, pero con tiempos acotados de atención para aquellas personas que padecen trastornos mentales intensivo y son consideradas de atención secundaria. El Plan de Salud Mental y Psiquiatría (2001) y el Programa de Salud Mental (2001) en conjunto, incitan a un cambio progresivo de los hospitales psiquiátricos de internación y considerando la atención ambulatoria, las que están situadas dentro de la comuna, y/o provincia, generando una buena oportunidad, dando cabida a otro tipo de atenciones psiquiátricas y potenciando el modelo del rol activo de las personas en sus tratamientos.

Algunas de las funciones que cumplen según las “Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría” del Ministerio de Salud (2001), serán revisadas en el capítulo III.

Rol del Trabajo Social en Hospital Psiquiátrico

Los hospitales psiquiátricos de internación son unidades de alta complejidad que deben ser tratadas por unidades especializadas de atención, y corresponden a la atención terciaria, las que son capaces de tratar ciertas patologías más complejas, las que están situadas dentro de la provincia y/o región.

El surgimiento del Trabajo Social en los hospitales psiquiátricos y la relevancia de vincular la profesión a la Salud Mental, ocurre a “principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios” (Garcés, 2010, pág. 334). Se comienza a apreciar ciertas características que aportan los/as Trabajadores/as Sociales haciéndolas partes de los equipos de Salud Mental formando parte de un equipo multidisciplinar que opera en los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, en un comienzo la figura de la profesión, según Garcés (2010)

era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica. (Garcés, 2010, pág. 335)

La incorporación del Trabajo Social de manera gradual en los servicios de Salud

Mental, fueron tomando parte dentro de las líneas de aporte dentro de ciertas intervenciones que corresponden a la profesión.

Uno de los hospitales psiquiátricos más grandes y reconocidos es el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” es un instituto de mediana y alta complejidad. Dentro de las prestaciones está el Consultorio Adosado de Especialidad, en el cual el servicio es correspondiente al Servicio Clínico Consultorio Externo de Especialidades (CAE).

Algunas de las funciones que cumplen serán específicamente en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” las que serán revisadas en el capítulo III.

Experiencia y Modelo de Literatura Internacional en otros Países

Existen algunos países que han innovado en políticas públicas en Salud Mental y estrategias para su abordaje, las cuales son interesantes de conocer para el fin de esta investigación.

Experiencia de Argentina, provincia de Río Negro

La experiencia a continuación descrita sabe de antemano que el concepto de manicomio puede resultar chocante para el lector/a, por ende, hace falta dejar en claro que, durante la descripción de tal experiencia, el empleo de la palabra “manicomio” queda suscrita como mera metáfora y/o símbolo de algo, en este caso, de instituciones neuropsiquiátricas, centros de Salud Mental u otros dedicados a la prevención y tratamiento de la Salud Mental, su uso es meramente por respetar el nombre de la experiencia.

Esta experiencia nace bajo la premisa de que el mayor problema que generan las instituciones psiquiátricas es que se articulan como un mecanismo de segregación, sin embargo, esta no nace precisamente en la institución, sino mucho antes, en la construcción del sujeto, en su entorno y las relaciones que generó durante la vida. Con ello, se busca evidenciar que el factor social es clave para entender y abordar la Salud Mental, precisamente porque obviar que el sistema sociocultural tiene gran influencia en un padecimiento, es caer en un abismo erróneo que en la práctica se traduce en un mal abordaje de la prevención y el tratamiento. En este caso, la hegemonía médica ha dejado de lado las condicionantes sociales y ha mermado cualquier otro intento de superación bajo el fundamento de que las personas sencillamente no son funcionales al sistema, por ende, se deben tratar de manera únicamente médica, sin posibilidad alguna de integrarse a la sociedad que paradójicamente los/as enfermó.

La desmanicomialización en Río Negro

Tal como sucedió en varios países latinoamericanos, Argentina luego de haber vivido años de dictadura, con el retorno a la democracia se vio en la necesidad de reestructurar y transformar los servicios de Salud Mental, en este caso, se relata la experiencia de la provincia Riogonina, la cual destaca por el reemplazo de la atención asistencial basada en la hegemonía médica. En 1985, con la llegada del Dr. Cohen se inicia un proceso de profunda transformación del sistema de atención psiquiátrica, “tendrá dos hitos fundamentales: El cierre del manicomio en 1988 y la sanción, en septiembre de 1991, de la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” (Sampayo, 2015). Cabe destacar que la legislación prohíbe de cualquier forma la habitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, tanto en la esfera pública como privada, así la internación se concibe como último recurso terapéutico.

Sampayo (2005) señala que la forma de lograr el cierre del manicomio es únicamente mediante la externación de los pacientes, es decir, potenciar actividades recreativas en reemplazo de los psicofármacos. En palabras del autor, este proceso de cambio sociocultural se conoce como "desmanicomialización", entendiendo que es posible regenerar la salud mental a partir de la interacción social concreta en condiciones de horizontalidad de poder.

Este nuevo escenario es absolutamente rupturista y se enfrenta con fuerza a la hegemonía médica, cuestionando su método de internación que más allá de tratar un padecimiento termina por aislar a las personas. De esta manera, el proceso de desmanicomialización invita a transformar la noción de lo diferente promoviendo a largo plazo la creación de una cultura basada en el reconocimiento del otro/a.

El Modelo Catalán en Salud Mental España

El actual modelo de Salud Mental de Cataluña, el que se ha estado mejorando desde 1970-1980 hasta la actualidad, permite ser inspiración para las orientaciones que se pretenden entregar en esta tesis. Se debe dejar en claro que las líneas de acción que ha trabajado este modelo, no pretende ser una guía ni un discurso definitivo para la Salud Mental en Chile, ya que en esta materia aún hay mucho por aprender, siendo un tema tan vivo y complejo.

España se divide en distintos territorios, los cuales cuentan con diferentes reformas entre ellas son muy diferentes y desiguales. En los que se destacan son Andalucía y Asturias, por el hecho de eliminar los hospitales psiquiátricos y enfocándose en

tratamientos de modelos de atención comunitaria, donde también se encuentra Cataluña, reconocida por el “Modelo Catalán” destacándose por un modelo mixto de gestión de la sanidad, más ordenado y organizado, teniendo una larga trayectoria, un presente complejo, pero avanzado a diferencias de otros territorios, la idea es no solo dar a conocer el modelo, si no lo más importante los efectos que produce para la comunidad contar con un buen modelo de Salud Mental.

Para comenzar a abordar el modelo, se irá a la base de sus comienzos y algunos trazos de su memoria histórica, todo empieza en el año 1914 y la “Higiene Mental” la que contemplaba prevención y tratamiento científico de la enfermedad, pasando por la creación de “La ley de asistencia psiquiátrica” en 1931, donde se crean nuevos dispensadores en la comunidad, enfocándose más en cada persona, que en un diagnóstico específico de una enfermedad psiquiátrica, luego de estos esperanzadores cambios, llega un momento de pausa para la Salud Mental en España, llegando la guerra civil, la cual tuvo inactiva esta materia hasta finales de los años 70-80, en donde comienzan a crearse ideas y procesos los cuales llegan hacer cambios muy importantes para el modelo.

Cataluña se impulsan esforzados proyectos reformistas desde diversos ámbitos. Así, muchos profesionales que disientían del modelo que se practicaba abren los primeros *Centros de Higiene Mental*, lugares pioneros de la reforma en salud mental. Son centros de carácter comunitario, preventivo, que otorgan gran peso a lo psicoterapéutico y que intentan realizar su labor en la propia comunidad (contactan con las asociaciones de vecinos, con las escuelas, con los médicos de primaria, cobran precios populares, se nutren del psicoanálisis y la antipsiquiatría...). (Batista-Alentorn, 2001)

En este proceso, se incorporan nuevos profesionales al área de Salud Mental, encaminado a un tratamiento más integral, se incorporan asistentes sociales, psiquiatras y neuroquiátracos. En ese mismo año se crean los CAPS los centros de atención primaria de Salud Mental, surgen también los primeros hospitales de día (Torre de la Creu, CPB) y los Centros de atención infanto-juvenil (Centros de atención para drogodependencias).

Es en este momento donde el modelo catalán es pionero y ejemplo, donde trata de situar la atención de Salud Mental en una forma de atención más moderna, que otros países más desarrollados ya tenían. En síntesis, lo que pretende es pasar de un modelo

tradicional el cual trata a los pacientes sin posibilidades de rehabilitación ni de inserción en la comunidad, sólo tratándolos desde un modelo psiquiátrico tradicional destinado a la resolución de los síntomas, a diferencia del nuevo modelo el cual su principal objetivo es la rehabilitación del paciente y su inserción a la comunidad, tratando su problemática mental, como cualquier enfermedad, sin la necesidad de tratar a las personas afectadas en lugares de exclusión.

2.3 Marco Teórico

Conceptualizaciones relacionadas a Salud Mental y Trabajo Social

A lo largo de esta investigación, se ha demostrado que el terreno de la Salud Mental y su concepción, se presenta desde una gran diversidad de enfoques: desde los ámbitos clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de las ciencias sociales, culturales, etc. Cabe mencionar que esta tesis, se ha casado con la perspectiva social como efecto de la disciplina que analiza el fenómeno social de la Salud Mental.

El siguiente capítulo se propone incorporar aquellas definiciones conceptuales que describen y sitúan el concepto de Salud Mental en el terreno social, así también, mediante la discusión teórica de autores que destacan en el campo, se pretende evidenciar de qué manera este concepto se llega a instalar como medio de control social.

La Salud Mental desde la perspectiva de sistema: Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner

La realidad cambiante y los diversos contextos, exigen la necesidad de incorporar nuevas formas de comprender las condiciones que favorecen o desfavorecen la Salud Mental de la población. Para ello, se encuentra el aporte de la Teoría General de Sistemas atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) la cual impacta favorablemente en las ciencias sociales dado que permite tener una visión circular-relacional de los fenómenos y con la convicción que todo está incluido en un sistema.

El aporte de la Teoría de Sistemas nos permite visualizar al fenómeno de la Salud Mental como una totalidad, que se compone de múltiples variables que se interrelacionan y provocan situaciones que pueden o no variar en ella. Este carácter de totalidad, supone una transformación en lo que concierne a la Salud Mental, dado que, para conocer la totalidad del fenómeno, hace falta entender que el ambiente, contexto y situaciones desde donde se aborde la problemática, determinará en cierta medida el resultado de ésta. Así, tal enfoque nos permitirá incluir las determinantes sociales de la

salud y analizar cómo estas influyen y determinan factores asociados a la Salud Mental.

Entre los autores que han aplicado este punto de vista a las ciencias sociales y del comportamiento está Urie Bronfenbrenner con el texto “La Ecología del Desarrollo Humano” (1979) el cual ha visualizado el medio ambiente social o ambiente ecológico como un arreglo complejo de contextos seriados que incluyen el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. El texto Trabajo Social Familiar (Aylwin & Solar, 2002) describe los sistemas sociales de manera más clara y cercana a la profesión de Trabajo Social:

1. **Microsistema:** es entendido como un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado con características físicas y materiales particulares, usualmente es la familia. Es un lugar, un entorno de relaciones cara a cara: la casa, la escuela, el barrio, etc. Ese espacio es experimentado por la persona en términos directos y es parte integral de su cotidianidad.
2. **Mesosistema:** es aquel que comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Las relaciones interpersonales que se dan fundamentalmente en la familia, el sistema educativo al que se pertenece y el ambiente laboral son elementos esenciales del mesosistema. Aquí se encuentra el Sistema de Salud pública.
3. **Exosistema:** comprende uno o más entornos que no incluyen la participación de la persona, pero en los cuales se producen hechos que sí son relevantes y que afectan lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona, por ejemplo, instituciones mediadoras entre los niveles de la cultura y el individual: escuela, iglesia, medios de comunicación, instituciones creativas, etc.

4. **Macrosistema:** es entendido como la subcultura, la cultura, los sistemas de creencias, las ideologías que sustentan los contextos menores, como también las instituciones culturales, los valores e ideologías nacionales que pueden tener influencia en uno o en otro sentido en el desarrollo de las personas.

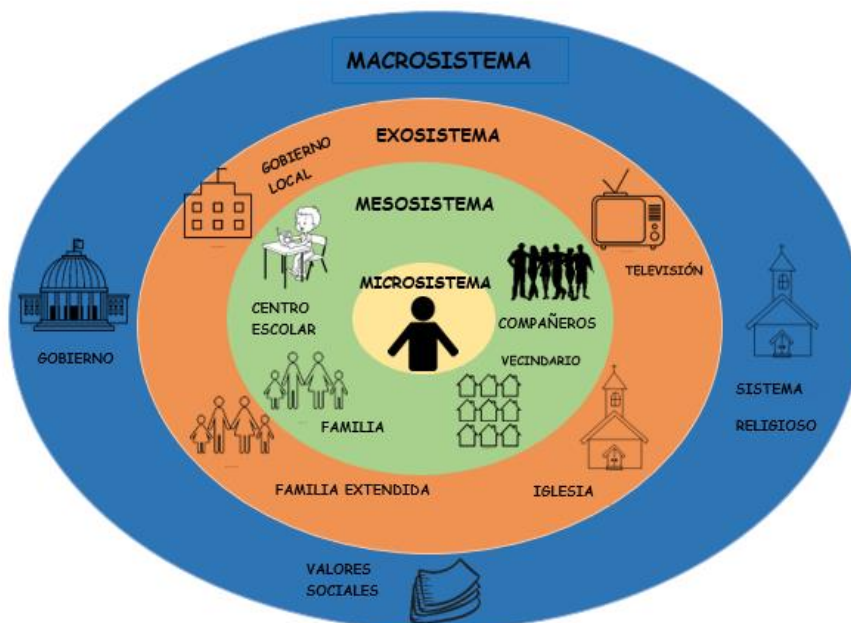


Figura 5: Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner. Elaboración propia, 2020.

“Desde esta perspectiva, cada uno de estos ambientes puede tener efectos sobre las personas y las familias, ya sea favoreciendo su bienestar y desarrollo armónico o, por el contrario, siendo contextos de malestar psicosocial y de enfermedad en el individuo.” (Aylwin & Solar, 2002). En cuanto al microsistema, este destaca la importancia de la percepción que tienen las personas con condiciones de Salud Mental respecto a su ambiente y lo significativo o desfavorable que es éste para su desarrollo y cómo se relaciona con él. Respecto al mesosistema, lo más relevante guarda relevancia con el desarrollo de políticas públicas acordes a las necesidades de las personas, en cómo están dirigidas y su nivel de incidencia para en temas de prevención y tratamiento. En ese aspecto, la profesión de Trabajo Social tiene mucho que decir e incidir en la redacción de políticas públicas que contemplen las variables del entorno.

Bronfenbrenner (1979) afirma que los sistemas sociales se organizan de tal manera que los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades forman capas o estratos de creciente inclusión y complejidad, semejantes a las muñecas rusas. Cada nivel del sistema opera en constante intercambio con los demás y el cambio en cualquiera de esos miembros o partes afecta a todos los demás. Cada nivel de los diferentes sistemas tiene un impacto significativo para el desarrollo humano, ya que operan en intercambio y reciprocidad constante entre ellos.

Así, parece importante de tener en cuenta lo que mencionan Germain y Gitterman (1986) al aplicar el modelo ecológico al Trabajo Social:

El cual se refiere a los intercambios que tienen lugar entre los seres humanos y todos los elementos de su ambiente, analizando cómo los seres humanos y sus ambientes logran un balance adaptativo y, por otra parte, cómo y por qué razones otros fracasan en lograr dicho balance. (Germain & Gitterman, 1986, p.124)

La aplicación de la noción de “sistema” en Salud Mental, permite entender que, en las estrategias para su abordaje, los individuos no pueden ser aislados de los sistemas que los rodean, precisamente porque al estar en constante relación con ellos, se necesita comprender qué sucede en cada uno y como estos favorecen o dificultan los procesos de recuperación e inclusión en la comunidad. Por lo tanto, el abordaje de las enfermedades no puede tener explicación única en lo médico, sino que debe incluirse la influencia que tiene el entorno y los agentes externos que condicionan un padecimiento mental.

2.3.1 Asimetrías en el campo de la Salud Mental: De la exclusión y marginación social al reconocimiento de los derechos de los individuos

Ponerse a pensar y observar la diversidad de saberes y visiones en el campo de la Salud Mental, nos invita a examinar la complejidad que conlleva este campo. Todo aquello que se puede decir respecto al tema condiciona el abordaje que se realice, por ende, para fines de esta investigación, se revisarán conceptualizaciones que evidencien cómo las ciencias sociales están analizando el fenómeno y entendiendo a los sujetos, a fin de poder mirar el panorama y donde Trabajo Social podría posicionarse.

Se propone comenzar por Michel Foucault, dado que dicho autor conceptualiza cómo se dan las relaciones de poder en las instituciones y en las esferas de la sociedad. En este caso, interesa conocer de qué manera comienza a construirse el término de “la locura” acuñado por el autor en el libro “Historia de la locura en la época clásica” (Foucault, 1961) y qué lugar han tenido en la sociedad los individuos que padecen alguna enfermedad mental.

Foucault en su libro *Enfermedad mental y personalidad* (1982) señala:

El enfermo mental se erige en sujeto de escándalo, es decir, el hombre concreto no es enteramente definido por el sistema de derechos

abstractos que le son reconocidos teóricamente, puesto que ese sistema no da cabida a esta eventualidad humana que es la enfermedad, y que para los enfermos mentales la libertad es vana y la igualdad no tiene significado; por otra parte, es la prueba de que en su vida real de hombre libre, de ciudadano igual a todos los otros, el hombre puede encontrar condiciones que supriman efectivamente esta libertad y esta igualdad; que puede encontrarse en situaciones que aten su libertad y que lo aíslen para siempre de la comunidad de los hombres. (Foucault, 1982)

Lo propuesto por el autor evidencia cómo las instituciones buscan incluir al “loco” en el sistema social, sin embargo, no logran reconocer ni leer correctamente lo que este sujeto necesita, por ende, la llamada igualdad de derechos no tiene cabida para él o ella, justamente porque la concepción de aquello es errada, posiblemente porque no contempla aspectos sociales y constitutivos de una enfermedad. En palabras del autor, “demuestra que la sociedad burguesa, por los mismos conflictos que ha hecho posible su enfermedad, no está hecha a la medida del hombre real” (Foucault, 1982).

Aun así, existiendo distintos paradigmas y autores que hablan sobre la locura y sociedad, estos coinciden en lo mismo, lo cual abordan dicha definición y concepción dentro de un enfoque de exclusión y marginación social por no poseer las cualidades que el modelo social determina en uno y una, provocando así, como refiere Goffman en su texto *Estigma* “una situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social” (Goffman, *Estigma*, 1963, pág. 13). Ante esto, los medios sociales determinan las cualidades que cada sujeto en la sociedad debe cumplir y como los debe cumplir, por lo cual, cuando se sale de esa estructura que determina lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, se generan categorías excluyentes y segregadoras que quieren mantener el control de aquellas personas que salen de lo “común” que se desea.

El intercambio social rutinario nos permite tratar con otros sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial, Por consiguiente, al encontrarnos con un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su identidad social. (Goffman, 1963, pág. 12)

Al vivir en una sociedad capitalista, con constante movimiento económico y social, se invisibiliza el entorno y lo que surge dentro de él, apartando de la noción las dinámicas

realidades que compone a cada individuo, por lo mismo si se refiere a lo dicho por Goffman (1963), es que no se percibe cuando sucede algo, siempre y cuando algo se altera o sale de lo “normal”.

Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible, en casos extremos en una persona casi enteramente malvada, peligrosa y débil, de ese modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado (...) Debe advertirse también que no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos. (Goffman, 1963, pág. 12)

Por lo cual, es menester dar a conocer estas distintas percepciones e imaginarios que se desean de las personas, para así entender el significado que la sociedad y el modelo estatal les da a las distintas formas de tratar la Salud Mental de alguien que sale y resalta de lo habitual.

Goffman comenta en su texto *Internados* (1972) que “un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipaciones, bajo autoridades diferentes, sin un plan racional amplio” (pág. 19). Por lo tanto, pareciera que quien cumple con esas características está dentro de lo establecido, pero quien no cumple aquello se le aplica la marginación social con el fin de mantener al loco fuera de la sociedad, si aquél es incluido se elaboran distintos medios de control y vigilancia que lo permitirán “vivir la vida” en “libertad” pero con una constante inspección y manejo de lo que hace.

Lo referido anteriormente invita a reflexionar en torno a las siguientes interrogantes, ¿serán realmente libres o solo es una simulación para así mantener en supervisión, atención y registro de lo que hace a quienes no quieren conservar en una sociedad “normal”? Es aquí donde se plantea el adoctrinamiento que elabora el Estado de acuerdo a los distintos planes de Salud Mental que se fueron elaborando con un fin de atención comunitario.

Según Alejandro Castro en su texto *Salud Mental y Gubernamentalidad: Reflexiones en torno a la locura en Chile* (2019) comenta que el modelo del Plan Nacional De Salud Mental 2017-2025 tiene un enfoque comunitario y a la vez “puede ser comprendido

desde una perspectiva de la gubernamentalidad, a partir de una serie de tecnologías que busca organizar el control desde el Estado hacía las subjetividades de las personas y grupos sociales” (pág. 13). Por lo tanto, este nuevo Plan de Salud Mental busca el control y supervisión del “*loco*”, término acuñado por Foucault (1961) por parte de los distintos mecanismos que lo compone, “Estamos entrando en sociedades de control, que ya no funcionan mediante el encierro sino mediante un control continuo y comunicación instantánea” (Castro, 2019, pág. 195). Disminuyendo así también un gasto por parte del Estado.

Hay que considerar que un “enfermo mental” tranquilizado de manera profunda, en su propia casa, de algún modo oculto y apartado de cualquier forma de relación social, no solo representa un “éxito” desde el punto de vista del orden público, sino también una importante reducción de costo de los servicios de salud que los Estados se sentían obligados a dedicarle. (Pérez C. , 2015, pág. 16)

Dicho esto, el “*enfermo mental*” se halla entre el ser libre y el ser libre controlado por los agentes que constituyen este modelo neoliberal. Dicho esto, es posible introducirse en la reflexión en torno a los medios por los cuales los entes gubernamentales buscan plasmar lógicas de supervisión y control del *loco*.

Castro (2019) explica de qué modo se disfrazan prácticas de vigilancia en acciones comunitarias y de externación de los pacientes al entorno. Si bien, la psiquiatría comunitaria ha manifestado un cambio en torno a tratamientos que atentan contra los derechos humanos, ocurre un fenómeno que en la práctica sigue reproduciendo sistemas de control.

Los equipos de psiquiatría comunitaria han generado cierta institucionalidad al interior de la comunidad, a partir de la vigilancia y control en los dispositivos dependientes de los hospitales generales y de la comunidad (...) así es como también el rol de los profesionales de la salud mental se asemeja a una “policía” de la locura, vigilando y asegurando constantemente la adherencia al tratamiento del loco al interior de las comunidades donde estos residen. (Castro, 2019, p.14)

Por ende, aun cuando las prácticas salen de la institución y la persona que padece una condición de Salud Mental vuelve a su territorio, aún existe el fenómeno de la

vigilancia, precisamente porque el constante monitoreo de los supervisores de los centros de salud en la comunidad, no permiten que se genere una apertura real de reconocimiento e inclusión de las personas, sino más bien, mediante entes de la comunidad (como juntas de vecinos o familiares) se procura que *el loco*, por ejemplo, se tome sus medicamentos, que no realice conductas “anormales” y en consecuencia, no provoque incomodidad dentro de la comunidad, es decir, que esté lo más controlado posible.

Lo dicho anteriormente, resulta chocante si se tiene en cuenta que inherentemente se sigue culpando a la persona por su padecimiento y no a las condiciones del ambiente que facilitan su cambio o lo empeoran, en ese sentido, las estrategias de externación de las personas debieran estar orientadas en generar cambios en el entorno, se requiere un trabajo más profundo que apunte a la transformación del estigma, no al control de la persona. Ante eso, la profesión de Trabajo social, que tiene la facilidad de observar cómo los fenómenos sociales impactan a las personas, tiene la oportunidad de integrarse en la realización de estrategias para el abordaje de la Salud Mental, que estas incluyan la noción de que no es posible el cambio en la conducta si no se solucionan las dificultades del ambiente o contexto que dificultan su mejoramiento. En tanto no se genere una transformación de la percepción de las enfermedades mentales y los factores garantes de derechos, no será posible cambiar la forma en que se “incluye” a las personas en la comunidad. Si bien, pretender cambiar todo un sistema socioeconómico es utópico para fines de esta investigación, se cree que es posible partir por pequeñas acciones que permitan facilitar la superación del estigma, por ejemplo, generando estrategias de promoción ligadas a la co-educación en temas de Salud Mental.

Intervención en lo social - Alfredo Carballeda

La profesión de Trabajo Social no puede quedar al margen de los nuevos panoramas contextuales que atraviesan al fenómeno de la Salud Mental y a los tratamientos que se proponen para una mejor calidad de vida de la población. Por aquello, se citará en reiteradas ocasiones al trabajador social argentino Alfredo Carballeda con su libro “Intervención en lo social” (2002)

En definitiva, la intervención en lo social dialoga hoy con ciertas formas de producción de subjetividad, cuyo terreno de disputa en los procesos interdisciplinarios pasa nuevamente por la cuestión del sentido y lo ideológico. De este modo, requiere de más y nuevos instrumentos, diálogos y conceptos que le permitan comprender y explicar el hacer desde lo singular de cada situación. (Carballeda, 2002, pág. 18)

En relación a lo anterior, cada ser humano requiere de diferenciación dentro de su intervención, lo que explica la singularidad de sus problemas y sus soluciones desde aquel ámbito social que lo rodea, abriendo desde la profesión de Trabajo Social nuevas demandas, enfoques y soluciones que en años anteriores no existían, ni se pensaban. Sin embargo, Carballeda en su libro “Intervención de lo social” (2002) hace un pequeño recorrido histórico a través de distintos autores, entre ellos filósofos y sociólogos que vieron los modelos de intervención desde un enfoque de control y efecto deseado desde el poder hacia el individuo intervenido/a.

Por consiguiente, según Carballeda (2002) “las profesiones se van resignificando desde los nuevos momentos que vive la historia, debiendo estar atentos/as a las deformaciones y retrocesos que, para así intervenir, recorriendo el contexto y desde el saber”, por lo tanto como comenta Foucault (1980) es que “empiezan a generarse prácticas sociales más organizadas y fundamentadas, se generan dominios de saber que imponen nuevos objetivos, conceptos y técnicas de intervención que, en definitiva, construyen nuevos sujetos de conocimiento”. Es así como se van definiendo los distintos factores que determinan una óptima intervención desde miradas críticas e innovadoras que hacen al sujeto parte de su proceso donde aquél lo comprende y lo entiende desde una mirada inclusiva y no excluyente que ve los problemas del individuo como un factor social distinto a lo que moralmente se espera dentro de una sociedad tradicional, siendo este caso la exclusión a quienes padecen de alguna enfermedad mental.

El sujeto inesperado en Salud mental, una mirada desde Trabajo Social

Bien se sabe, que Trabajo Social se encuentra ligado a Salud Mental hace bastantes años, involucrándose en el mundo clínico, lo interesante de este autor que da una mirada desde la vereda de lo social, encontrando problemáticas de Salud Mental como:

El conflicto con la ley, el consumo problemático de sustancias, el ausentismo y deserción escolar, las pericias judiciales, y el carácter material y simbólico de la aplicación de políticas sociales de diferentes características, justamente a partir de una nueva serie de relaciones entre problema social y necesidad. (Carballeda, 2012, pág. 39)

El autor Carballeda (2012) en el texto reflexiona acerca de las enfermedades mentales, como una problemática social compleja, la cual se relaciona directamente con los derechos humanos del sujeto, el padecimiento y la incertidumbre. Este sujeto que se presenta ante las instituciones de salud como un ser “*inesperado*”, como acuña el autor, muchas veces incomprendido, recibiendo respuesta en base al rechazo y la indiferencia.

Carballeda (2012) se refiere al neoliberalismo como una concepción que atraviesa a varios sistemas, no solo el económico, sino también el sistema social, el cual ha traído una fragmentación a la sociedad, un quiebre de los lazos sociales, se ha perdido la solidaridad entre las personas, la otredad, mirando al otro como una competencia, el cual se busca eliminar o ignorar para conseguir los objetivos individuales y satisfacción personal. Este escenario visibiliza la caída de los derechos sociales y civiles, ejemplo relacionado con la temática de esta tesis es *“Una persona con problemas de Salud Mental en situación de vulnerabilidad y pobreza”* para la sociedad esta persona perdió tales derechos. Es todo lo contrario a lo que busca el Trabajo Social, entregando herramientas a las personas, haciéndolos garantes de derechos y entregándoles dignidad.

El sujeto *“inesperado”* es todo lo contrario a lo que se espera de un paciente con problemas de Salud Mental que se refieren los libros psiquiátricos, es una persona que tiene problemas sociales, tiene derechos sociales vulnerados, tiene una trayectoria de vida compleja, etc. Las instituciones ante todo esto, que se presenta que es algo inesperado, no saben cómo abordar al sujeto, derivándolo y excluyéndolo. Es así, como se plantea la necesidad de hacerse cargo de los *“inesperado”* desde la profesión, no negar a quienes existen, sino más bien integrarlos y analizar el fenómeno tal como es, sin tapujos y con la intención de no estigmatizar desde lo institucional a las personas. Finalmente, es posible que entre más se integren nuevas perspectivas críticas, se pueden ir mejorando las prácticas en el área de la Salud Mental.

El autor, hace ver la necesidad de incorporar al análisis la perspectiva del sujeto y en este sentido, las narrativas de la enfermedad, “las cuales dan cuenta del marco comprensivo-explicativo de la vida íntima, de la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra” (Carballeda, 2012, pág. 42). En definitiva, lo que se visualiza desde el lugar de la intervención en lo social está ligado a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción de la enfermedad de quien está relatando.

Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar del proceso histórico social de la salud. La narración le confiere un papel a la enfermedad, puede ser este principal o no. Pero, un papel al fin, un nuevo atributo que puede ser leído y comprendido desde la intervención social.

La naturalización del dolor y sus causas, implican una serie de nuevas interpelaciones a la práctica del Trabajo Social y a las disciplinas que intervienen en el campo de la salud. Carballeda (2012) hace ver que esa naturalización del sufrimiento, se entrelaza de manera sugestiva como camino de la restitución de derechos sociales.

El Trabajo Social y la intervención en lo social como dispositivo en Salud Mental - Luis Gómez Parada

Hay ciertas formas de realizar intervenciones que permiten establecer, ordenar y guiar ciertas formas de apoyar a la Salud Mental, la que es bastante propia de la profesión la que ayuda a regular ciertos cambios sociales vinculados a tratamientos mentales, la intervención en lo social concepto utilizado por Carballada (2002) funciona como herramienta indispensable dentro del tratamiento, en especial “Cuando la intervención social se pone en marcha, todos estos componentes interactúan de modo singular” (Gómez, 2017, pág. 6). Lo que permite que ciertos dispositivos de intervención funcionen a partir de sí mismos de manera particular y entrelazando sus propios discursos.

2.3.2 Modelos de Trabajo Social para implementar a Salud Mental

Trabajo Social Individual y Familiar en Salud Mental

El proceso de este enfoque comienza con el individuo, su grupo familiar y analiza desde donde afecta el conflicto desde el principio. Se perciben historias de familias que son intervenidas por un tiempo prolongado, encontrando conflictos que resultan difíciles de solucionar, en donde es requerido el apoyo de trabajadores/as sociales, en el proceso de intervención, es donde la profesión debe tener una mirada progresiva en dar soluciones, el innovar es parte del desarrollo del Trabajo Social, se presentan fenómenos sociales en todo momento y la profesión debe estar preparado para el surgimiento de cambios, dando respuestas a los problemas sociales. El “Trabajo Social debe innovar sus propias formas de intervenir si busca estar a la altura de estos desafíos” (Matus, 2017, pág. 9). Especialmente el contexto donde el individuo y familias están vinculadas, los problemas de cada familia son distintos al igual que en la Salud Mental por esto se debe estar preparados para tener la capacidad de resolución lo que se necesite.

El Trabajo Social busca y genera estrategias de intervención con el individuo y familia los que experimentan procesos determinados por vivencias experimentadas en su vida, las que podrían estar vinculadas a enfermedades mentales. Desde “El método de Trabajo Social Individual Familiar centra su intervención en el desarrollo de una relación de ayuda con otro individuo en problemas, en la que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución escogida” (Donoso & Saldias, 1998, pág. 3). Esto es concreto en la relación que se mantiene con otros a través de determinadas técnicas y/o formas de intervención y lo progresivo que se vuelve esto en Salud Mental como complementar las terapias requeridas tanto individual o familiar y la influencia que desarrollan y fomentan sobre los miembros del grupo familiar, en la

representación social en el campo de la Salud Mental. Algunas instituciones vinculadas a Salud Mental realizan seguimientos, para comprobar que se estén realizando los tratamiento y procesos solicitados.

Trabajo Social de Grupo en Salud Mental

El Trabajo Social en grupo, entrega la posibilidad de accionar y participar grupalmente, en donde busca abordar desde los centros de atención algunas problemáticas compartidas, en un momento de confianza donde se facilitan las oportunidades del grupo en articular colectivamente lo que sea planeado. Es por esto que el “Trabajo Social de Grupo apunta al trabajo grupal con individuos en torno a procesos de prevención y rehabilitación social, en donde el proceso grupal ayuda a mejorar la interacción de individuos, grupos y sistemas sociales para el beneficio mutuo” (Donoso & Saldías, 1998, pág. 3). Se espera que el grupo pueda compartir sus vivencias en la búsqueda de beneficiar sus problemáticas, buscando una mejora en la calidad de vida.

En el campo de intervención de grupo en Salud Mental, y en la acción cotidiana se buscan metodologías de acción en el área de relación que tenga el grupo con el trabajador/a social, en la búsqueda de respuestas profesionales concretas a las problemáticas identificadas, con un proceso progresivo y de retroalimentación permanente en el proceso de intervención. Se cumple un rol integrador que favorece a una mejora en la recuperación de grupo, como elemento esencial para una evolución.

El Trabajo Social pretende que los grupos mejoren su funcionamiento, dado que las experiencias sean compartidas por los mismos, “las apuestas eran fortalecer el accionar de ese grupo para procurar apoyar la transformación que se gestaba desde allí” (Matus, Apuntes sobre Intervención Social, 2006, pág. 11). La función del trabajo en grupo es apoyar un proceso transformador que se crea en los mismos espacios grupales.

Trabajo Social Comunitario en Salud Mental

El enfoque comunitario en Salud Mental, trata de promover la participación activa de la comunidad que hace referencia a vecinos, amigos, familias y entornos social en el que se habita, tales como, comuna o territorio, la que está vinculada con los Derechos Humanos, teniendo una participación con los individuos y sus familias. Se crea el año “Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria” (2018), en este modelo se invita a la transformación progresiva de los COSAM, impulsando el desarrollo de Centros de Salud Mental Comunitarios según los estándares plasmados en este modelo, el que tendría un rol clave desde un enfoque de derechos.

Desde un enfoque de ejercicio de derechos, las políticas de salud no tan solo deben centrarse en el acceso a la atención de salud mental y al

tratamiento de la enfermedad, sino también deben apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida que propiciaron dicha enfermedad, y establecer mecanismos de participación para potenciar y generar las condiciones para el ejercicio de sus derechos. (Ministerio de Salud, 2018, pág. 11)

Se integró en este modelo, con la importancia de mejorar las condiciones de vida de las personas que padecen de enfermedades mentales. Tratar la Salud Mental desde un enfoque comunitario da autonomía que padece enfermedades mentales de poder realizar un trabajo en conjunto en donde él se hace partícipe de su propio tratamiento, con el compromiso de los individuos en el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida.

El poder de ser activos e integradores dentro de su propio tratamiento resulta ser bastante resolutivo para la superación de ciertas enfermedades mentales, el ser parte de su tratamiento potencia y contribuye a un interés mayor de participación y vinculación con su propio tratamiento desde reconocer las necesidades con un enfoque integrador para las personas. La promoción y prevención juegan parte importante en este modelo comunitario, están deben reconocer la participación de la comunidad y promover la capacidad autónoma de las personas, consiguiendo transformar sus realidades, incorporando herramientas transformadoras frente a la desigualdad y vulneración social de Chile.

En este aspecto el modelo comunitario, tiene la capacidad de diagnóstico e intervenciones adecuadas, generando un cambio social y transformando situaciones que generen desigualdad, vulneración, marginación entre otras. La intervención comunitaria vinculada al trabajo de aspectos significativos y vinculantes para las personas influyentes en sus condiciones sociales, dando posibilidad de mejores respuestas en su tratamiento, “En este sentido, entonces, la intervención comunitaria se relaciona con una serie de elementos integradores, organizadores y simbólicos que pueden servir en función de la reconstrucción de identidades en un escenario micro social” (Carballeda, 2002, pág. 120).

La intervención vista desde lo comunitario ve la relación personal en conjunto con otras personas y el desarrollo de la misma como una acción organizada. De esta manera la intervención comunitaria se sitúa en el desarrollo y mejora de una comunidad, dando espacios a una realidad transformadora en los sectores sociales, llevando a un cambio social, “la intervención comunitaria, lo que implica una apertura hacia la concepción de los problemas sociales desde su construcción” (Carballeda, 2002, pág. 120). La idea

de concepción de dar respuestas o mejoras a una determinada situación es poder realizar una intervención siendo parte de ella desde su elaboración, dando aportes a una situación propia y desde la comunidad.

2.3.3 Enfoque de Derechos Humanos y Salud Mental

Dentro de las líneas de acción del Plan Nacional de Salud Mental 2017—2025, se encuentra en primer lugar regular los derechos humanos, el tratar este enfoque dentro de las prioridades es una obligación hacia las personas con enfermedades mentales, resguardar el derecho, independiente de la condición que presente, las que no debieran ser limitadas ya que todas las personas somos garantes de derecho. Los derechos de las personas con trastornos mentales deben ser garantizados y revisar donde establecer las obligaciones del Estado y la ciudadanía, para proteger los derechos humanos y ciertas libertades, las que no eran protegidas tiempo atrás, ya que el enfermo mental era tratado de “loco” siendo estigmatizado y vulnerando sus derechos. Dentro de las líneas de acción, y sobre la regulación y los derechos humanos tiene como objetivo

Definir las necesidades regulatorias para la protección de la salud mental de la población, el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y la adecuada atención sanitaria de aquellos/as que padecen un problema o trastorno de salud mental, así como también aumentar el grado de conciencia de las personas sobre sus derechos en materias de salud mental y definir mecanismos para la exigibilidad de éstos. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 43)

Esta línea de acción, atribuye a regular la protección y los derechos humanos de personas con enfermedades mentales, el que esté siendo considerado y ser uno de los principales enfoques en este plan le da fuerza para focalizar los derechos como un elemento fundamental y tratable, las personas con trastornos mentales, eran tratados de “locos” simplemente encerrados, vulnerados en la totalidad de sus derechos como individuos, la incorporación de estas acciones atribuyen a resguardar la integridad, de cualquier persona que padezca de algún trastorno mental.

Los derechos, encarnan los elementos básicos para vivir con dignidad y libertad, proteger los derechos de las personas con enfermedades mentales, el ejercicio de normas que son reconocidas para proteger el ejercicio de determinados derechos, dándole base legal.

La Constitución Política de la República de Chile (1980), establece en su artículo 5° inciso 2

“El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”

En base a este artículo se puede aseverar que la ley pretende proteger los derechos, promoviendo y respetando los derechos de la ciudadanía, dando base legal de que no existen limitaciones según su condición, reconociendo y respetando los derechos, los que deben ser respetados en Chile y por los tratados internacionales que sean aprobados, se entrega responsabilidad al Estado para reconocer y promover los derechos humanos como un deber social.

La Constitución Política de la República de Chile, garantiza en el artículo 19 N° 9

El derecho a la protección de la salud.

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;”

En base a este artículo, que asegura el derecho a la protección de la salud, las condiciones de vida se vuelven un poco más dignas frente a los servicios a los que pueden acceder, es rol del Estado proteger la salud en general, donde la ciudadanía es libre de elegir el sistema de salud al que puedan y deseen acceder. Sin embargo, no se menciona de manera específica la Salud Mental y si el derecho acceso aplica. Existe una ley que promulga ciertos derechos sobre discapacidad mental, que podría considerarse.

La ley 18.600, artículo 1° inciso 1

“La prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades constituyen derechos para la persona con discapacidad mental y deberes para su familia y la sociedad en su conjunto.”

Se puede decir a través de lo señalado por este artículo, que se deben cumplir funciones específicas y significativas en las personas que padecen alguna discapacidad mental, que debe haber oportunidades, es deber del Estado apoyar a las familias en el cumplimiento de sus obligaciones y de la sociedad.

Dentro de los derechos humanos, no se encuentran leyes, ni artículos que mencionen específicamente sobre la Salud Mental o enfermedades mentales, como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, Chile no cuenta con una legislación en Salud Mental y es lo dificulta los accionares concretos para defender, proteger y promocionar el derecho de los individuos que padecen de enfermedades mentales, materia que se encuentra muy al debe. Sin embargo, el año 2015, se establecen en Chile, recomendaciones de Salud Mental, las que buscan asegurar el cumplimiento de ciertos ordenamientos y orientaciones que debiesen cumplirse, 25 años después de la ya mencionada “Conferencia de Caracas”, en donde se estudiaron las bases para un proyecto de ley, y se recomiendan seis líneas de acción, mencionadas con anterioridad y una de ellas sobre, “Legislación y Derechos Humanos”, la que menciona:

- Contemplar los Derechos Humanos como base para la formulación de leyes, políticas y programas de Salud Mental.
- Transversalizar el enfoque de Derechos Humanos en Salud Mental, en el Estado y la sociedad toda.
- Definir indicadores que permitan medir la participación de los usuarios, familiares y la comunidad en la formulación, implementación y evaluación de servicios, programas, políticas y leyes de Salud Mental.
- Crear organismos de revisión de la aplicación efectiva de los estándares de derechos, en particular el derecho a la capacidad legal, la familia y la vida en comunidad. (Ministerio de Salud, 2015)

Dentro de las líneas de acción que buscan una legislación y derechos humanos en Salud Mental el año 2015, y en el que se reconoce la necesidad redactar una legislación, se incorporan los seis lineamientos al Plan Nacional de Salud Mental que rige en la actualidad, sin embargo, aún no existen leyes que dirijan la Salud Mental y resguarde los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales como sujetos de derecho.

Esta investigación, más adelante podrá orientar por cuál vereda podría guiarse la intervención social en el campo de Salud Mental, precisamente, atendiendo a principios

basados en la justicia social y la promoción de derechos humanos, en este caso, hacia la inclusión de los individuos que padecen alguna condición de Salud Mental.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE INFORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL MARCO DE ORIENTACIONES PARA LA PROFESIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL EN CHILE

La elaboración de este capítulo perseguirá generar el análisis de los objetivos planteados en esta investigación, los cuales fueron convertidos en ejes temáticos de análisis, con el fin de obtener criterios que permitan desarrollar el marco de orientaciones para la profesión de Trabajo Social en el área de la Salud Mental en Chile.

El desarrollo de este punto, permite generar una reflexión en torno a los ejes temáticos trabajados durante esta investigación, los cuales se relacionan entre sí y permiten generar una perspectiva integral del fenómeno abordado. Lo dicho anteriormente, será utilizado como marco de referencia que servirá para realizar orientaciones para la profesión de Trabajo Social en el área de la Salud Mental. Para ello, se vincularán los roles y/o funciones que realiza la profesión en los servicios de atención pública en Salud Mental (clasificados en atención secundaria y terciaria) vinculados a los nudos críticos de la red en los distintos niveles de atención, donde se observan dificultades que obstruyen el desarrollo de una atención adecuada a la población.

Finalmente, se utilizará como referencia, experiencia internacional sobre el manejo de la Salud Mental y la perspectiva de los autores mencionados en el marco teórico, vinculados al campo y cómo estos ven posicionados la profesión, todo aquello como ya se dijo anteriormente, con el fin de obtener criterios que permitan elaborar un marco de orientaciones para el actuar del Trabajo Social ante el panorama de la Salud Mental en Chile.

3.1 Problemas identificados en Salud Mental en Chile

La situación actual de la Salud Mental en Chile es efecto directo de años de respuestas insuficientes de parte del sistema público de salud, principalmente en materia de políticas públicas y acciones concretas para subsanar las fragilidades del sistema. Si bien, Chile ha elaborado planes de Salud Mental que han evolucionado y avanzado de acuerdo al contexto, según lo que se mencionará en la siguiente cita:

Transcurridos 15 años desde la formulación del segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se ha logrado desarrollar una amplia red de servicios de salud mental integrada a la red de salud general, y se ha aumentado considerablemente el número de personas con problemas o trastornos mentales que acceden a la atención; sin embargo, el

desarrollo no ha sido homogéneo a lo largo del país, constatándose importantes brechas e inconsistencias tanto en la oferta de servicios como en la coherencia de éstos con el modelo propuesto. (Ministerio de Salud, 2015, pág. 19)

No obstante, durante el transcurso de los años no se ha logrado garantizar condiciones óptimas de atención y prevención para toda la población, por lo que es posible catalogarlo como un problema socio histórico, de acceso, carencia de recursos, falta de personal para el total de demanda, largas horas de espera, tratamientos insuficientes, entre otros.

Durante el desarrollo de esta investigación y los antecedentes recabados, ha sido posible identificar los principales problemas de la Salud Mental en Chile, los cuales son: Inexistencia de una ley de Salud Mental en Chile, gasto público y enfermedades de prevalencia en Chile, los cuales se intensifican si se toma en cuenta que la red de atención presenta nudos críticos, que serán descritos a continuación. Tales dificultades y/o problemas evidencian la necesidad de que la profesión de Trabajo Social, no solo los observe, sino que también, los intervenga, precisamente porque afectan a individuos, familias y comunidades en su conjunto. En este sentido, su análisis y reflexión es pertinente para generar orientaciones a la disciplina congruentes a estas dificultades de este fenómeno.

3.1.2 Nudos críticos de la red de Salud Mental en los distintos niveles de atención a nivel de toda la red de Salud

En el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 se han identificado un conjunto de nudos críticos en la Red de Salud Mental, los cuales estarían impidiendo una atención adecuada y por tanto imposibilitando la realización de estrategias concretas con los usuarios. A nivel de toda la red se identifican los siguientes:

- La oferta ambulatoria sigue siendo insuficiente, en general no existe un acompañamiento articulado y compartido en la red que se haga cargo de la Salud Mental de las personas, familias y comunidades durante todo el curso de vida.
- La resolutivez de las atenciones en los distintos niveles de atención sigue siendo limitada, situación que se traduce en un bajo número de altas e insuficientes intervenciones psicosociales y de rehabilitación.
- En los servicios de urgencia, aún no es posible ofrecer atención en temas de Salud Mental y psiquiatría en la red general. Especial mención requiere la

atención de las personas con conducta suicida y trastorno ansioso.

- Los distintos niveles de atención en Salud Mental se encuentran fragmentados como efecto de la falta de protocolos de referencia e integración para abordar casos específicos, lo que se traduce en la insuficiente implementación de procesos de derivación asistida y seguimiento de las personas, familias y comunidades en la red.
- La insuficiencia en herramientas de gestión que favorezcan la supervisión, el monitoreo y la evaluación del funcionamiento de la red complejizan la posibilidad de identificar falencias o brechas, por ende, resulta difícil establecer estrategias para mejorar la gestión.
- Existe escasa integración de elementos con pertinencia cultural en los modelos de atención vigentes y en la formación de recursos humanos en salud.

Sumado a lo dicho anteriormente, representantes de los servicios de salud señalan en el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) que existe una participación insuficiente de parte de los usuarios y familias en los dispositivos que se ofrecen, por ende, sucede que la atención se singulariza únicamente a aquello que diagnostica el/la profesional, sin considerar la participación de la comunidad en el centro de salud. En consecuencia, lo que estaría sucediendo es que la elaboración de planes de intervención y acciones desde el servicio de Salud Mental es rígida y en ocasiones paternalista debido a que son pocas las instancias de participación de la comunidad en procesos de diagnóstico y planificación, por ende, la apuesta comunitaria que propone el Ministerio de Salud no estaría abarcando la totalidad de su objetivo inicial que es “promover, fomentar y fortalecer la participación de las personas usuarias, familiares y comunidad en el proceso de atención y cuidados, reforzando su inclusión socio comunitaria y el ejercicio de ciudadanía”(Ministerio de Salud, 2018). En términos generales, el principal problema radicaría en que la red de salud no estaría trabajando en coordinación respecto a los niveles de atención, es decir, no ha sido posible crear una alianza estratégica concisa en lo que a la prevención y atención concierne, a simple vista tal descoordinación y falta de herramientas, estarían influyendo directamente en la comunidad, por tanto, el foco no estaría en la prevención, sino en la atención disgregada en los distintos niveles, con recursos humanos y materiales reducidos. Lo dicho anteriormente, abre la posibilidad de generar innovaciones y orientaciones en torno a la necesidad de generar instancias de participativas de los/as interlocutores/as en la toma de decisiones.

A nivel específico: niveles de atención

En relación a lo dicho anteriormente, hace falta especificar de mejor manera cuales estarían siendo los nudos críticos en cada nivel de atención de Salud Mental, que, en consecuencia, estarían provocando tal falencia del sistema de salud. Se presentan a continuación los nudos críticos identificados en los tres niveles de atención y en los centros destinados a la prevención y tratamiento de la Salud Mental. La información se desprende del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

Atención primaria de salud

A nivel de coberturas de tratamiento, se presenta una baja atención de personas con trastornos mentales, llegando a un 19% de ellas. Tal cifra es alarmante dado que tanto los CESFAM y CECOSF son centros cercanos y de fácil acceso para la comunidad, por lo tanto, debieran presentar una estrategia más amplia de atención que posibilite el acceso expedito a las personas. En relación al punto anterior, en la atención primaria se observa una disminución en el porcentaje de médicos capacitados en Salud Mental.

Atención secundaria de salud

Los Centros de Salud Mental Comunitaria son insuficientes en cantidad para dar una respuesta satisfactoria a la población en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de la atención, lo que ha significado que la población se atienda en centros no vinculados a la comunidad, por tanto, deba invertir en atención particular cuando esta debiese estar cubierta en el sistema de salud pública. El desarrollo de estos ha sido heterogéneo a lo largo del territorio nacional, existiendo notables diferencias en su implementación. Esto se ha traducido en prácticas diversas, que se expresan en desarrollos variados, que van desde un enfoque comunitario territorial con ejercicio de derechos hasta los que responden a una mirada tradicional de atención.

En el nivel de especialidad, es decir, hospitales de día, la asignación estandarizada de recursos basada en el número de beneficiarios y beneficiarias no considera las variables geográficas y culturales que producen diferencias en el costo de las atenciones en Salud Mental.

Atención terciaria de salud

Según el análisis del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 las personas que se encuentran actualmente en las Unidades de Hospitalización de Mediana Estadía muchas veces provienen de zonas alejadas. Ello conlleva en la gran dificultad de trabajar su rehabilitación e inclusión sociocomunitaria en sus comunidades de origen.

A su vez, quienes reciben tratamiento en centros de baja y media complejidad presentan diversas complejidades psicopatológicas en condiciones de abandono o sin redes de apoyo, por ende, muchas veces no pueden ser dadas de alta, precisamente, por no contar con un soporte familiar y/o de apoyo que facilite su inclusión social.

Una vez revisado los nudos críticos de la atención pública en Salud Mental, es necesario establecer cual estaría siendo en concreto la dificultad del servicio y eventualmente proponer mejoras en dichas áreas. Tomando en cuenta que en cada nivel de atención (primaria, secundaria y terciaria) existe un/a trabajador/a social ejerciendo sus funciones, la mirada crítica y analítica se pondrá en aquello que aqueja a las personas, ya sea directa o indirectamente. En este sentido, la profesión debiese orientarse en entregar orientaciones técnicas/metodológicas que permitan guiar el actuar del Trabajo Social en el campo/área de la Salud Mental en Chile, lo cual se condice con el objetivo general de esta investigación.

El mayor problema que presenta el sistema de Salud Público, tal como se presentó en los nudos críticos de la atención primera, es que tanto en los CECOSF y CESFAM (algunos de estos cumplen el rol de centros de urgencia) que son los centros más cercanos a la comunidad y la puerta de entrada al servicio, no cuentan con estrategias sólidas en Salud Mental, ni menos con profesionales capacitados en el área. Por lo tanto, se puede analizar en primer lugar la contención a las personas y familias está fallando, en definitiva, las personas con afecciones graves, como ideas suicidas, cuadros de estrés o ansiosos, no pueden ser tratados de otra forma que no sea desde lo médico debido a la falta de personal capacitado en el área. En ese sentido, la única forma de subsanar el problema es derivar a servicios de atención secundaria, cuya interconsulta o traslado, como se ha plasmado en reiteradas veces, tarda varios meses y en efecto, las personas quedan con pocas opciones, abandonan el tratamiento o bien se atienden de forma particular en servicios de salud privados.

Otra dificultad necesaria de mencionar es que la cobertura de centros de Salud Mental (COSAM) es muy baja, debido a que como menciona con Modelo de gestión Centro de Salud Mental comunitario (2018) sólo existe un centro por comuna, lo cual es acotado si se piensa en localidades con alta concentración de población o zonas alejadas donde el único centro se encuentra en el centro de la ciudad.

Es importante señalar que de los 45 Centros Comunitarios de Salud Mental que tienen dependencia municipal, 40 de ellos se encuentran en la Región Metropolitana. Esto explica las enormes diferencias que existen en comparación con las regiones, las que se observan en

distintos roles y formas de funcionamiento y de financiamiento, en equipos con condiciones contractuales divergentes, impactando directamente en el tipo de atención que reciben las personas usuarias.

(Ministerio de Salud, 2018, pág. 43)

Los nudos críticos de la atención dan cuenta de que al parecer el problema se estaría dando a nivel institucional, de la red y en concreto del sistema de Salud Pública.

Es decir, independientemente del lugar de enunciación desde el cual se posicionan los hablantes, su estrategia de intervención prioritaria consiste en establecer un puente entre la estructura social y la vida de los sujetos, en la Lógica de recomponer los vínculos que unen al individuo con la sociedad. (Muñoz, 2016, pág. 33)

En este sentido, se considera que Trabajo Social podría intervenir y subsanar los efectos que tienen las falencias del sistema sobre las personas con intervenciones innovadoras y desafiantes hacia la profesión, que generen lazos entre las personas y los/as profesionales a fin de generar intervenciones acordes a la realidad que vive cada persona. A continuación, se detallarán algunas funciones que desarrolla el Trabajo Social en los niveles de atención, los cuales pueden subsanar los nudos críticos descritos anteriormente.

Rol del Trabajo Social en COSAM (Atención Secundaria)

Como se vio anteriormente en el estado del arte, los centros de atención pública de Salud Mental cuentan con al menos un/a profesional de Trabajo Social ejerciendo funciones de prevención y promoción. Algunas de las actividades de mayor relevancia para este estudio son aquellas que se desempeñan en los Centros comunitarios de Salud Mental (COSAM) los cuales, según el Ministerio de Salud (2018) en su informe “Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria” son:

- Consulta de Ingreso por Equipo Salud Mental
- Consulta de Salud Mental
- Intervención en Crisis
- Intervención Psicosocial Grupal
- Visita Integral de salud mental
- Visita Domiciliaria Integral
- Actividad Comunitaria
- Actividades con organizaciones de usuarios y familiares
- Colaboración y formación con grupos de autoayuda
- Consultoría

Las tareas mencionadas son cumplidas por un equipo multidisciplinario, quedando en evidencia que en estos centros no hay roles específicos para la profesión, a pesar del tiempo que lleva inserto el Trabajo Social en su intervención en el campo de la Salud Mental y el devenir de la práctica profesional. La profesión no desarrolla intervenciones únicas en esta área, es por esto que hay que entender que el sujeto de atención recurre a estos centros en búsqueda de mejorar su estado mental, la cual es importante de resolver desde todas sus aristas, y en donde el Trabajo Social podría implementar sus cualidades profesionales que permitan desarrollar de mejor forma esta problemática.

Por tanto, se puede analizar que en términos de las funciones desarrolladas por el Trabajo Social como disciplina en COSAM, las que están definidas, pero no ampliadas, estas se enfocan en funciones multidisciplinarias compartidas con otros profesionales del área social, relacionadas con la intervención, visitas domiciliarias, y ciertas funciones generales, correspondientes a consultas y organización de actividades de usuarios y familiares, y grupos de autoayuda.

Rol del Trabajo Social en Hospitales de día en Psiquiatría (Atención Secundaria)

Las siguientes funciones mencionadas a continuación han sido extraídas del documento llamado “Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría” del Ministerio de Salud (2001)

Funciones del/la Trabajador/a Social

- Efectuar diagnóstico y evaluación social del usuario y su grupo familiar
- Efectuar diagnóstico y evaluación del entorno del usuario, su familia y de las redes sociales de apoyo
- Efectuar evaluación funcional en conjunto con el resto del equipo sobre la base de instrumento aprobado por el Ministerio de Salud
- Participar en la aplicación del plan individual de tratamiento y rehabilitación
- Promover la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de rehabilitación y en la conformación de Asociaciones de Usuarios y Familiares.
- Participar en reuniones clínicas-técnicas y de coordinación con instancias fuera de la red sanitaria
- Efectuar visita de Salud Mental especializada
- Derivar a los distintos dispositivos de la red, según corresponda.
- Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el programa de salud mental del servicio de salud y el intersector
- Entrenar en habilidades sociales y psicosociales
- Apoyar actividades de rehabilitación psicosocial
- Efectuar psicoeducación
- Apoyar en el desarrollo e implementación de actividades de rehabilitación y reinserción socio-laboral
- Entrenar en comportamientos de autoayuda
- Coordinar actividades en apoyo a la integración social
- Participar en actividades de catastro, capacitación, asesoría y consultoría a APS,

otros equipos de la red y al intersector

- Realizar actividad grupal de sensibilización e intercambio de información
- Asesorías y coordinación con personas, organizaciones de usuarios, familiares, comunitarias, instituciones y medios de comunicación
- Generar y participar en actividades de investigación de acuerdo a las necesidades del servicio
- Participar en programación de Salud Mental.
- Participar en reuniones del equipo de Salud Mental.
- Participar en evaluación.

En este tipo de atención dentro de los hospitales de día, el Trabajo Social, tiene roles establecidos y definidos en base al quehacer profesional, los roles son diversos, y muchas de ellas van vinculadas al quehacer del/a trabajador/a social, lo que posibilita a la intervención social a un mayor desarrollo. Lo que cambia en otros niveles de atención donde los roles profesionales no están demarcados con funciones igualmente establecidas, en donde no hay roles específicos sino más bien multidisciplinarios. En los hospitales de día se cumplen tareas específicas por profesionales, lo que ayuda en un desarrollo positivo para este tipo de centros de atención.

Por tanto, en términos de las funciones desarrolladas por el Trabajo Social como disciplina en los hospitales de día, va enfocada principalmente en efectuar diagnóstico y evaluación del entorno, usuario, grupo familiar y redes de apoyo, la promoción y la participación activa de usuarios y familiares en el proceso, efectuar visitas de Salud Mental, realizar derivaciones a los distintos dispositivos de la red, entrenar las habilidades sociales de los usuarios, y efectuar psicoeducación, entrenar el comportamiento de autoayuda, realizar actividades grupales de sensibilización y apoyo de integración social. Dentro de otras funciones que se trabajan en conjunto a otros especialistas, como la participación en la aplicación de plan individual de tratamientos, participar en reuniones clínicas- técnicas de coordinación, participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, y con otros niveles de atención de Salud Mental, apoyo en actividades de rehabilitación psicosocial que son parte también del Trabajo Social y que se realizan en compañía de un Psicólogo, apoyar en el desarrollo e implementación de actividades vinculadas a la rehabilitación y reinserción socio-laboral de los usuarios, participar en actividades de catastro y capacitaciones con otros equipos de la red e intersectorial, se realizan asesorías y coordinaciones con personas, usuarios, familiares, comunitarias, instituciones y medios de comunicación, generar y participar en actividades de investigación de acuerdo al servicio que se otorgue, participar en la programación de Salud Mental del centro y reuniones del equipo de la misma área, y participar en las evaluaciones finales. Hay ciertas funciones correspondientes del Trabajo Social y tantas otras que complementan un trabajo multidisciplinario con otras profesiones, es por esto que los hospitales de día son un gran aporte como modelo claro y establecido para la mejora de funciones específicas para

las profesiones vinculadas al campo de la Salud Mental y para el Trabajo Social, lo que sirve para delimitar funciones profesionales.

Rol del Trabajo Social en Hospital Psiquiátrico (Atención Terciaria)

Funciones del Trabajador/a Social

Algunas de las funciones que tiene la profesión del Trabajo Social en áreas de internación y hospitalización según la publicación de Carballeira (2016):

El Trabajo Social ha conseguido, a través de nuevas terapias e intervenciones, conseguir que una hospitalización de larga duración y convertirla en una corta estancia y acudir diariamente a un centro de día; el internamiento era antes visto como la mejor solución, pero realmente lo que se conseguía era agravar los problemas mentales del paciente.
(Carballeira, 2016)

La innovación dentro de las terapias y las intervenciones que realiza la profesión, permiten discernir sobre el quehacer y los mejores procesos para el paciente.

Dentro de las prestaciones está el Consultorio Adosado de Especialidad, en el cual el servicio es correspondiente al Servicio Clínico Consultorio Externo de Especialidades (CAE) donde se cumplen distintas funciones por parte de los profesionales, dentro de la “Atención Abierta por Médicos de Especialidad” la cual es correspondiente atención Psiquiatras, los que forman parte vital del equipo para hacerse cargo únicamente de esta atención, también dentro de la misma unidad se encuentra la “Atención Abierta por otros Profesionales” en la que se incorpora la atención del Trabajo Social y otras profesiones tales como atención por Psicólogo/a, la atención de Enfermero/a y la atención de Nutricionista, los que cumplen funciones similares y ciertas específicas de cada profesión, con respecto al/la trabajador/a social corresponden las funciones de la consulta de ingreso, consulta de Salud Mental, visita domiciliaria integral. Estas funciones son las que ejerce la profesión dentro del área especializada en un Hospital Psiquiátrico en específico.

Por tanto, en términos de las funciones desarrolladas por el Trabajo Social como disciplina en hospital psiquiátrico, vinculadas al trabajo multidisciplinar principalmente en áreas de especialización, dentro de las terapias e intervenciones, y que en favor a esto las hospitalizaciones de larga duración, se conviertan en una de corta estancia de manera gradual. Dentro de las funciones realizadas por los

profesionales de Trabajo Social del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

Para concluir, se observa que la profesión del Trabajo Social, cumple roles específicos, vinculadas con el quehacer profesional y otras que pueden ser desarrolladas dentro de una labor multidisciplinar, según lo revisado dentro de las funciones que cumplen los/as trabajadores/as sociales en los diferentes servicios de atención, es que en algunos centros tales como los COSAM, es que son parte y se rigen por un modelo y según el plan de Salud Mental del momento, en cambio los hospitales psiquiátricos de día que si bien corresponden a la atención secundaria, se rigen con ciertos lineamientos, funcionan de manera más autónoma, y se establecen las funciones de cada profesional de manera aislada, y los hospitales psiquiátricos, tienen ciertas similitudes en su quehacer, pero funcionan de manera particular según la atención otorgada a cada usuario, sin embargo cada uno de estos centros tienen sus propios protocolos de ingreso y atención y de los quehaceres de cada profesional dentro de la atención que estos/as reciban.

3.1.3 Análisis de la literatura internacional

Las experiencias descritas en el Capítulo II permite reflexionar en torno a prácticas innovadoras respecto al abordaje de la Salud Mental, el análisis realizado a continuación, servirá de insumo para la realización de orientaciones para la profesión de Trabajo Social.

La desmanicomialización de la Salud Mental. Experiencia de Argentina, provincia de Río Negro

En palabras de Fraser (2000) ya no basta con que se reconozcan ciertas diferencias, desigualdades e injusticias, sino que, hace falta generar una reestructuración política económica y un cambio cultural simbólico en lo que respecta a la Salud Mental. Ante eso, la idea de la externación y la inclusión de personas con algún padecimiento mental, solo es posible en tanto exista un cambio cultural, lo cual según esta experiencia se logra “interviniendo todos los sectores de la comunidad junto con sus instituciones siendo parte activa del proceso, construyendo prácticas concretas que posibiliten nuevas alternativas para atender y reinsertar al sufriente mental” (Sampayo, 2005).

A continuación, se presentan los principios básicos que guiaron tal experiencia.

- Rescatar los recursos de salud presentes en todas las personas
- Trabajar con la crisis emocional en el lugar donde se produce (es decir, el equipo de salud mental opera en el lugar donde el individuo transcurre su vida en forma habitual).
- Reivindicar los derechos y necesidades cotidianas de las personas como parte

de su salud mental y trabajar sobre los mismos, y sustituir el concepto de enfermedad mental por "sufrimiento mental", entendiendo que todos podemos padecerla.

Dado que ninguna persona está ajena a padecer alguna enfermedad mental o crisis durante la vida, es necesario que antes de prevenir o intervenir hay que identificarse con ésta, es decir, partir de la base de que aquella persona no es distinta, extraña o culpable de lo que padece, sino que en ella interfirieron muchos procesos y desequilibrios con el ambiente. Para efecto de esta experiencia, como dice Sampayo (2005) hay que tener en cuenta que la interacción con la comunidad y la apertura a nuevos escenarios son la única forma de devolver la dignidad arrebatada y los derechos vulnerados, así cualquier intervención deberá evitar la internación.

La experiencia Riogenina, descrita por Sampayo (2005) posibilita la aplicación de las siguientes estrategias para el abordaje de la Salud Mental:

- *El afecto*, un elemento clave al momento de entablar un vínculo interpersonal siendo conductor de toda posibilidad de recuperación.
- *La familia o figura representativa*, considerada por los profesionales de la salud como el núcleo afectivo y de contención para el paciente. El proceso de desmanicomialización propone la creación de una Escuela para Familias, para que los familiares de pacientes trabajen en grupos multifamiliares, a través de charlas periódicas sobre temáticas, cómo hacer con el paciente en la casa y sobre la comunicación entre ellos y los pacientes, a fin de que se reconstituya en un ámbito de contención durante la externación. Estas prácticas son las que se enmarcan en un modelo psiquiátrico actualizado, dirigido a la atención comunitaria.
- *Un cambio de actitud*, dado que las acciones para reducir el estigma social y la discriminación son claves para la desmanicomialización. Este proceso, apunta a producir transformaciones en las personas, construyendo una nueva cultura de Salud Mental.
- *Intervenir todos los sectores de la comunidad*, junto con sus instituciones siendo parte activa del proceso, construyendo prácticas concretas que posibiliten nuevas alternativas para la atención y reinserción social.
- *Abordar la desmitificación de la locura*, romper con la indiferencia de la comunidad, propiciando la participación a partir de un trabajo grupal y la muestra de los trabajos grupales.
- *Un dispositivo antimanicomial* basado en la participación del interno en la sociedad y del involucramiento de esta última en la realidad del paciente, integración social y comunitaria, atención ambulatoria y de no discriminación

por el diagnóstico.

La experiencia descrita anteriormente permite a la profesión de Trabajo social volver a lo más sencillo y particular de la Salud Mental, las personas, quienes tantas veces han sido invisibilizadas, culpadas, estigmatizadas y vulneradas por una cultura arcaica y un sistema socioeconómico agobiante que poco permite desarrollar un bienestar completo de la salud. El desarrollo de esta tesis y ahora, con la descripción de la experiencia Riogenina, ha ido instaurando paulatinamente la idea de que las personas que históricamente han estado aislados/as como efecto de la marginalización, necesitan salir al exterior, reencontrarse con la comunidad y reconstruir sus lazos sociales.

En este sentido, la experiencia de desmanicomialización ofrece a Trabajo Social, la posibilidad de considerar para el manejo de la Salud Mental la opción de pensar *la locura* como un fenómeno multicausal, en donde las personas merecen ser tratadas no desde lo anormal y patológico, sino desde una perspectiva de derechos y justicia social, en donde se espera que los cambios en la esfera microsocia permitan a un mediano y corto plazo un impacto en lo macrosocia.

Por lo tanto, se concluye y se toma como aprendizaje para la profesión de Trabajo Social, la idea de que no es posible un manejo de la Salud mental sin pensar en la externación de las personas y su incorporación en la comunidad, acompañado de un trato amable y respetuoso hacia quienes padecen una condición mental, libre de prejuicios y marginalización.

El Modelo Catalán en Salud Mental España, el cambio desde un Modelo Tradicional a un Modelo Comunitario e intersectorial

En el plan nacional de Salud 2005-2007, Cataluña estableció a la Salud Mental como una prioridad absoluta en su gobierno, con el fin de hacer de esta necesidad un modelo eficiente y operativo, además se aprobó el Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMA) (2006), el cual es elaborado con personas afectadas, sus familias, instituciones proveedoras de Salud Mental y el departamento de Salud, posterior a esto se desarrolló, promoviendo un modelo de base comunitario e intersectorial, priorizando la prevención y promoción hasta el tratamiento, la rehabilitación y la inserción social de las personas con alguna afección mental.

En conclusión el Modelo Catalán, tiene claras sus líneas estratégicas y de trabajo, el cual como se menciona anteriormente es con el fin de ayudar a la comunidad y enfocado en un bienestar completo de la persona, a continuación, se detallan algunas estrategias, las que tienen este modelo como pionero en Salud Mental:

- Promoción de la salud mental y lucha contra la estigmatización: a través de|

programas de sensibilización y campañas.

- Mejora de la atención en la población infantil y adolescente con trastorno mental: mediante intervenciones conjuntas de los servicios de salud, educativos y sociales que abracen desde la detección precoz hasta el abordaje del trastorno mental, por parte de las personas profesionales implicadas en los diferentes sectores.
- Promoción de los derechos y mejora de la atención asistencial: mediante el desarrollo de protocolos para atender las urgencias, los traslados o los ingresos involuntarios de personas con trastorno mental y la oferta de formación para los equipos profesionales implicados.
- Apoyo a las familias cuidadoras de personas con trastorno mental: mediante el despliegue de una cartera de servicios de atención que incluya formación para el empoderamiento de las personas con trastorno mental y para sus familias, garantizando que las actividades dirigidas a las familias no refuerzan el estereotipo de la mujer como cuidadora.
- Inclusión comunitaria de las personas con adicciones y trastorno mental grave: a través del despliegue de servicios sociales básicos como los servicios de vivienda (residencias, hogares con apoyo y apoyo a la autonomía en el propio hogar) o los clubes sociales y la acción comunitaria en el ámbito de la cultura.
- Inserción laboral de las personas con trastorno mental grave: mediante la definición de un modelo de inserción laboral para las personas con trastorno mental que integre itinerarios de inserción personalizados, trabajo con apoyo en el mercado ordinario y ayudas para las entidades que acogen a personas con trastorno mental.
- Atención especializada en el ámbito judicial y penal: mediante intervenciones específicas para personas en situación de privación penal de libertad o sujetas a medidas de seguridad, con especial atención a menores y adolescentes.
- Promoción del asociacionismo y de la participación de las personas con trastorno mental y de sus familias: mediante la implicación de las entidades del sector en el diseño de las políticas públicas en salud mental y una mejor coordinación de servicios.

Según lo mencionado anteriormente, es donde se logra relacionar el modelo catalán con la profesión de Trabajo Social, donde se prioriza al sujeto y su inserción en la comunidad, es en ese momento donde el profesional con las habilidades adquiridas logra entregar asesoría del cómo relacionar a los individuos con su entorno e integrarlo a él, empoderarlos y visibilizarlos ante una concepción de las personas destacando sus derechos. La experiencia de Cataluña, sirve de ejemplo e inspiración para futuros procesos en los que Chile debe participar, avanzando para mejorar el bienestar mental

de sus habitantes.

3.2 Perspectivas de autores para optimizar el abordaje de la Salud Mental

A medida que se avanza en conocimientos en este caso sobre Salud Mental y sus roles de intervención se vuelve imposible no buscar nuevos modelos de intervención, aun así, cuando se entiende y conoce que la sociedad vive en un constante cambio y que ante este se considera que los/as profesionales sociales deben innovar y adecuarse ante los nuevos fenómenos sociales. Ante estas necesidades, se utilizará como recurso la opinión de distintos autores dedicados al área social que guiarán el marco de orientaciones que se establece como punto culmine de este proceso de tesis.

Intervención en lo social - Alfredo Carballada

A través del texto se ha podido llegar a la reflexión que plantea el autor sobre cómo se han abordado las distintas problemáticas que el individuo ha vivido, y cómo estas problemáticas influyen en el tiempo y en la creación de conocimiento que hacen y generan un tipo de actuar, que no siempre es el correcto o el adecuado, dependiendo de la persona, siendo necesario, poner especial hincapié a la historicidad y particularidad del individuo, entendiéndose así que se necesitan nuevas formas de intervenir y desarrollarse en las áreas profesionales que tocan conocer y reconocer al individuo y los distintos factores que acomplejan, impiden y complican a que este se desarrolle de manera óptima y deseada ante lo que se ha creado como imaginario del sujeto/a deseado y esperado.

Tal vez la intervención en lo social no implique agregar ni quitar nada solamente “hacer ver” aquello que el contexto, escenario, el clima de la época impiden visualizar. Y acaso permita hacer que ese otro recupere historicidad, ubicándolo en el lugar de la verdad, corriéndolo del banquillo de la sospecha, entendiendo que es en tanto efecto de la cultura, que es imposible pensarse separado de los otros, y que la diferenciación estriba en lo singular de las inscripciones de cada cuerpo.
(Carballada, 2002, pág. 39)

Por lo tanto, dentro de la Salud Mental y de su intervención se convierte fundamental la subjetividad que rodea a cada paciente, y como la palabra lo dice, la intervención debiese ser desde lo social, recuperando lo perdido y buscando los factores que interpelan al individuo que se ha sentido menospreciado, enfermado, excluido y aislado

por sentirse distinto o distinta por diferentes condiciones que lo han hecho un ser complejo que necesita ayuda dentro de su Salud Mental, lo cual deberá superarse en las orientaciones entregadas en esta tesis para el actuar del Trabajo Social este campo.

Desde aquello se analiza que los problemas que trae la o el individuo que necesita ayuda en su Salud Mental se aconseja tratarlos desde un todo y su conjunto como persona, vivencias y entorno, por lo mismo la labor que ocupa la o el trabajador/a social es de gran importancia, la cual ve los problemas con una mirada de deseo transformador, comprensivo, crítico y analítico en el cual idealmente desea dar un sentido a la intervención, que, si bien a veces el quehacer se ve limitado, este puede tener una mirada de análisis diferente entendiéndose que la sociedad y conocimiento han ido evolucionando, por lo tanto la profesión y el quehacer debe hacerlo si así es necesario.

Intervenciones para las prevenciones y promociones en Salud Mental - Luis Gómez Parada

Retomando la idea del autor mencionado en el Capítulo II, se pueden analizar dos temas importantes para la intervención en Salud Mental y Trabajo Social.

La prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública, y se caracteriza por su enfoque de reducción de los factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo de reducir su prevalencia e incidencia. La clasificación de prevención en salud pública es la prevención primaria, secundaria y terciaria. (Gómez, 2017, pág. 4)

Y en cuanto a la promoción en Salud Mental,

Actualmente contamos con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la Salud Mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. Aún se pueden mejorar considerablemente estas intervenciones y es necesario que estudios de investigación continúen descubriendo cuáles son los elementos que contribuyen a la eficacia de las prácticas preventivas. (Gómez, 2017,

Dado que el autor trabaja los conceptos de prevención y promoción, se cree necesario que la profesión del Trabajo Social aporte en múltiples ámbitos en el desarrollo de la Salud Mental, es importante que se considere a los profesionales desde todos los conocimientos en Salud Mental y entendiendo que el uso de fármacos no es la única solución para enfrentar los problemas mentales, sino que debe ser abordado desde los diferentes enfoques de principio a fin, teniendo claridad absoluta de todo lo que acontece en la vida de los pacientes, sin inhabilitarlos de sus condiciones como seres humanos, ampliando los saberes y dirigiendo un tratamiento desde todas sus posibilidades. Además, se considera necesario incluir la prevención y promoción en la intervención, lo cual marca un hito importante en esta área en la reducción de problemáticas mentales y como menciona el autor, logrando un equilibrio entre ambas.

Hacia una mirada integral en promoción de salud mental comunitaria - Claudia Bang

Los autores mencionados con anterioridad Carballada (2002) y Gómez (2017) son reforzados por la autora Claudia Bang, quien propone que, en los actuales tratamientos, se incluyan intervenciones comunitarias desde y hacia las instituciones de Salud y Salud Mental, describiendo y reproduciendo experiencias anteriores exitosas, además de abordar la problemática de Salud Mental desde una perspectiva de prevención y promoción integral. Si bien las estrategias pueden ser múltiples, el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos en el campo de prácticas en promoción de Salud Mental. Refiriéndose principalmente a prácticas integrales de promoción de salud/salud mental, cuyo objeto es la comunidad en su conjunto. Según la OMS:

Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (E.Hosman & Jané-Llopis, 1999, pág. 31).

Apoyada desde organizaciones, estudios y críticas, la autora habla que la prevención y promoción comunitaria temprana en Salud Mental, conlleva a una mejor calidad de vida, se logra medir aspectos de la conducta individual del individuo y logrando una mayor satisfacción personal. Estas prácticas innovadoras, tienen como objetivo principal, el cambiar las realidades de la comunidad, invitándolos/as a la participación, la unión de los lazos comunitarios creando vínculos solidarios, generando empoderamiento en los sujetos, autonomía, comprendiendo que el hecho de tener algún padecimiento de Salud Mental, no significa ser marginado ni incomprendido, significa que junto a una comunidad educada en el tema existan oportunidades hacia una reinserción en la sociedad, entendiendo la enfermedad como un proceso de mejorar su salud. Para estos objetivos, se destacan tres componentes principales, que fortalecen y apoyan la idea de promoción de Salud Mental Comunitaria, la participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

Por lo tanto, a modo de conclusión, de acuerdo a los distintos autores mencionados destaca la importancia que tienen las acciones realizadas, las cuales pueden marcar la diferencia dentro de cómo se entiende el modelo de intervención de los/as trabajadores/as sociales en el área de Salud Mental en Chile, siendo por una parte, la intervención cambiante e innovadora, la cual se debe adaptar a los nuevos modos de vida y nuevos escenarios sociales y políticos que vive la sociedad, por lo que intervenir constantemente con un mismo patrón o lineamiento pudiese ser una debilidad al momento de entender al individuo y sus múltiples factores de singularidad.

Por otra parte, se ocupa el concepto de biopolítica, entendiéndose como un agente de poder por parte del Estado, el cual gestiona y establece cuales son los comportamientos deseables, y ante aquellos no deseables no suelen ser trascendentales para su promoción y prevención, refiriendo aquí, a la importancia de una Salud Mental de calidad, apta y justa para la sociedad. Por último, se destaca la importancia de considerar experiencias exitosas dentro del área de Salud Mental para guiar y seguir su intervención desde aquellos lineamientos favorables e innovadores que buscan nuevas miradas desde la comunidad y autonomía del individuo, por lo cual, educar a la sociedad sobre las enfermedades mentales no parece ser menor cuando se habla de calidad, derecho y prevención.

Por lo tanto, se puede decir que el análisis realizado anteriormente, permite ver que los factores del ambiente son importantes, he aquí donde es posible vincular la diversidad de pensamientos con El Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987) por ejemplo, Carballeda (2012) mencionaba que las prácticas en Trabajo Social deben ser acordes

al contexto y la subjetividad de cada persona, por ende, no se puede obviar que las personas viven en un entorno que condiciona su desarrollo y bienestar integral que provocan, por ejemplo, padecer alguna enfermedad mental. Dicho esto, no mencionar que el sistema de salud pública es precario o que el acceso a tratamientos de Salud mental es difícil cuando no se invierte lo suficiente en ella, sería caer una vez más en la falacia de que únicamente las personas se enferman por condiciones de salud y no del ambiente que los rodea. En ese sentido, el abordaje del fenómeno de la Salud mental, al menos desde el ámbito social, no puede darse si no se entiende que los seres humanos son parte de un sistema de relaciones, de múltiples variables y estímulos presentes que inciden positiva o negativamente.

Por otro lado, Bang (2014) y Gómez (2017) se refieren a la importancia de la promoción y prevención en Salud Mental, lo cual, también relacionado con El Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987) permite entender que las estrategias y/o modelos que se utilicen para la intervención social, van a impactar inherentemente en la vida del individuo, por lo tanto, es necesario ser cuidado con el contexto desde donde nace la intervención, dado que no da lo mismo enfermarse en un lugar, en condiciones diferenciadas, lo cual sin duda debe ser tomado en cuenta.

El análisis realizado con antelación permite realizar el marco de orientaciones que en definitiva corresponde al objetivo general de esta investigación.

3.3 Construcción del marco de orientaciones

La elaboración de este punto, tiene como objetivo entregar orientaciones que permitan potenciar el rol de la profesión de Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Estas fueron posibles de formular gracias al análisis de la información recabada en esta investigación.

La finalidad del marco de orientaciones es entregar criterios y estrategias que permitan guiar el manejo de la Salud Mental desde una mirada social y no únicamente médica, así se espera que estas permitan generar alternativas de intervención acordes a las necesidades sociales y en donde el Trabajo Social se enmarque desde los principios éticos de la profesión, bajo una lógica de derechos humanos y justicia social. En relación al objetivo propuesto en la investigación se pretende orientar las funciones del Trabajo Social y aportar en su intervención en el campo de la Salud Mental en Chile, para aportar en el bienestar integral del sujeto individual y desde lo comunitario, no solo desde las enfermedades que lo afectan, sino más bien desde la salud en su totalidad.

Orientación 1: La intervención social en Salud Mental desde la perspectiva del sujeto

Como primera orientación, se ha querido empezar con la visión de la perspectiva del sujeto, orientando aquella fundamentación con lo dicho en el marco de referencia por el autor Alfredo Carballada. El propósito de incluir a aquel autor con su texto “La intervención del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y Perspectivas” (2012) es entender cómo el sujeto que padece de enfermedad mental se ve y presenta ante la sociedad, por lo tanto, se le denomina y cataloga como un sujeto inesperado, el que sale de lo cotidiano y llega a alterar el ritmo común que se ha pensado como el deseado. Por aquello, se hace necesario dentro de esta orientación que se entienda al sujeto desde sus problemáticas situacionales, su contexto, su edad, su clase social y todo lo que involucre su macroentorno social, que sin duda tiene relación con el panorama nacional de la Salud Mental. Por consiguiente, se vuelve a referir a Carballada el cual describe al neoliberalismo como una concepción que atraviesa a varios sistemas, no solo el económico, sino también el sistema social, el cual ha traído una fragmentación a la sociedad, un quiebre de los lazos sociales, perdiendo solidaridad entre las personas, mirando al otro/a como una competencia, el cual se busca eliminar o ignorar para conseguir los objetivos individuales y satisfacción personal. Este escenario visibiliza la caída de los derechos sociales y civiles, lo cual, a razón de generar nuevas orientaciones, parece ser de suma importancia abandonar conductas individualistas, discriminadoras y segregadoras, las cuales van en contra de la propia visión que inculca la profesión de Trabajo Social, la cual desea entregar herramientas a las personas, haciéndolos garantes de derechos, entregándoles dignidad. Finalmente, no es menor y por contrario, es una obligación, entender al sujeto que padece de una enfermedad mental como un individuo al cual se le deben cumplir sus derechos, por lo que promulgar y avalar aquella acción debería ser primordial para el respeto y cambio de mirada hacia quienes sufren de enfermedades mentales, los/as cuales no son pocos en el país.

Desde la mirada de los “Modelos de Trabajo Social” el Trabajo Social Individual y Familiar, busca generar vinculaciones en las estrategias de intervención con el individuo y su familia, para generar facultades de resolución, el Trabajo Social busca desarrollar un proceso de relación de las partes en donde se espera lograr una solución elegida por ambas partes, lo que sería beneficioso para los procesos en el tratamiento de la Salud Mental del individuo.

Orientación 2: La Salud Mental debe ser entendida desde Trabajo Social desde una perspectiva comunitaria

Para instaurar esta orientación es que parece necesario e importante la creación de servicios que tengan un enfoque desde la mirada comunitaria, en favor del

mejoramiento integral de las personas que padecen de una enfermedad mental o bien para la prevención de estas.

Desde la mirada de los “Modelos de Trabajo Social” el Trabajo Social Comunitario, con el objetivo de promover una participación activa dentro de la comunidad, es por esto que se manifiesta el valor de incluir al entorno dentro de la participación social y de los procesos de atención en que estos se relacionan, con el fin de generar una participación e interacción del individuo en su propio tratamiento y desde la autonomía, en donde el mismo tome decisiones y sea eje fundamental y vinculante dentro de su proceso. Es por esto que se habla de un proceso integral, que sea abordado desde lo global sumado a los procesos de participación.

Para instaurar esta orientación es que parece necesario e importante la creación de servicios que tengan un enfoque desde la mirada comunitaria, en favor del mejoramiento integral de las personas que padecen de una enfermedad mental o bien para la prevención de estas, por lo tanto, se ocuparan algunas aristas del modelo catalán.

El Modelo Catalán manifiesta el valor de incluir al entorno dentro de la participación social y de los procesos de atención en que estos se relacionan, con el fin de generar una participación e interacción del individuo en su propio tratamiento, en donde el mismo tome decisiones y sea eje fundamental y vinculante dentro de su proceso. Es por esto que se habla de un proceso integral, que sea abordado desde lo global sumado a los procesos de participación.

Dado que una de las herramientas necesarias al momento de generar mayor participación comunitaria, es la promoción y respeto hacia las personas que padecen enfermedades mentales, cuyo objetivo sea fortalecer el empoderamiento del sujeto, familias y el entorno social, se considera necesario para lograr este cometido, efectuar mejoras en las condiciones de acceso y en cómo se promociona la Salud Mental, abordando técnicas específicas de cómo manejar y transformar el estigma social que existe hacia las personas que padecen de enfermedades mentales, y es por aquello que dentro de las estrategias comentadas en el Modelo Catalán se incluye:

- Promoción de la salud mental y lucha contra la estigmatización: a través de programas de sensibilización y campañas.
- Promoción de los derechos y mejora de la atención asistencial: mediante el desarrollo de protocolos para atender las urgencias, los traslados o los ingresos involuntarios de personas con trastorno mental y la oferta de formación para los equipos profesionales implicados.
- Apoyo a las familias cuidadoras de personas con trastorno mental: mediante el despliegue de una cartera de servicios de atención que incluya formación para

el empoderamiento de las personas con trastorno mental y para sus familias, garantizando que las actividades dirigidas a las familias no refuerzan el estereotipo de la mujer como cuidadora.

- Inclusión comunitaria de las personas con adicciones y trastorno mental grave: a través del despliegue de servicios sociales básicos como los servicios de vivienda (residencias, hogares con apoyo y apoyo a la autonomía en el propio hogar) o los clubes sociales y la acción comunitaria en el ámbito de la cultura.
- Inserción laboral de las personas con trastorno mental grave: mediante la definición de un modelo de inserción laboral para las personas con trastorno mental que integre itinerarios de inserción personalizados, trabajo con apoyo en el mercado ordinario y ayudas para las entidades que acogen a personas con trastorno mental.
- Atención especializada en el ámbito judicial y penal: mediante intervenciones específicas para personas en situación de privación penal de libertad o sujetas a medidas de seguridad, con especial atención a menores y adolescentes.

Ante aquellas estrategias, es que la profesión de Trabajo Social cumple un papel importante, ya que se reconoce como una disciplina profesional que entiende que la relación con otros, con el fin de promover el cambio social e incrementar el bienestar de quienes padecen enfermedades mentales, siendo capaces de intervenir en el desarrollo del individuo y cómo este interactúa con su entorno. En este sentido, la profesión debe ser un agente activo en la transformación de nociones estigmatizantes a través de programas y políticas públicas organizadas.

Orientación 3: El sujeto como un garante de derechos

Es relevante mencionar que, si bien, aún no existe en Chile una ley propia para la Salud Mental, la cual legisle los derechos de los pacientes y fiscalice el cumplimiento de los actuales manuales, es de suma importancia entregar algunas recomendaciones que orienten el actuar de los profesionales. La burocracia la prolongada espera por una atención y el agotamiento de los servicios actuales médicos y psiquiátricos, debieran ser conductas erradicadas dentro de los centros, ya que pueden desencadenar crisis en las personas, desgastando su calidad de vida, a quien padece problemas de Salud Mental. Es por eso, que los derechos de los sujetos, debieran ser parte fundamental durante el proceso de atención y a lo largo del tratamiento. Desde el “Modelo de Gestión Centro de Salud Comunitaria” (2018), se considera una integración desde un enfoque de derechos, lo que se vuelve relevante para el proceso desde el acceso, tratamiento y condiciones de vida, son estándares que se encuentran plasmados, desde una gestión inclusiva y participativa.

Desde la profesión de Trabajo Social se puede observar la importancia que se le da al sujeto, a su entorno y las determinantes sociales que provocan el padecimiento de alguna enfermedad psiquiátrica, es por eso importante mencionar que es en estos espacios, en donde el profesional puede aprovechar cada momento, incorporando a su accionar la promoción de los derechos de las personas, proporcionándoles dignidad y oportunidad de ser respetado, encaminando la tarea del tratamiento enmarcada hacia un camino integral e interdisciplinario, haciendo referencia a la base de la disciplina.

A continuación, se mencionarán orientaciones, inspiradas en el Art. 25 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), las cuales sean de inspiración para Trabajadores/as Sociales insertos/tas en el área de Salud Mental:

El libre acceso a una atención integral en salud mental para todo aquel que lo requiera, sin discriminación por razones de sexo, etnia, lengua, religión u orientación política.

Una atención en Salud Mental gratuita, accesible y de calidad por parte de un equipo interdisciplinario formado por profesionales y técnicos con compromiso social y responsabilidad ética para proporcionar orientación, consejería, apoyo, información y educación a usuarios, familiares, amigos y cuidadores. Además, que la atención integral en salud mental, respetuosa de la preferencia de la persona para el lugar y la forma de tratamiento, en un entorno que sea favorable para su salud, bienestar, autoestima y dignidad, de acuerdo a estrategias de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación que faciliten el acceso, la disponibilidad y la integración a servicios comunitarios y de apoyo social, con el fin de promover la vida independiente y la vida en comunidad.

Es relevante también mencionar que el acceso, la gratuidad y la atención integral, son fundamentos mínimos que pueden transformar la esfera de la Salud Mental, en un lugar más cercano y ameno para la comunidad. Es relevante pensar en un proceso de “recuperación en Salud Mental”, disminuyendo las barreras, impulsando hacia una sociedad más inclusiva, que tenga la capacidad de reconocer a otro/a como un ser garante de derechos independiente de si sufre o no algún padecimiento sobre Salud Mental, una comunidad educada y empoderada, es de ayuda durante los procesos de tratamiento e inserción para el sujeto. Durante este proceso de investigación, se ha recopilado evidencia empírica la cual demuestra y relaciona “que presentar información sobre las causas psicosociales de los problemas de salud mental y disminuir el rol predominante de las explicaciones biológicas sobre el origen de los trastornos mentales, mejora las actitudes de manera significativa” (Minoletti, 2015), además de reducir los estigmas hacia los sujetos con problemas de Salud Mental. En los establecimientos de salud actuales, ocurre todo lo contrario, se etiqueta a las

personas que sufren algún padecimiento psicológico, lo cual interfiere en el proceso de avanzar en sus tratamientos, empoderar y relacionarse con la comunidad. Es necesario recalcar la importancia que tiene la comunidad en estos procesos, el reconocimiento de ejercicios de derechos, la participación comunitaria y la inclusión social, son claves para los procesos de tratamientos de Salud Mental.

Orientación 4: Entender al sujeto como un ser participante en la comunidad

A que se pretende llegar con cierta orientación que quiere entender al sujeto como un ser participante en la comunidad, a generar distintas estrategias basadas en la escucha activa, en la motivación del individuo y en la entrega de servicios que tengan una estrategia comunitaria con el fin de promocionar los derechos, por lo que escuchar la voz de los usuarios no parece ser menor y menos cuando se quiere entender y conocer qué es lo que quieren dentro de su propio proceso el cual no parece ser fácil cuando se supone que se ha vivido en un constante desamparo, aislamiento e ignorancia ante los hechos que lo fastidian a tener un problema de Salud Mental muchas veces no tratado de la mejor forma.

Por lo mencionado anteriormente se creen a través de distintas lecturas como lo fue la experiencia de Rio Negro en Argentina la cual permitió con sencillas acciones, pero significantes, volver a generar lazos y desarrollar un bienestar que propone ser al individuo como un ser completo, con opinión y características que lo definen y defienden de acciones marginalizadoras. Por lo tanto, la experiencia de Rio Negro comentada anteriormente llega con la idea de aplicar distintas estrategias para el abordaje de Salud Mental, entre ellas y que se relacionan al sujeto dentro de sus decisiones es la aplicación de charlas periódicas sobre distintas temáticas de interés de ellos/as (los/as usuarios) y de sus familiares, abriendo a la comunicación y entendimiento. Otra estrategia que se suma al interés de entender al sujeto como un ser participante es crear talleres de capacitación relacionados al interés que puedan tener distintos grupos de usuarios con el fin de recrear y establecer oficios para una posterior reinserción, si es que la persona tuvo que salirse de su estructura de sistema, por lo que la idea no sólo visibiliza la opinión y gustos de la o el individuo, sino que también se cree que impulsa a su proceso de rehabilitación.

Finalmente y en este sentido, la incorporación de esta perspectiva ofrece a la profesión de Trabajo Social la posibilidad de repensar su actuar dentro del área de Salud Mental, y no obstante no solo repensarla, sino que innovar y apoyar a sustentos que tratan al ser con problemas de Salud Mental desde su esfera multicausal que necesita ser escuchado y considerado, avalando aquel proceso con el dominio de habilidades blandas que se pudieron haber generado al momento de estudiar aquella profesión o al

momento de intervenir dentro de distintos contextos que han hecho que la y el profesional no pierda la esencia que puede tener y llevar a entender los problemas más allá de su lógica de causalidad.

Desde el enfoque de “Modelos de Trabajo Social” el Trabajo Social Comunitario, tiene un papel relevante dentro de la participación con la comunidad, el que tiene como desafío la toma de conciencia, generando situaciones de cambios reales en un proceso transformador, “considerando al trabajador social como agente de cambio que interviene en la comunidad y que debe, desde este enfoque, mantener un contacto continuo con la comunidad y trabajar a través de sus grupos” (Lillo & Roselló, 2001, pág. 23). El que actúa como agente de cambios, tratando los fenómenos sociales que afectan a las personas, los que favorecen la construcción de un escenario favorable para la comunidad en donde se generan vínculos con el fin de favorecer tanto el proceso como el desarrollo del funcionamiento en comunidad, construyendo una participación comunitaria efectiva y autónoma.

Orientación 5: Las estrategias de intervención en Salud Mental deben ser liberadoras y no promover el control y supervisión del “loco”

En el marco teórico, mediante el texto: “Salud Mental y gubernamentalidad: Reflexiones en torno a la locura en Chile” (Castro, 2019) se abordó el fenómeno de la vigilancia y supervisión del *loco* disfrazada de acciones comunitarias. A través de su análisis, ha sido posible reflexionar en torno a la necesidad de que las estrategias de intervención no reproduzcan acciones de control y, en consecuencia, de vulneración hacia quienes buscan incluirse en la comunidad.

Ante eso, la profesión de Trabajo Social, que tiene la facilidad de observar cómo los fenómenos sociales impactan a las personas, tiene la oportunidad de integrarse en la realización de estrategias para el abordaje de la Salud Mental, que incluyan la noción de que no es posible el cambio en la conducta si no se solucionan las dificultades del ambiente o contexto que dificultan su mejoramiento. Si bien, pretender cambiar todo un sistema socioeconómico es utópico para fines de esta investigación, se cree que es posible partir por pequeñas acciones que permitan facilitar la superación del estigma, por ejemplo, generando estrategias de promoción ligadas a la coeducación en temas de Salud Mental. Se debe recordar que toda intervención social debe estar acorde al contexto en que se genera la acción, por lo tanto, Trabajo Social debiese realizar una correcta lectura de lo que acontece a la situación de estigma que se pretende superar, así las estrategias debieran estar orientadas a comprender que los problemas que aquejan al individuo no son efecto de acciones que haya podido realizar, sino de una seguidilla de condiciones del ambiente que no facilitan su recuperación. Entendiendo aquello, las intervenciones no debiesen estar sesgadas en lo normativo, ni menos

reproducir lógicas de supervisión que poco permiten incluir a las personas en la comunidad de manera real y duradera.

Orientación 6: Entender al sujeto como un ser relacional, en constante relación con los sistemas sociales

El marco teórico incorporó como referencia “El modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner” (1979) con el fin de incluir la noción de totalidad en el abordaje de la Salud Mental, cuyo fenómeno se compone de múltiples variables que se interrelacionan y provocan situaciones que pueden o no variar en el. En este caso, los sujetos se interrelacionan e interaccionan con los cuatro sistemas sociales que menciona el autor (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) durante este intercambio de estímulos el sujeto enfrenta algunos problemas que son propios de las condiciones del ambiente, los cuales la profesión de Trabajo Social debe entender e intervenir, comprendiendo al sujeto como un ser relacional en constante interacción.

Por lo tanto, el abordaje del fenómeno de la Salud Mental desde Trabajo Social, no puede darse si no se entiende que los seres humanos son parte de un sistema de relaciones, de múltiples variables y estímulos presentes que inciden positiva o negativamente. Así, en las intervenciones en Salud Mental los individuos no pueden ser aislados de los sistemas que los rodean, tal como solía hacerlo la institución psiquiátrica, precisamente porque al estar en constante relación con ellos, se necesita comprender qué sucede en cada uno y como estos favorecen o dificultan los procesos de recuperación e inclusión en la comunidad. Por lo tanto, el abordaje de las enfermedades no puede tener explicación única en lo médico, sino que debe incluirse la influencia que tiene el entorno y los agentes externos que condicionan un padecimiento mental.

Dicho esto, y tomando en cuenta que los fenómenos sociales son multicausales y en ellos influyen todas las esferas del sistema, se considera pertinente abordar el estudio y abordaje de la Salud Mental desde la esfera relacional y de la interacción de las personas con el entorno, precisamente porque es allí donde se relacionan los individuos y la mejora del entorno social del sujeto es crucial para su inclusión en la comunidad y entorno.

Orientación 7: Validar y potenciar las herramientas propias del quehacer profesional

En los roles que se deberían incorporar o potenciar a la profesión del Trabajo Social dentro de la Salud Mental en los servicios de atención tales como primaria, secundaria y terciaria, como innovación en las prácticas que debieran ser aplicadas para este

campo, como es revisado en el marco referencial, hay ciertos servicios de atención que tratan de incluir más fuertemente a la disciplina definiendo roles profesionales más específicos como en los hospitales de día. Sin embargo, se considera pertinente potenciar ciertas funciones para el rol profesional.

Intervención en crisis: En el Trabajo Social, dentro de los diferentes modelos de intervención, se encuentra el modelo de intervención en crisis, “La adaptación de dicha teoría al Trabajo Social se debe a que la práctica de los trabajadores sociales se desenvuelve en permanente contacto con personas en estado de crisis” (Viscarret, 2007, pág. 312). Es por esto que potenciar este tipo de intervenciones en el campo de la Salud Mental podría resultar provechosas en especial porque en esta área las personas suelen tener crisis en las que necesitan de asistencia profesional para recibir apoyo en puntos de inflexión por el que estén pasando y en un tiempo determinado. La intervención en crisis debería potenciarse, ya que es uno de los mejores campos de intervención donde podría ser aplicado de manera eficaz a las personas que sufren de enfermedades mentales.

Visita Domiciliaria Integral Especializada: Sabemos que las visitas domiciliarias es uno de los principales recursos de la profesión del Trabajo Social, sin embargo, deberían adaptarse según el contexto en el que se realicen, en este caso en el campo de la Salud Mental que se trata de personas que padecen enfermedades mentales y que pudiesen presentar crisis y/o trastornos es importante realizar una visita domiciliaria y que sean integrales mediante acciones que promuevan desde diversas aristas la atención para que esta se más oportuna en un proceso de integración con el medio. La visita domiciliaria integral debe buscar conocer la realidad social del individuo y su entorno social para establecer una integración del grupo familiar y entorno en el que se vinculen, las visitas domiciliarias si bien cumplen similares funciones según las instituciones, programas o niveles de atención, es relevante que sean especializadas según el campo de la problemática que se enfrente, es por eso que en este caso deben especializarse en enfermedades o trastornos mentales, según el padecimiento y la etapa en la que estos se encuentren para hacer más efectiva la visita, para abarcar en su totalidad y en especial en una materia determinada según lo que el sujeto padezca. Es por esto que la visita domiciliaria integral especializada debería integrar todos estos elementos, los que deberían implementarse en todos los niveles de atención, ya que es una actividad propia de la profesión del Trabajo Social.

Efectuar diagnóstico y evaluación social, del sujeto, su grupo familiar y su entorno social: El diagnóstico para la profesión del Trabajo Social, es un proceso de esquematizar y abordar alguna necesidad social, que busca evaluar un panorama global,

para lograr un óptimo diagnóstico y que este influya en los procesos posteriores es vital que el diagnóstico esté bien realizado, en donde se logra identificar las principales problemáticas para luego realizar intervenciones con resultados óptimos, para esto mirado desde los “Modelos de Trabajo Social” el Trabajo Social Individual y Familiar, aporta que se deben identificar la o las causas de problemas para el sujeto, cómo se vincula con su grupo familiar generando estrategias de intervención compartidas, y en el entorno social que los rodea para identificar los factores causales que pudiesen influir en sus procesos, formando un panorama de cómo funciona sus redes sociales de apoyo y el mismo individuo se desenvuelve dentro de su contexto. Por esto deben contemplarse todos los elementos influyentes en la realidad del sujeto.

Promover la participación activa del sujeto y entorno en el proceso de rehabilitación: La disciplina trata de involucrar a las personas sin distinción para enfrentar sus problemáticas y mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas, el promover la participación del sujeto y su entorno dentro de su propio proceso de rehabilitación de manera activa, haciéndose parte de la toma de decisiones y determinaciones en su tratamiento, vincularlos con su entorno, que puede ser el familiar, territorial o lo que cada sujeto considere como entorno social, forme parte a la hora de decidir, fomentando un trabajo colaborativo tanto propio como familiar, grupal, el entorno en la participación y desenvolvimiento social del sujeto en su rehabilitación, usando la promoción con el objetivo de generar activamente el rol activo participante del sujeto y su entorno social como herramienta para abordar mejor el proceso de rehabilitación. En los “Modelos de Trabajo Social” el Trabajo Social grupal, plantea un elemento interesante en la participación activa grupal, ya que aborda las atenciones compartidas de una misma problemática, en confianza, en donde la profesión articula un rol integrador en las partes del grupo, apoyando las instancias que se viven dentro de estos espacios, lo que beneficia a los sujetos en su tratamiento.

Orientación 8: Rescatar los recursos presentes en las personas y potenciar su rol activo en la solución de los problemas de Salud Mental

El material bibliográfico, hasta ahora expuesto, especialmente el apartado sobre la experiencia de Río Negro, permite evidenciar según nuestro estudio, que en general, las instituciones y entes encargados de redactar políticas públicas, no logran reconocer ni leer correctamente lo que las personas necesitan. De ese modo, se considera necesario que Trabajo Social indague en aquello que está oculto, que vea más allá de lo superficial y vele por la práctica de la escucha activa hacia las personas, atendiendo a las añoranzas y sentimientos que expresa el sujeto que en reiteradas ocasiones es tomado en cuenta. La profesión de Trabajo Social, gracias a su capacidad de indagar en lo que realmente concierne a las personas, puede influir activamente en la toma de

decisiones gubernamentales y que estas incluyan sin distinción aquello que necesita y exige la población. No se debe olvidar que la profesión adquiere un compromiso ético con la defensa de los derechos humanos. En resumen, ante la invisibilización de lo que demandan las personas que padecen una enfermedad mental, es menester del Trabajo Social tomar parte activa en inclusión de sus necesidades para el abordaje de la intervención social.

Orientación 9: Necesidad de entender al sujeto como un ser afectivo. (Rio negro)

La experiencia de *Rio negro* permitió entender la Salud Mental desde una visión crítica en cuanto a las estrategias para abordarla, especialmente en torno a los modos de referirse a las personas y el trato que se tiene con ellas. Sampayo (2005) quien relata la experiencia de desmanicomialización, menciona que “El afecto, es un elemento clave al momento de entablar un vínculo interpersonal siendo conductor de toda posibilidad de recuperación”. En ese caso, la profesión de Trabajo Social puede cambiar los modos de referirse a las personas, partiendo primero por entender que antes de la enfermedad existe un sujeto, con historicidad, sentimiento y aspiraciones. En ese sentido, no se puede reducir a las personas en una enfermedad, ya que eso significaría obviar la esencia de estas y transformar el abordaje de su dificultad en términos simplistas y técnicos. Dicho esto, la profesión pudiese incluir como estrategia el reconocimiento de las personas como seres emotivos, que necesitan sentirse queridos y tomados en cuenta, dado que ya no basta con solo intervenir aspectos situacionales, sino que como dice Carballeda (2012) “La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece”. Así, es necesario integrar figuras representativas e incluirlas en el proceso de integración y superación de la enfermedad, de la misma forma, Trabajo Social debe tener un trato amable y afectivo ante las personas a fin de que no se sientan como meros usuarios sin sentido más que superar una enfermedad.

Orientación 10: Para abordar la Salud Mental, hay que desprejuciarse y despojarse de los juicios de *anormalidad* y *locura*

Dado que el lenguaje construye realidades, es necesario abandonar conceptos estigmatizantes y prejuiciosos que se abordaron en el marco de referencia con los autores referidos en el marco de referencia, como lo son Goffman en su texto *Estigma* (1963) y Foucault en su libro *Enfermedad mental y personalidad* (1982) libros en los cuales se habla en las formas en cómo la sociedad se refiere a personas que padecen alguna enfermedad mental, desde una mirada discriminadora y poco empática. Por lo tanto, si nos referimos a el quehacer de los profesionales de Trabajo Social es que se debería mantener un trato respetuoso y afable con las personas, sin olvidar que sus acciones generan impacto en los individuos. A sabiendas de tal situación, se puede

decir que existe en el lenguaje colectivo una forma de referirse al “loco”, por lo tanto, el Trabajo Social, puede generar una alternativa socioeducativa hacia la comunidad, bajo el fundamento que el cambio de conducta en el ámbito microsocioal, puede generar un impacto en la esfera macrosocioal.

Lo escrito anteriormente, deja ver que inherentemente la fragmentación social y estigmatización permanente genera en las personas una configuración de subjetividades, es decir, el sujeto se convence de pertenecer a un grupo estigmatizado y a la vez, se aísla del ambiente. En ese sentido, el rol del Trabajo Social debe encaminarse desde la vereda de lo socioeducativo, mediante la elaboración de estrategias y herramientas que permitan deconstrucción nociones que tengan las personas de sí mismas y encaminarse hacia el lugar del amor propio y la confianza en sí mismos, entendiendo que por más que se padezcan una situación que afecte la Salud Mental, las personas son sujetos de derechos y tienen múltiples oportunidades que deben ser vistas y escuchadas desde el respeto y la conciencia de generar cambios dentro de nuestro actuar como individuos.

Orientación 11: Hay que entender la Salud mental desde una perspectiva integral

Dentro del análisis de esta investigación, se han encontrado elementos muy interesantes, los cuales han servido como herramientas durante el proceso de la creación de orientaciones, uno de estos elementos es el profundo análisis que realiza la autora Claudia Bang, en su texto “Hacia una mirada integral en promoción de salud mental comunitaria” (2014) en donde menciona la importancia de desarrollar una estrategia de promoción de Salud Mental comunitaria, abriendo espacios a la comunidad en eventos participativos, desarrollando su creatividad y entregándoles espacios, con el fin de hacer más llevadero su proceso de rehabilitación y/o tratamiento de su padecimiento. Además de integrar a las prácticas comunes de Salud Mental desde una perspectiva integral, en donde varios profesionales logren entregar un servicio completo para el sujeto, aprovechando todas las oportunidades que se presentan al momento de entregarles ayuda, aquí es donde es relevante mencionar la tarea y propósito que tiene el Trabajo Social dentro de estos procesos creativos, en donde se identifique al sujeto como un ser individual, comprendiendo que tiene necesidades únicas y procesos diferentes, como bien se menciona en la orientación N° 1 mencionada anteriormente, que el profesional de Trabajo Social, debe entregar estrategias multifactoriales para abordar la problemática de Salud Mental, construyendo vínculos comunitarios solidarios entre los sujetos y su entorno, con prácticas orientadas desde un enfoque de derechos. La creatividad y los aportes valiosos que podría implementar el Trabajo Social dentro de estos procesos de

desarrollo y técnicas participativas en promoción al cuidado y Salud Mental de la comunidad.

Orientación 12: Mayor integración en prevención y promoción en Salud Mental

Según el autor Gómez (2017) considera que el uso de fármacos no es la única opción para enfrentar los problemas mentales, para no inhabilitarlos de sus posibilidades y condiciones como individuos. La prevención y promoción sería la mejor opción para potenciar sus posibilidades y mejorar su calidad de vida, y así lograr una simplificación en los factores de riesgo y protección, para tener un mayor control en su propia Salud Mental. Modificar los factores de riesgo en materia de prevención podría transformarse en una gran forma de conocer y reconocer ciertas problemáticas vinculadas a la Salud Mental con el objetivo de poder eludir ciertas situaciones que son provocadas por factores que afectan a la población. En cuanto a la promoción, hacen falta programas que se hagan cargo de Salud Mental, la promoción se encarga de impulsar el bienestar mental, buscando oportunidades para incentivar mejoras en la calidad de vida de las personas, vale decir que sería fundamental que la profesión del Trabajo Social, pudiera cumplir un rol fundamental en la prevención y promoción para la reducción de problemáticas mentales. Es necesario que se aporte desde múltiples aristas en el desarrollo del equilibrio de ambas. Si bien la prevención y promoción son indispensables en múltiples áreas, incluyendo una amplitud de rangos etarios, y en especialización según la problemática que se presente, especialmente en Salud Mental que influye y afecta en el desarrollo humano de las personas, la profesión del Trabajo Social, debería potenciar ambas acciones debido a que la disciplina se encuentra en relación directa con fenómenos sociales que afectan a las personas, pudiendo usar, herramientas y técnica propias, para hacerse parte de un proceso de intervención, generando cambios con prácticas que aporten en la transformación multifactorial en la vida de las personas.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES FINALES

Durante el desarrollo de esta investigación se ha dejado ver que las dificultades de la Salud Mental no estaban siendo tan abordadas por las estrategias gubernamentales, la prevención y tratamiento, por lo que no se han logrado percibir las necesidades reales de las personas y comunidades, al contrario, ha perpetuado un ambiente de control desde las instituciones y de superación de afecciones mentales netamente en favor de integrarlos desde lo normativo, desde una sociedad que paradójicamente tiende a enfermar a la población con los agobiantes estilos de vida, pero poco permite al esparcimiento y al desarrollo de una Salud Mental óptima en donde los/as ciudadanos/as puedan crecer.

Los problemas identificados en Salud Mental, que se han establecido como: nudos críticos de la atención de los servicios de Salud pública y mental; enfermedades de prevalencia en Chile y la limitación de Trabajo Social generaron la necesidad de crear orientaciones para el abordaje de la Salud Mental desde la profesión de Trabajo social, todo ello considerando que la disciplina no ha logrado integrarse ni tener un rol preponderante en la toma de decisiones como efecto de la hegemonía médica en los tratamientos y la limitación de investigaciones de carácter social en el área. Además, la invisibilización de los sujetos, la vulneración de derechos por la carencia de una cultura de respeto y la falta de estrategias integrales en Salud Mental, han provocado la necesidad de que la profesión no haga oído sordo a las urgencias de los fenómenos sociales emergentes.

Las recomendaciones internacionales, nos llevan a mirar las experiencias exitosas que han tenido otros países

4.1 Resolución de objetivos

Durante este proceso, se ha propuesto responder a distintas interrogantes del material entregado en la investigación, la cual tuvo por objetivo principal “Entregar Orientaciones que permitan guiar el actuar de Trabajo Social en el área de la Salud Mental en Chile”. En primera instancia, se comienza por evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos en la presente investigación, los cuales, debido al trayecto de esta, pueden haber tenido variaciones favorables o desfavorables para el desarrollo de la presente monografía. Independiente del resultado, se cree que todo aporte, reflexión y/o errores realizados, son de gran ayuda ante los nuevos fenómenos sociales que se presentan, en este caso, de la Salud Mental. Por lo tanto, se evaluará como se mencionó anteriormente, si es que estos objetivos contribuyeron o no al cumplimiento del objetivo general.

Objetivo 1: “Identificar los principales problemas existentes en Salud Mental en el contexto de Chile”

El resultado de este capítulo fue posible gracias al análisis de los antecedentes en torno a la Salud Mental, como lo son las conceptualizaciones, enfermedades de prevalencia, insuficiencias de recursos y nudos críticos de la atención, lo cual permitió establecer que el panorama de la Salud Mental actual en Chile resulta crítico y con multiplicidades de necesidades por resolver.

En torno a las definiciones descritas sobre el fenómeno, fue posible conocer que la manera en que se explicitan tiene que ver directamente con las perspectivas metodológicas y teóricas como efecto de los distintos procesos históricos, evolutivos y conceptuales desde donde se escriban, sin embargo, la multiplicidad de análisis y visiones del concepto, no significa que el problema a investigar esté completamente resuelto desde las distintas aristas que se encontraron al momento de conocer el abordaje del problema de Salud Mental en Chile.

Este punto fue relevante para conocer la historicidad de los problemas y cómo las dificultades de la Salud Mental se han ido entendiendo a través de los años, incorporando también aquí la visión y análisis desde Trabajo Social, profesión que contribuyó la incorporación del entendimiento social del campo, que en muchas ocasiones se vio como algo netamente *clínico*, un concepto que esta investigación no tomo como referencia, ya que su alusión no permite comprender la perspectiva social que se espera generar y en la práctica, no encapsula toda la esencia de la profesión de Trabajo Social.

El capítulo I logra recabar las principales fuentes de información para responder al objetivo, permitiendo identificar el panorama actual de la Salud Mental en Chile y con ello, los principales problemas existentes en Salud Mental en Chile (aspecto que se logra desarrollar y analizar en el capítulo III) los cuales no solo fueron abordados desde la temática de Salud, sino que se vieron dentro de la mirada social y en específico para la profesión de Trabajo Social, que ve afectado al individuo desde sus múltiples realidades y contextos que hicieron que aquél sufriera trastornos o enfermedades involucrando al modelo social en el cual se vive y exige un modo y pensamiento de vida que va más allá de lo que muchas veces se puede entregar y responder, cuando quizás ya no somos capaces como individuos de entregar todo aquello que la sociedad nos pide, por lo que enfermarnos no parece ser algo lejano, sobre todo cuando el gasto público en el área de Salud Mental no es de gran relevancia e interés en Chile.

Finalmente, diremos que se resolvió el objetivo 1, dado que fue posible identificar el panorama actual de la Salud Mental en Chile, tomando los aspectos que son relevantes

para fines de este estudio. Sabemos que el panorama puede contener un sinnúmero más de explicaciones, por ende, incentivamos a futuros/as investigadores/as a considerarlo y realizar estudios más profundos en el tema incorporando la perspectiva de los interlocutores que trabajan en el área, acción que no fue posible de realizar en esta investigación, precisamente por el contexto de sociopandemia.

Objetivo 2:” Identificar las respuestas de Trabajo Social, frente a la situación de Salud Mental en Chile”

Según lo que se ha mencionado con anterioridad, Trabajo Social se ha incorporado e intervenido en aquel campo de investigación, demostrando que si bien han existido bastantes respuestas, estas parecen no ser suficientes aún o bien las acciones que ocurren día a día en instituciones desplegadas para la atención de la Salud Mental no son masificadas y la comunidad de Trabajo Social no logra enterarse de las reflexiones que seguramente suceden en la práctica y que son dignas de rescatar y difundir. En consecuencia, esta dificultad generó y motivó a que como alumnas produjéramos orientaciones relacionadas a un nuevo quehacer y visibilizarían del sujeto, entendiéndolo como un ente relacional, con derechos, autonomía y respeto hacia aquello que en reiteradas ocasiones, en lo que respecta a la Salud Mental, este se inhabilita, aísla, discrimina y abandona desde el mismo sistema y sociedad que parece no está inculcada y educada con los problemas que no suelen ser menores, como lo es la Salud Mental y sus diversas enfermedades. Por lo tanto, entender la Salud Mental desde el Trabajo Social en esta área fue de suma importancia, ya que se ha querido involucrar desde una mirada reparadora desde el contexto, la comunidad y su historicidad, pero ante aquello, se necesita dar otro enfoque de intervención a la profesión, donde el actuar debe ser involucrarse y hacerse parte activamente en la toma de decisiones, precisamente porque los profesionales son quienes conocen en profundidad lo que conlleva la intervención social en el área de la Salud Mental, de allí entonces nace la necesidad de tales experiencias sean masificadas a fin de expandir el espectro de análisis.

En conclusión, el capítulo I permitió identificar las respuestas que la profesión ha dado, ante el fenómeno de la Salud Mental, la cual ha presentado avances y una vasta conceptualización reflexiva en torno al abordaje de este, permitiendo generar espacios reflexivos y críticos respecto a cómo la profesión se posiciona frente al tema. Sin embargo, como efecto de esta investigación monográfica que sustentó sus argumentos en documentos bibliográficos, demostró que Trabajo Social presenta carencia de sistematizaciones de experiencias y material científico que permita conocer cómo se desarrolla esta problemática *in situ*, lo cual imposibilita la reflexión en torno a lo que los profesionales hacen y perciben de los procesos de atención e intervención,

imposibilitando la creación de metodología innovadora que se pueda expandir en favor de generar estrategias pertinentes y situadas respecto al abordaje de la Salud Mental en Chile.

Objetivo 3: “Extraer criterios mediante distintas fuentes de análisis que permitan la elaboración de orientaciones para Trabajo Social en el área de la Salud Mental”

Lo que se propuso en el objetivo 3 y último, fue considerar distintas fuentes de análisis para así guiarnos en la creación de orientaciones, lo cual es el eje fundamental de la elaboración de esta monografía, que por cierto dio pie a conocer las distintas aristas e instaurar nuevos pensamientos dentro del poco conocimiento que tuvimos al empezar a realizar nuestra investigación, por lo que leer experiencias exitosas de distintos países, conocer el quehacer del trabajador/a social en los diferentes centros y niveles de atención, averiguar sobre el panorama actual de Salud Mental en Chile y leer, alimentarnos e instaurarse dentro de pensamientos críticos-analíticos de autores relacionados al tema y al quehacer de la profesión.

Lo anterior, permitió darnos cuenta que si bien existen programas, atenciones y funciones óptimas de Trabajo Social en Salud Mental, estos temas aún pueden ser más indagados y en definitiva, llevar a una mejora para quienes quieran instaurarse como profesionales en el área de Salud Mental.

En otras palabras, la narrativa de la enfermedad se constituye como una forma de acceso al mundo de ese otro sobre el que se ejerce la intervención social en la práctica cotidiana. De allí, la importancia de ésta como vía de entrada al conocimiento profundo del proceso salud enfermedad. (Carballeda, 2012, pág. 42)

Además, creemos con mayor convicción a través de los conocimientos adquiridos, que entender al sujeto como un ser activo dentro de la sociedad y de sus problemas, permite dotar de sentido su realidad, dado que son ellos/as quienes conocen realmente el problema que viven, en ese sentido, conocer en profundidad la realidad permite generar estrategias acordes y coherentes a la realidad que se nos plantea.

El desarrollo de esta monografía y las fuentes de análisis incorporadas, nos permitieron conocer el fenómeno desde diferentes perspectivas, que en definitiva, posibilitó conocer qué elementos se deben potenciar y cuales hace falta incorporar a la disciplina de Trabajo Social para un adecuado abordaje de la Salud Mental. Fue gracias a la experiencia internacional, autores/as, roles y/o funciones, modelos de Trabajo Social y

el panorama de la Salud Mental, que nos dimos cuenta que es necesario incorporar constantemente la visión de agentes externos, lo cual sin duda posibilita abrir el espectro e incorporar visiones innovadoras ante los fenómenos sociales. Dicho esto, podemos decir que nunca se debe dejar de estudiar y considerar nuevas fuentes de análisis para mejorar y contribuir al ejercicio profesional.

Para finalizar, podemos decir que, los objetivos específicos se lograron completar satisfactoriamente, sin embargo, creemos que estos pueden desarrollarse con mayor profundidad si se realiza una investigación de campo, dado que, en definitiva, la experiencia suele entregar mayor conocimiento que la misma teoría, dando pie para seguir realizando investigaciones en el área y formular orientaciones en la materia desde la experiencia con los/as interlocutores/as.

4.2 Criterios a considerar para la política pública actual

A lo largo de esta investigación, se identificaron diversos problemas, los cuales no dejan avanzar hacia una óptima Salud Mental para la comunidad, el principal problema encontrado fue la falta de políticas públicas existentes en esta área, si bien en Chile, existen distintos acuerdos legales, los que resguardan los derechos y cuidados de las personas, no han sido suficiente según lo que demuestra el actuar de las prácticas ejercidas por los profesionales.

Chile es uno de los pocos países del mundo que no cuenta con una legislación específica en Salud Mental, por esta razón, se considera necesario impulsar la creación de una Ley de Salud Mental en el país, la cual busque establecer estándares de atención mínimos que debieran tener cualquier ciudadano/a al momento de acceder a los servicios de salud públicos, además contar con personal interdisciplinario y capacitado para trabajar en Salud Mental.

El hecho de que se apruebe un proyecto de Ley de Salud Mental, es un avance bastante positivo, y mejoraría la calidad de vida, teniendo en cuenta que los efectos que provoca en las personas esta carencia puede ser muy significativos, creemos que dentro de la incorporación legislativa en Salud Mental, el aumento de los fondos de financiamiento que deben ser usados para Salud Mental y el destinar de buena manera los recursos estatales, podrían mejorar elementos que hemos mencionado durante esta investigación, como; programas, derechos del paciente, promoción y prevención, educación social, reinserción y cobertura de atención e incluir políticas públicas para enfrentar las condiciones, en definitiva que la Salud Mental comience a ser una prioridad nacional y se logre comprender su importancia. “La salud mental es un elemento primordial para disfrutar de calidad de vida, entendiendo este concepto como

las experiencias satisfactorias de vida personal, interpersonal y comunitaria, acorde al curso de vida, género y cultura en que viven las personas” (Ministerio de Salud, 2018, pág. 15).

Por lo mencionado anteriormente, se hace necesario continuar con una búsqueda y mejora incesante, tomando como ejemplo las propuestas y recomendaciones que se realizan en esta investigación y sugerencias que se hacen de distintas instituciones y organizaciones chilenas y extranjeras con respecto a Salud Mental, logrando encontrar un equilibrio y la altura de un fenómeno social tan complejo como lo es la Salud Mental.

4.3 Hacia nuevas investigaciones en el área de la Salud Mental y Trabajo Social

Con respecto a la profesión del Trabajo Social, si bien existen roles que son cumplidos, podemos concluir que para los años que lleva inserta la profesión no en todos los servicios de atención la profesión cumple funciones específicas, si bien hay instituciones o programas donde la disciplina cumplen roles relacionados, estas son deficientes en ciertos lugares en los que se integra.

Dentro de lo analizado y buscando estrategias concretas, se plantea una propuesta que podría ser pertinente para estudiar y desarrollar a futuro, damos pie para direccionar futuras investigaciones, con el objetivo de materializarse y considerar, por lo que se proponemos una:

Estrategia comunal de promoción de la Salud Mental que potencie la participación de la comunidad

El desarrollo de esta investigación ha permitido entender el fenómeno de la Salud Mental desde una arista distinta y alejada de los estudios convencionales que buscan respuestas únicamente en la esfera de lo médico y psiquiátrico.

La medicina en general reconoce que el contexto mundial y las grandes crisis financieras y sociales tienen un gran impacto en las personas, sin embargo, difieren sustancialmente en las explicaciones sobre su origen en los individuos (que para gran parte de la comunidad médica estarán asociadas a los desequilibrios neuronales). (Castro, 2019, pág. 4)

Dado que la profesión de Trabajo Social indaga en los fenómenos sociales que impactan en la vida de las personas y el desarrollo de estas, ha sido posible generar un debate en torno a las variables sociales que estarían influyendo en la Salud Mental de la población, esta, vista no solo como el padecimiento de una enfermedad, sino como

el desarrollo integral de las personas y el máximo bienestar posible que se pueda alcanzar. Así, mediante la resolución de objetivos ha sido posible definir la Salud Mental como un problema histórico y público, pues vincula la relación entre enfermedad mental con los problemas sociales, lo cual, visto desde una perspectiva ecológica y sistémica, hace necesario su estudio atendiendo a todos los estímulos que pueden intervenir en la Salud Mental, de manera positiva o negativa.

Si bien, la promesa final de esta investigación es generar un marco de orientaciones para la profesión, la indagación exhaustiva respecto al tema llevó a determinar que Trabajo Social ha intentado innumerables veces tener un rol activo en materia de Salud Mental, inclusive ha logrado estar en la redacción de políticas públicas, destacando en los documentos gubernamentales su rol específico en cada nivel de atención. Sin embargo, pese a los avances, se ha logrado identificar que las dificultades de integración, con un rol preponderante en la intervención social, no ha sido posible dado que las falencias provienen del sistema de Salud pública, de toda la red y su organización, no de la voluntad de Trabajo Social, cuya profesión ha desarrollado numerosos documentos científicos en torno a cómo debiese ser el manejo de la Salud Mental.

Haber utilizado como base teórica la teoría de sistemas y autores como Foucault, Goffman y Carballada, que hablan sobre estigma, marginalidad, vulneración y construcción social del concepto de la “*locura*”, posibilitaron que pudiesen entenderse las enfermedades psíquicas como consecuencia directa de la sociedad y el sistema socioeconómico en donde se desenvuelven las personas, la voluntad y capacidad de los entes gubernamentales de dar respuestas ante las afecciones cotidianas.

Por ende, no basta que una profesión intente intervenir y calmar algunos efectos de una sociedad enferma, agobiada y con múltiples dolencias, dado que cuando un/a trabajador/a debe maximizar su rendimiento en pos de mantener un trabajo agobiante, que poco tiempo deja al esparcimiento y que, en consecuencia, lo lleva a padecer un sufrimiento psíquico, no hay voluntad que valga la pena si se toma en cuenta que el mismo sistema que lo/a enfermó, le exige mantenerse en óptimas condiciones o en el peor de los casos, lo margina e imposibilita de cualquier alternativa.

Dicho esto, se hace necesario intervenir y calmar todas las variables presentes en los distintos subsistemas presentes en una comunidad, familia o sujeto. Para ello, la profesión de Trabajo Social tiene la oportunidad de internarse en los contextos y promover el desarrollo de comunidades sanas, en donde el desarrollo de una Salud Mental plena y el ejercicio de derechos sociales se materialicen en acciones concretas y perdurables.

Por lo tanto, el análisis realizado deja ver la necesidad de maximizar y extender el objetivo general que se planteó en esta investigación y, por ende, plantear una estrategia que permita potenciar el rol del Trabajo Social y materializar todas las oportunidades que tiene en el área de la Salud Mental. A continuación, se describe la propuesta de *Estrategia comunal de promoción de la Salud Mental en las comunidades*.

Mediante la lectura del Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) (política pública existente en el área) y los nudos críticos descritos en él, se ha identificado que en general, los servicios de Salud pública ponen el foco más en el tratamiento, que en la prevención. Por ende, es importante visibilizar al sujeto desde su entorno social, con el fin de generar una mayor comunicación e información sobre los problemas que trae consigo sufrir de alguna enfermedad mental dentro del país. Por lo tanto, parece ser de gran importancia instruir, enseñar y educar a familiares del sujeto y a la comunidad dentro de su entorno social, con el fin de crear una conciencia social desestigmatizadora de las enfermedades mentales, dándole una nueva perspectiva que abandone los prejuicios e incluye un modo diferente de percibir y abordarla.

Por lo tanto, se ha pensado en una propuesta para acercar a las comunidades de distintos barrios y comunas sobre la prevención, promoción, coeducación y participación relacionada al tema de Salud Mental y la importancia de no seguir invisibilizando este fenómeno. El objetivo de esta estrategia es potenciar la participación de la comunidad en los aspectos identificados como necesarios de abordar en cada contexto, teniendo en cuenta que cada comunidad tiene distintas normas, culturas, valores, recursos, etc. Por ende, el Trabajador/a social debiese ser el principal encargado/a de generar ese análisis del entorno del paciente y aportar desde cada localidad dando un matiz uniforme en los manuales sobre Salud Mental que se están gestando.

La implementación de esta estrategia se podría materializar dentro de un establecimiento en cada comuna con el fin de promover, informar, educar y acompañar a quienes quieran ser parte o quieran conocer más sobre la importancia del bienestar integral de la Salud Mental del ser humano. Lo dicho anteriormente se puede realizar a través de talleres, actividades, charlas, etc. Como es una iniciativa ligada a lo social, se promueve que las actividades estén a cargo de profesionales relacionados al área social, como lo es Trabajo Social.

¿Cuál podría ser el aporte de Trabajo Social en esta estrategia?

Como primera idea se piensa en una intervención con una mirada realista, actualizada, innovadora y ligada al contexto y época en el que vive la sociedad actual, por lo tanto, aquel aporte debiese estar adecuado a los momentos y contextos que van mutando a través de los años. ¿Por qué se cree que las propuestas de intervención en esta estrategia

deben ir cambiando? Porque la sociedad va cambiando y si no se avanza con la sociedad, no se avanza como profesión que entiende que los hechos sociales deben ser mirados desde distintas perspectivas y una mirada errónea de la realidad radicaría en intervenciones erradas y sesgadas.

El segundo aporte que se espera incorporar en esta estrategia es que se entienda que el Estado es uno de los máximos poderes legislativos, el cual establece normas, valores y principios que se han establecidos como los adecuados y correctos, pero ¿Por qué no innovar desde las mismas herramientas que tienen los entes gubernamentales? Ante aquella pregunta es que se pretende buscar nuevas llegadas y conexiones desde y para la gente, trabajando desde lo mi micro para impactar en lo macro, desde el sujeto y su entorno, y desde su entorno a la educación, promoción y participación en temas de Salud Mental, entendiendo que la falta de conocimiento ha llevado a vulnerar los derechos de las personas.

Por último, como tercer aporte desde la profesión, es que se hace pertinente nutrirse y llenarse de conocimiento constantemente para lograr mejores llegadas e intervenciones, por lo que es necesario siempre considerar experiencias exitosas de países, organizaciones, investigaciones similares, libros, etc. Por ende, se valora de sobremanera el inspirarse en prácticas innovadoras, que busquen la participación ciudadana en favor de cambiar la visión y realidad que se tiene sobre temas tabú, que en la práctica y según las cifras sobre enfermedades mentales, muchos/as ciudadanos/as las padecen y callan como efecto de un sistema que poco permite la explosión de las emociones.

Finalmente, se hace necesario generar desde la profesión de Trabajo Social, un ambiente de cohesión y conexión en lo que respecta a los fenómenos sociales de mayor urgencia. El comprender, aprender de nuevas realidades y masificar las ideas en todos los espacios posibles, podría generar que se adquiriera la conciencia social necesaria para cambiar nociones antiguas y estigmatizantes y encaminarse hacia la adaptación de una cultura que tiende a callar y suprimir aquello que históricamente se ha definido como vergonzoso, en este caso, padecer alguna condición de Salud Mental. La profesión de Trabajo Social debe ser parte de ese desafío, promover el cambio y la participación en cada esfera social posible, remover la conciencia y provocar mediante una reconceptualización, nuevos escenarios de intervención, a esta nueva sociedad en construcción.

Para concluir y según a la información bibliográfica recabada, dentro del aporte sustancial de este estudio, sería pertinente hacerse ciertas preguntas con el fin de que próximos investigadores logren realizar futuras respuestas para dichas interrogantes.

¿La falta de legislación y la insuficiencia de gasto público, estaría afectando la calidad de la Salud Mental?

¿Faltan programas especializados que se hagan cargo de la prevención y promoción en Salud Mental?

¿Faltan campos de acción específicos para la profesión del Trabajo Social en ciertas áreas de atención en el área de la Salud Mental Chilena?

¿Para la profesión del Trabajo Social fue una repercusión el golpe militar chileno del año 1973 para restringir ciertas prácticas y acciones profesionales para la evolución en su proceso en el campo de la Salud Mental?

Por qué un país neoliberal, como Chile, que necesita de sus ciudadanos/as para el desarrollo de este, no les proporciona el acceso expedito y de calidad a los servicios de salud que en consecuencia los mantienen sanos y en óptimas condiciones?

La falta de legislación de Salud Mental provoca una falta de regulación que pasa a llevar acuerdos los que, en definitiva, provoca limitaciones generales ya que no existen leyes que regulen, ni respalden los derechos ciudadanos, lo que se ve afectado en la calidad de vida de la población, en especial de aquellos que padecen de enfermedades mentales, todas las personas debería tener derecho de recibir una atención en Salud Mental digna, las que deben ser respetadas y protegidas en sus derechos y que no sean estigmatizadas y marginadas. Muchas de estas dificultades afectan a la profesión del Trabajo Social, debido a que limita el quehacer, ya que no se pueden resguardar a cabalidad los derechos ciudadanos, la satisfacción de las necesidades humanas, ni defender los derechos humanos y justicia social de las personas, lo que dificulta lo que espera y responde la disciplina.

Para finalizar, diremos que si bien el panorama de la Salud Mental es complejo y requiere múltiples intervenciones, la profesión de Trabajo Social no puede quedarse fuera de la producción científica, principalmente porque su abordaje acorde y pertinente al contexto, requiere de producción científica y sistematizaciones de experiencias de profesionales que trabajen el área. La innovación ante la crisis sin duda es una invitación al cambio y la profesión debe hacerse cargo y parte de aquello, sin olvidar su premisa fundante que es la promoción de los derechos humanos y la justicia social.

Bibliografía

- Antipán, I., & Reyes, D. (s.f.). *El Trabajo Social en la Salud Mental : ¿Un Trabajo Social Clínico?* . Temuco.
- Aylwin, N., & Solar, M. O. (2002). *Trabajo Social Familiar* . Santiago : Ediciones Universidad Católica de Chile .
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Scielo*.
- Barría, D. R. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional. *Revista perspectiva*, 161-199.
- Batista-Alentorn, A. C. (2001). La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Scielo*.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría General de los Sistemas* . México : Fondos de la Cultura económica .
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del Desarrollo Humano* . Barcelona : Ediciones Paidós .
- Cámara de Diputadas y Diputados. (09 de enero de 2017). *camara*. Obtenido de Comisión de Salud aprobó en general proyecto sobre protección de la salud mental:
https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmid=131291
- Carballeda, A. (2002). *Intervención en lo Social*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas . *Revista de Psiquiatría Argentina* , 38 - 45.
- Carballeira, E. (21 de Octubre de 2016). *El Trabajador Social en el ámbito de la salud mental*. Obtenido de Servicios Sociales: <https://www.aucal.edu/blog/servicios-sociales-comunidad/el-trabajador-social-en-el-ambito-de-la-salud-mental/>
- Carrazana, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Scielo*, 1-19.
- Castañeda, P., & Salamé, A. (2006). Trabajo Social chileno y dictadura militar. Memoria profesional predictatorial. Participación social en salud, período 1960 - 1973 . *Perspectivas*, 29 - 57 .
- Castro, A. (2019). *Salud Mental y Gubernamentalidad: Reflexiones en torno a la locura en Chile* . Santiago de Chile : Dossier.
- Cavalleri, M. (2014). La construcción de Problemas en Trabajo Social. La plata: Universidad Nacional de la Plata .
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social. (s.f.). *Delimitación del espacio profesional del Trabajo Social*. Centro Latinoamericano de Trabajo Social.
- Cohen, H., & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Rio Negro*. Buenos Aires: Lugar .
- Declaración Alma Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. (págs. 1-3). Organización Mundial de la Salud.
- Departamento de Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación. (2006). *Plan Director de Salud Mental y adicciones de Cataluña* . Barcelona.
- Donoso, M., & Saldías, P. (1998). *Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar*. Santiago.
- E.Hosman, & Jané-Llopis, C. (1999). *Retos políticos 2: Salud mental*. Bruselas: Unión Internacional para la promoción de salud y educación.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista Med Chile* , 1179-1186.

- Facultad de Ciencias Agropecuarias. (2006). *Pautas para formar una monografía*. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Federacion Internacional de Trabajadores Sociales. (2000). *La etica del Trabajo Social. Principios y Criterios*. Canada: Consejo General de Colegios Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. París : Gallimard.
- Foucault, M. (1982). *Enfermedad mental y personalidad* . Barcelona: PAIDÓS.
- Fraser, N. (2000). ¿De la redistribución al recononocimiento?. Dilemas de la justicia en la área poscolonialista. En J. Butler, & N. Fraser, *¿Redistribución o recononocimiento? Un debate entre Marxismo y Feminismo* . Madrid: Traficantes de Sueños .
- Germain, C., & Gitterman. (1986). *El enfoque del modelo de vida para la práctica del trabajo social*. Nueva York: The Free Press.
- Garcés, E. (2010). *El Trabajo social en Salud Mental. Cuadernos de Trabajo Social*, 333-352.
- García, F. (2002). La propuesta Biopsico/social de un ciudadano sano. *De Psicología*, 269-278.
- Goffman, E. (1963). *Estigma*. Madrid: Amorrortu.
- Goffman, E. (1972). *Internados*. Madrid: Amorrortu.
- Gómez, L. T. (2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social. *margen*, 1-8.
- Huaquiche, T., & Bastías, C. (2016). Trabajo social y práctica clínica individualizada-familiar en Salud Mental: una mira análitica y sociohistórica. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, 33 - 50.
- Instituto Psiquiatrico Dr José Horwitz Barak . (2020). *Psiaquiatrico* . Obtenido de <https://www.psiquiatrico.cl/index.php/unidades-clinicas>
- Lillo, N., & Roselló, E. (2001). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea.
- Martino, S., & Sepliansky, P. (2006). La crítica, un lugar epistémico para la intervención del Trabajo Social: Reflexiones a partir de un caso. *Revista Cátedra paralela*, 73-83.
- Matus, T. (2003). La Intervención Social como Gramática . *Revista de Trabajo Social* , 55-71.
- Matus, T. (2006). *Apuntes sobre intervención social*. 1-93.
- Matus, T. (2017). *EJERCICIOS DE PUNTO CIEGO. Desafíos de innovación y gestión de calidad en los procesos de intervención social*. Santiago.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena. *Psykhe*, 187 - 199.
- Meyohas, R. M. (2006). La invisibilidad del asistente social en la salud pública y en particular la salud mental nuestros aportes. *Revista Rumbos TS*, 98-114.
- Ministerio de Salud . (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile.
- Ministerio De Salud. (2013). *Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas, en personas menores de 20 años*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud- Organización Panamericana de la Salud . (2014). *"Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile"*. Santiago .
- Ministerio de Salud. (16 de octubre de 2015). *minsal* . Obtenido de Se establecen en Chile recomendaciones de Salud Mental para las Américas y el Caribe:

- <https://www.minsal.cl/chile-se-compromete-a-legislar-sobre-los-derechos-en-salud-mental/>
- Ministerio de Salud. (2017). *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio De Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago: Ministerio De Salud.
- Ministerio de Salud. (2017). *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud. (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (15 de mayo de 2019). *saludresponde*. Obtenido de Establecimientos de Salud: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/#:~:text=Centros%20Comunitario%20de%20Salud%20Mental,comuna%20en%20la%20cual%20funciona.>
- Ministerio de Salud. (s.f.). *minsal*. Obtenido de RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Chile.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para latinoamerica. *Saudé Colet*, 441- 447.
- Minoletti, A. (2015). Manual de Derechos de Salud Mental. Santiago
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrázabal, M., Díaz, R., . . . Chacón, S. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de la salud mental en Chile. *Revista Panamericana de la Salud Pública*.
- Molina, Á. J., & Radiszcz, E. (2012). Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social. *CIPER*.
- Molina, R. (2006). La invisibilidad del Asistente Social en la salud pública y en particular la Salud Mental nuestros aportes. *Facso*, 98-114.
- Muñoz, G. (2016). El lugar de enunciación y estrategias de intervención social: nudos críticos en el abordaje integral de fenómenos sociales complejos.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Proyecto de plan de acción integral sobre Salud Mental 2013-2020. *Asamblea Mundial de la Salud; 2013*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Actas de la Conferencia Regional de Salud Mental. *Conferencia Regional de la Salud Mental. Logros y desafíos 25 años después de la Declaración de Caracas*. Santiago de Chile: Ministerio del Desarrollo.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *who*. Obtenido de Salud mental: https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. *Declaración de Caracas* (págs. 1-5). Caracas: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile*. Santiago.

- Organización Panamericana de la Salud . (2015). *Conferencia Regional de Salud Mental - Santiago de Chile 13-15 Octubre 2015*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11304:regional-conference-on-mental-health-santiago-de-chile-13-15-october-2015&Itemid=0&lang=es
- Pérez, C. (2015). *Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM.
- Pérez, S. R., & Bustamante, P. M. (s.f.). Promoción de Salud y Trabajo Social: La experiencia de la Comisión Mixta Salud- Educación del CESFAM Dr. Steeger de Cerro Navia. *Cuaderno de Trabajo Social*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). *Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*. Santiago: Informe sobre desarrollo humano.
- Quiroz, M. (2004). *Apuntes para una historia del Trabajo Social en Chile*. Ciudad de México.
- Red Ex-alumnos Trabajo Social. (marzo de 2014). *Código de ética para Trabajadores Sociales de Chile*. Obtenido de Red Ex-alumnos Trabajo Social: <https://exalumnostrabajosocialucsc.wordpress.com/2015/04/19/codigo-de-etica-para-trabajadores-sociales-de-chile-marzo-2014/>
- Retamal, P. (26 de Septiembre de 2018). Académico reeditó e-book gratuito para todo público sobre la enfermedad bipolar. (E. Barrientos, Entrevistador)
- Reyes, D. (2011). Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar chileno: propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar. *Congreso Nacional de Estudiantes en Trabajo Social de la Universidad de Concepción*. Chile.
- Reyes, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: Una historia en construcción y un comentario profesional. *Revista perspectiva*, 161-199.
- Rozas, E. (2011). Trabajo Social en Salud Mental: Intervención con Familia Multifuncional Problemáticas. Universidad Academia De Humanismo Cristiano.
- Sampayo, A. d. (2005). *La desmanicomialización com o práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. De la Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Sistema Político de Chile. (1980). Constitución., (págs. 1-127). Santiago.
- Solar, M. (1978). Retorno al Trabajo Social individualizado. *Revista de Trabajo Social*, 4 - 7 .
- Trullenque, E. G. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. Zaragoza.
- Universidad Católica . (12 de Agosto de 2019). *Salud mental en Chile: una de cada cinco personas ha tenido una enfermedad mental durante el último año*. Obtenido de Pontificie Univerdidad Católica de Chile: <https://medicina.uc.cl/noticias/salud-mental-en-chile-desafios-y-prioridades/>
- Viscarret, J. (2007). Modelos de Intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial.