Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2024

Lógicas de poder-saber institucional en intervenciones sociales : un estudio de caso en el Hospital Intercultural Makewe

Dominguez, Lea Rut

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/847

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

“Lógicas de poder-saber institucional en intervenciones sociales. Un estudio de caso en el Hospital Intercultural Makewe.”

Directora de Tesis: Dra. Andrea Dupuy

Co-directora de Tesis: Dra. Alicia Rain Rain

Autora: Lea Rut Dominguez

Año: 2024

INDICE

Portada…….1

Indice……...2

Agradecimientos……..4

Introducción…….5

Fundamentación y antecedentes……..9

Parte 1: Aspectos Metodológicos……..……..11

-definición del problema……12

-objetivos……12

-hipótesis……..12

Parte 2: Aspectos Teóricos……...15

-1. Trabajo Social…….16

1.1 definición……16

1.2 intervenciones y pueblo mapuche...……17

-2. Institución como socializadora y reproductora del poder-saber……..18

2.1 Hospital Intercultural Makewe: historia y actualidad…….19

2.2 modelos en el campo de la salud…….20

2.3 campo de salud mental……23

-3. El impacto de la colonialidad……...25

-4. Interculturalidad……...28

Parte 3: Análisis…….30

-3.1. Trabajo de campo……..33

-3.2. Análisis e interpretación de

entrevista……..43

A modo de conclusión……...51

Propuesta: descolonizar la intervención en Salud Mental....….....……..……...54

Bibliografía……56

Anexo 1: cuaderno de campo……60

Anexo 2: Entrevista a Trabajadora Social……..65

Agradecimientos:

"...de nada sirve la voluntad y la obstinación

sin el apoyo y el acompañamiento de otras personas."

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme este regalo de estudiar una carrera universitaria y terminarla (cosa no menor).

Le agradezco a mi afkazi, mi compañero, mi esposo, por su paciencia, por alentarme, apoyarme, recordarme cada día: "tú puedes, eres la más inteligente, eres seca en todo lo que haces, eres muy capaz". Gracias por comprender mis procesos y saberme esperar.

A mis hermanos, por su apoyo y aliento aún a la distancia, por su amor incondicional y por no presionarme pero sí animarme: gracias.

A toda mi familia allá, en mi hermosa Argentina: gracias.

A mi familia acá, en Chile, mi nuevo hogar: gracias.

A mis amigas y amigos, sin ustedes no hubiera sido posible sobrellevar la facultad. Gracias.

Un agradecimiento especial a mi directora de tesis Andrea y mi co-directora Alicia por acompañarme, corregirme, guiarme en este proceso, leerme una y mil veces. Muchas gracias por animarme.

Gracias a la Universidad Nacional de Mar del Plata por permitirme transcurrir tantos años ahí, en sus pasillos, salones, subiendo y bajando escaleras, tomando tantos mates compartidos dentro y fuera de ella. Qué orgullo me da haber estudiado en la Universidad pública, gratuita y de calidad.

Y en último lugar, pero no por eso menos importante, gracias a mi mamá por dejarme mis estudios como "su única herencia", gracias por impulsarme a estudiar una carrera que amo y me apasiona. Gracias por tus abrazos cuando los resultados no eran los esperados y decirme que la próxima iba a ir mejor. No me alcanzan las palabras para agradecerte mamá. Esto también es tuyo.

¡Sí se puede! ¡Lo logramos!

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue generada en el marco de la escritura de tesis para la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La inquietud por su temática surgió hace algunos años, en el transcurso de mi carrera universitaria y se entrelaza con mi vida personal y futura vida profesional.

La temática que se abordará aquí será el impacto de las lógicas de poder-saber institucionales en las intervenciones de lxs Trabajadores Sociales, específicamente en el programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe. La pregunta central de investigación de la tesis es: ¿Cómo impactan las lógicas hegemónicas de poder-saber institucionales en el quehacer de lxs Trabajadorxs Sociales? Y el objetivo general de la investigación es: Reflexionar sobre las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales en las instituciones que reproducen los dispositivos de poder- saber hegemónicos, correlato de la colonialidad del poder-saber vigente aún en nuestros territorios.

Es importante mencionar que el pueblo Mapuche es una nación pre-existente en Chile y que según las estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile provenientes del censo realizado en el año 2002, el pueblo Mapuche representa el 87,3 % del total de la población indígena del país, siendo así el más numero en la actualidad (Instituto Nacional de Estadísticas, 2002).

Para realizar dicha investigación, realicé una inserción en el mencionado Hospital durante el año 2021, que se ubica en una zona rural de la Región de La Araucanía en Chile -lugar donde resido actualmente-, lo cual me permitió obtener material de trabajo de campo sumamente importante y valioso.

Cabe aclarar que el contexto en que se realizó la investigación fue mientras se atravesaba una pandemia por COVID a nivel mundial impactando ésta en todas las áreas de la vida de las personas, dentro y fuera del Hospital.

La investigación consta de tres partes fundamentales que dirigieron su proceso: los aspectos metodológicos en donde se encuentran la definición del problema, los objetivos y la hipótesis; los aspectos teóricos compuestos por categorías como Trabajo Social, Institución como socializadora y reproductora de poder-saber, el impacto de la colonialidad e interculturalidad; y como cierre el análisis del trabajo de campo y de la entrevista realizada a la Trabajadora Social del programa de Salud Mental.

Cerramos este proceso con nuestra propuesta, respecto a una interpelación y reflexión sobre la posibilidad de descolonizar las intervenciones en Salud Mental, temática de suma relevancia en estos tiempos y que traspasa las fronteras.

Motivación:

Después de viajar a Temuco-Chile a principios del 2019 pude conocer una comunidad mapuche y establecer una amistad con un miembro de ella. A partir de ese momento comenzó un proceso de conocimiento, aprendizaje y aprehensión de la cultura de esta comunidad a través de su lengua y sus costumbres cotidianas.

A mediados del mismo año, se brindó una charla/taller sobre cultura y lengua mapuche en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) en el marco de una actividad de extensión del Grupo de Investigación Problemáticas Socioculturales de la Facultad de Ciencias De la Salud y Trabajo Social. Esta charla/taller posibilitó un acercamiento aún mayor al conocimiento de la cultura mapuche: sus saberes, su lengua, su historia, sus costumbres. Precisamente, ante el vacío que aún existe en nuestra formación profesional respecto al impacto de las lógicas hegemónicas de poder-saber institucionales en la práctica con los diferentes grupos étnicos, es que decido comenzar una investigación en el centro de una comunidad Mapuche de la IX Región en Chile, tomando como referente al Hospital Intercultural Makewe-Pelale.

El pueblo mapuche configura una parte de esas otredades que nuestra sociedad excluye y discrimina y mi propósito fue, precisamente, poder contribuir a la visibilización y reivindicación de las diversidades étnicas así como al respeto y la valorización de sus costumbres, lengua, saberes, historia, entre otros aspectos. Esta comunidad no fue elegida al azar sino que constituye un territorio donde todo comenzó para mí en esta búsqueda, en esta problematización de mi formación profesional y las futuras intervenciones en lo social.

Cabe aclarar que el interés por la temática no se resume a una cuestión puramente académica sino que está teñido de aspectos emocionales que me interpelan, como son los lazos afectivos y la imperiosa necesidad de recuperar la historia mapuche, la cultura, la lengua y todo lo que contribuya a su visibilización para que no quede en el olvido.

Aquí se entrecruzan el deseo contribuir a la recuperación y resignificación de los saberes, aportes y vivencias del pueblo/nación mapuche con la búsqueda de re-pensar las intervenciones que se dan desde el Trabajo Social, particularmente en el contexto que nos convoca. Para lograr este propósito he tomado los siguientes referentes:

-Unidad de estudio: Hospital Intercultural Makewe.

-Unidad de análisis: Trabajadorxs Sociales del Hospital Makewe del programa de Salud Mental.

Ciertamente, he visto la posibilidad de trabajar la temática en este Hospital porque muestra sus características interculturales, así como el ejercicio del poder-saber en sus prácticas institucionales que confrontan con las prácticas y modos de ver la salud-enfermedad del pueblo mapuche.

Antecedentes:

Respecto a las investigaciones referidas a la temática a investigar, cabe destacar principalmente la tesis doctoral de Jesús Antona Bustos (2011) "Etnografía de los derechos humanos. Etnoconcepciones en los pueblos indígenas de América: el caso mapuche" presentada en la Universidad Complutense de Madrid. En la mencionada tesis se realiza un desarrollo de las diversas aristas concernientes al pueblo/nación mapuche, entre ellas: su trayectoria histórica, el aspecto cultural y la relación con los Derechos Humanos. Dentro de este tema, existe un apartado que refiere a la noción de "salud/enfermedad" y un desarrollo respecto al Hospital Intercultural Makewe, su conformación, la relación del mismo con la colonialidad y las *nuevas enfermedades* provenientes de ella.

A su vez, se retoma el artículo de la Dra. Gianinna Muñoz Arce "Intervención social en contexto mapuche y descolonización del conocimiento", donde la autora refiere a la importancia de descolonizar los procesos de intervención social y lleva a cabo un proceso reflexivo sobre los resultados de una investigación cualitativa de la experiencia de un equipo de profesionales que, en el trabajo con niños/as y jóvenes mapuche en una fundación financiada por el Estado de Chile, "ha creado metodologías de intervención que recuperan y ponen en práctica un conocimiento «otro», el saber mapuche" (Muñoz Arce, 2015, p2).

Se consideran relevantes los antecedentes debido a la cercanía con la unidad de estudio –en el caso de la tesis doctoral de Jesús Antona Bustos- y, por su parte, la búsqueda de descolonización del conocimiento presentada por la Dra. Muñoz Arce, relacionada en nuestra investigación con el impacto de las lógicas de poder-saber coloniales.

En última instancia, retomo el artículo "La intervención profesional con familias mapuche-tewelche en territorios urbanos de pobreza" (2011) de Rosa Viviana Soto, quien refiere a las familias mapuche-tewelche (presentes en territorio argentino) en su relación con el Estado, abordando una historia de colonización e imposición en donde la iglesia y la medicina desplegaron, a través de sus

funciones, dispositivos de control de los cuerpos. Esta autora menciona el impacto negativo que tuvo en los mapuche-tewelche las intervenciones de instituciones que eran legitimadas por el Estado argentino, a partir de las cuales se impuso la práctica de una medicina desconocida y contraria a la propia y ancestral. Dicha medicina *exótica* estaba enfocada en la sanidad individual, a diferencia de la medicina mapuche-tewelche que era brindada únicamente por las *machis*[1] y apuntaba a todo el entorno de la persona enferma, abarcando desde su territorio, hasta la comunidad y familia.

Lo antedicho se desprende de un claro ejemplo de la colonialidad de poder-saber, la imposición de una medicina extraña a la propia como algo superior a lo cual debiese aspirar la sociedad toda, obligando a abandonar los saberes ancestrales y las costumbres.

Soto (2011), finaliza su artículo con un tema que considero de suma importancia para la presente investigación: el Trabajo Social tiene el desafío de conocer y validar la identidad de la población con quienes trabaja -en este caso un pueblo originario-, en busca de generar una intervención social contextualizada. Este desafío no es menor ya que significa tomar la tarea de descolonizar no solo el poder-saber sino las intervenciones mismas, todo lo aprendido desde la teoría en la universidad hasta las prácticas, incluso los pensamientos con los que fuimos formadxs como sociedad ya que estos forman parte de la herencia colonial, en donde consideramxs lo proveniente de afuera como mejor.

[1]Machi: única autoridad mapuche autorizada para sanar.

PARTE 1:

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Parte 1: Aspectos Metodológicos

Definición del problema:

¿Cómo impactan las lógicas hegemónicas de poder-saber institucionales en el quehacer profesional de lxs Trabajadorxs Sociales?

Objetivo general:

-Reflexionar sobre las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales en las instituciones que reproducen los dispositivos de poder- saber hegemónicos, correlato de la colonialidad del poder-saber vigente aún en nuestros territorios.

Objetivos específicos:

-Identificar las funciones y atribuciones otorgadas a lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe.

-Conocer los mecanismos a través de los cuales las lógicas de poder-saber institucionales reproducen el modelo médico hegemónico.

-Describir cómo se manifiestan las lógicas de poder - saber institucional en las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe.

-Conocer cuáles son los mecanismos a través de los cuales se aborda la interculturalidad en el Servicio Social y particularmente en lxs Trabajadores Sociales del Hospital Makewe pertenecientes al programa de Salud Mental.

Hipótesis:

Lxs Trabajadorxs Sociales, pertenecientes al programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe, reproducen las lógicas de poder-saber institucionales erigidas como hegemónicas. Dichas lógicas están marcadas por una visión fuertemente biologicista del modelo de salud-enfermedad-atención. Esto se traduce en una asimetría entre el médico-paciente, una concepción

ahistórica de los síntomas y la enfermedad, una postura patriarcal de las cuestiones de género así como una tendencia a la medicalización de las conductas.

Aspectos metodológicos:

La metodología utilizada fue la cualitativa y tuvo como sustento el método etnográfico. Método que Guber (2011) plantea como:

> … un método abierto de investigación en un terreno donde caben las encuestas, las técnicas no directivas -fundamentalmente, la observación participante y las entrevistas no dirigidas- y la residencia prolongada con los sujetos de estudio, la etnografía es el conjunto de actividades que suele designarse como "trabajo de campo", y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción. (Guber, 2011, p19)

Asimismo, se utilizó como técnicas de recolección de datos la entrevista semiestructurada y la observación participante. Precisamente, la entrevista cara a cara permite el diálogo e intercambio de saberes en un encuadre que posibilita el proceso de reflexividad a través del cual pueden analizarse los discursos, desnaturalizar lo cotidiano, es decir, poder decodificar y ver por debajo de lo literal. Comprender que no es una simple conversación, que hay un propósito, hay objetivos y tenemos un rol como investigadorxs.

Siguiendo a Velez Restrepo, se entiende a la entrevista como "… un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra" (Velez Restrepo, 2003, p 104), facilitando así el compartir saberes, historias, vivencias, opiniones, entre otras. En la misma no sólo son importantes las palabras sino también las miradas, gestos, silencios y demás manifestaciones corporales.

Otro instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la observación participante. Esta técnica consiste en observar sistemáticamente todos los acontecimientos alrededor de quien investiga y a su vez, participar en las actividades de la población que se investiga tal como si unx formara parte de

esa población (Guber, 2011). En este sentido, se trató de adentrarse en la conciencia práctica de los actores y la institución a investigar.

-Unidad de estudio: Hospital Intercultural Makewe.

-Unidad de análisis: Trabajadorxs Sociales del Hospital Makewe del programa de Salud Mental.

-Instrumentos de recolección de datos utilizados: entrevista semiestructurada y observación participante.

Cabe aclarar que para resguardar la identidad de lxs profesionalxs y demás personas que forman parte de los casos que se mencionarán en la investigación, se modificaron sus nombres tanto en el desarrollo de la misma así como en los anexos.

PARTE 2:

ASPECTOS TEÓRICOS

Parte 2: Aspectos Teóricos

1.Trabajo Social

1.1. Definición

Se entiende por *Trabajo Social*, en adhesión a la Ley Federal de Trabajo Social n°27.072, a la profesión que se encuentra basada en la práctica y la disciplina académica, la cual busca promover, como enuncia en su artículo n°4, "el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social" (Ley Federal de Trabajo Social, 2014, artículo 4).

Es a partir de la práctica de la profesión, que se realizan diversas intervenciones en conjunto con aquellxs con quienes trabajamos con miras a promover y garantizar sus derechos, el respeto a la diversidad y lo mencionado en el artículo n°4 de la Ley Federal de Trabajo Social n.º 27.072.

Retomando los aportes de Carballeda (2008), *intervenir* significa transformar, y en este transformar, en las intervenciones que se realizan desde el Trabajo Social, se debe tener cuenta a las personas con quienes se trabaja, su autonomía, sus derechos, sus deseos, considerándose relevante el pensar en una intervención situada, desde donde se visualicen distintas cuestiones contextuales, vinculares, económicas, etc. Se debe pensar, como sostiene Carballeda en la singularidad de cada intervención, donde las personas no son las esperadas por las instituciones sino que aparecen en ellas con cuestiones que lxs atraviesan y complejizan. A su vez da cuenta de la categoría de intervención en lo social como "una serie de mecanismos y acciones que van cobrando complejidad a través del tiempo, por el propio desarrollo de las prácticas que intervienen y por la complejidad del contexto de intervención" (Carballeda, S/F).

Al intervenir, se debe repensar a la persona inmersa en un territorio, el cual fue constituido y estructurado por las diversas manifestaciones de la cuestión social. Repensar a la categoría de territorio como un espacio simbólico de interacción social y no solamente como una delimitación geográfica,

permite identificar a la persona no sólo como unx individux aisladx, sino dentro de una red de significaciones y vínculos, permitiendo así lograr una intervención que no recaiga solamente en un respuesta superficial de lxs profesionales del Trabajo Social.

1.2. Intervenciones y pueblo mapuche.

Es importante tener en cuenta que las intervenciones con población mapuche no se dan en la misma forma que con otras poblaciones. El pueblo mapuche, al igual que otros pueblos, tiene sus propias costumbres, prácticas y convenciones sociales para relacionarse a nivel social. En la cultura mapuche es importante el llegar a visitar a alguien sin las manos vacías, al mismo tiempo es importante no llegar y pretender ir al punto enseguida sino preguntar por la salud de la persona y su familia, cómo han estado, etc. Otra de las cosas distintas en cuanto a las intervenciones es que al irnos de una casa por ejemplo (o al irse una persona de la oficina donde nos encontramos) es parte de la cultura que te obsequien algo (pan, verduras, incluso carne), es una especie de intercambio (txanquin). Siempre se ha enseñado que no podemos recibir ni un vaso de agua donde vamos pero si no aceptamos lo que se nos ofrece en intervenciones con personas mapuche, sería como una especie de desprecio o desvalorización.

Tal como plantea Muñoz Arce (2015), a pesar de que la categoría de intervención social puede considerarse como una expresión de dominación colonial -entendiendo que la idea primaria de intervenir ha sido ordenar, organizar, dirigir e incluso ejercer control-,la misma puede apostar a formar parte de un proyecto emancipador “siempre que sea entendida como un espacio privilegiado para descentrar y desnaturalizar racionalidades y prácticas cotidianas que refuerzan la opresión.” (p 269).

2. Institución como socializadora y reproductora del poder-saber

Teniendo en cuenta que esta investigación fue realizada en una institución estatal como lo es el Hospital Intercultural Makewe, a continuación se hará referencia de cómo se entiende la categoría de *institución*. Dubet (2007), hace una distinción entre distintas concepciones de la institución. Entre ellas menciona a la concepción que define las instituciones desde las "prácticas sociales más o menos rutinarias y ritualizadas, todos los sistemas simbólicos, como las religiones y las lenguas, que se imponen a lxs actorxs como 'hechos' que preceden a su acción". Otra de las definiciones hace referencia a los procedimientos que permiten que se regulen los conflictos y "se tomen las decisiones legítimas". Por último, se visualiza a las instituciones como aquellas empresas beneficiarias. (p 2). Sin embargo, el autor retoma un sentido particular de las mismas, aquel que tiene "la función de instituir y de socializar" (p 2). Así, se entiende a la institución como aquella de la cual deviene un orden simbólico y cultural, aquella que establece lo que se considera "natural" de lxs sujetxs. Por lo tanto, la institución es comprendida como una forma de socializar y trabajar *sobre unx otrx* y no solamente como una organización.

En relación a lo antedicho, Foucault hace referencia a *instituciones disciplinarias*, "(…) las cuales estructuran el terreno social y presentan lógicas adecuadas a la razón de la disciplina" (Giraldo Díaz, 2006, p 108). Las instituciones de las que habla el autor, entre las cuales se encuentran los hospitales, son las que permiten que se siga reproduciendo el régimen de producción de verdad impuesto por la sociedad disciplinar, el cual " (…)se constituye a través de una red de dispositivos y aparatos que producen y regulan tanto costumbres como hábitos y prácticas sociales" (p 108).

Esta red de dispositivos- a través de la cual se producen y regulan las costumbres, hábitos y prácticas sociales- mencionada por Foucault, incluye entre otras cosas a los discursos, las medidas administrativas, las leyes, pero también incluye lo no dicho (García Fanlo, 2011). Los discursos, por su parte, tienen la capacidad de impactar profundamente en vida de las personas debido a que generan formas de subjetividad en las mismas. El objetivo de los discursos es "administrar, gobernar, controlar,

orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos." (p 2). Finalmente, estos dispositivos de poder-saber "tienen como función el control de la vida" (Giraldo Diaz, 2006, p 115).

Las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales se desarrollan mayoritariamente en el marco de instituciones, las cuales mantienen, manifiestan y reproducen lógicas de poder-saber que, de diversas maneras, impactan en el quehacer profesional. Esto se debe a que lxs profesionales de Trabajo Social deben responder a las funciones y objetivos institucionales, los cuales muchas veces difieren de los principios éticos de la profesión como son la defensa de la igualdad, la justicia social y el pluralismo, así como su perspectiva de trasformación social en compromiso con la democracia, el enfrentamiento de las desigualdades sociales y la defensa de los Derechos Humanos. Se genera de esta forma, tensiones en el quehacer profesional que se basan en contradicciones entre las funciones asignadas por las instituciones y los principios éticos de la profesión designados, entre otros organismos, por la Federación Internacional de Trabajo Social.

Ciertamente, el pueblo/nación mapuche fue parte del proceso de colonización que inició en 1492. Sufriendo de esta forma la imposición de un modelo Moderno, eurocentrado que impone una forma de organizar el mundo y los saberes donde los no europeos pasan a formar parte de las otredades oprimidas, acalladas, invadidas en sus subjetividades. De esta forma sus costumbres, sus saberes y su forma de concebir y tratar la salud-enfermedad fueron invisibilizadas y subalternizadas.

2.1. Hospital Intercultural Makewe: historia y actualidad.

En 1894 se establece en la región de La Araucanía (Chile) *la Misión Araucana,* perteneciente a la Sociedad Misionera para Sudamérica de la Iglesia Anglicana. En el año 1895 llegaron lxs primerxs misionerxs y se establecieron varios centros de trabajo, uno de ellos en Makewe-Pelale.

El Hospital Intercultural Makewe fue fundado en el año 1927 por misioneros de la Iglesia Anglicana como parte de un proyecto evangelizador basado en la plantación de tres instituciones en el

territorio: una iglesia, una escuela y un hospital. “Según los más ancianos de las comunidades del sector, los mapuche se vieron obligados a “entregar 285 hectáreas de las tierras comunitarias para levantar una iglesia, una escuela y un dispensario de salud, tríada en la que los anglicanos sustentaron la evangelización del territorio” (Antona Bustos, 2011, p 586).

El mencionado hospital, tiene la particularidad de encontrarse dentro de la Región de la Araucanía, en territorio mapuche y en zona rural. Inicialmente cumplía la función de una *posta de salud* para lxs mapuche que vivían en el sector rural debido a que los demás centros de salud estaban en sectores más lejanos. Cabe destacar que “ los servicios que ofrecían los anglicanos no estaban exentos de un interés de parte, ya que, a cambio, buscaban la conversión y la renuncia de los mapuche a sus creencias y a su forma de vida”(Antona Bustos, 2011, p 591).

En 1962 el Servicio Nacional de Salud hizo un convenio con los anglicanos para garantizar el mantenimiento del mismo debido a la importancia como único centro de salud en la zona. En 1993 los misioneros anglicanos finalizaron sus labores en el Hospital Intercultural Makewe, y a fin de evitar el cierre del hospital, en 1998 se creó la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale, quien quedó a cargo del hospital (Antona Bustos, 2011).

En la actualidad (año 2023), el Hospital Intercultural Makewe se encuentra administrado por la Asociación Mapuche para la Salud Makewe-Pelale, formando parte del sistema público de salud nacional y en proceso de construcción de una nueva infraestructura que disponga de mayores espacios para la atención así como mayor complejidad de la misma.

2.2. Modelos en el campo de la salud

En cuanto a la salud-enfermedad abordada desde la interculturalidad, se la define como el “conjunto de acciones y políticas que tienden tanto a visibilizar e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas” (Alarcón, 2003).

La concepción del campo de Salud ha sido modificada a lo largo de la historia. En cuanto a los diversos modelos de atención, se podrían distinguir dos perspectivas relevantes que dan cuenta de las prácticas que se desenvuelven en el mismo: la primera refiere al Modelo Médico Tradicional, proveniente de la Biomedicina; y la segunda perspectiva, la Salud Colectiva o Medicina Social, se implementa en los países latinoamericanos en la década de los sesenta, a partir de la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud (Spinelli, 2010).

El Modelo Médico Hegemónico reduce la enfermedad a signos y diagnósticos construidos a través de indicadores biológicos, lo cual posibilita que tanto *el enfermo* como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas; impone un enfoque autónomo, profesional y científico; excluye los factores sociales y culturales, cumple funciones básicas: curativo/preventiva, normalizadora, de control, de legitimación. Las principales características estructurales son su biologismo, individualismo, a historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Iriart, 2002).

La Medicina Social, por su parte, se caracteriza por ser una perspectiva que abandona la práctica médica, la enfermedad y su tratamiento y el acto médico, resaltando que el proceso salud/enfermedad/atención es un proceso que se construye colectivamente, considerando a la población y a las instituciones como totalidades, cuya unidades de análisis sociales e individuales posee un encuadre teórico-metodológico colectivo. Se trata de la construcción del campo de la salud desde una visión crítica y pensamiento transformador que incluye todos los aspectos sociales, políticos, culturales y económicos que impactan en la sociedad en cada momento histórico (Iriart, 2002).

Cabe destacar que la forma de concebir la salud para los pueblos originarios –en este caso el pueblo/nación Mapuche- difiere de la concepción que se tiene desde la medicina occidental. Por lo cual se considera necesario “plantear estrategias coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención” (Lerín Piñon, 2004, p6).

Dentro de la cosmovisión mapuche, el término *salud* no implica unicamente el bienestar físico, sino todas las áreas de la vida, incluidas la vida de sus familiares, comunidad y el territorio. Teniendo en cuenta esto, dentro de la cultura es fundamental junto con saludar al ver a alguien, el preguntar cómo se encuentra la persona, su familia e incluso sus vecinos o la comunidad, a esto se lo denomina *pentukun*[2]. (Quidel Lincoleo, 2001). Por este motivo resulta indispensable para las intervenciones desde el Trabajo Social en el área de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe, el *chaliwün* (saludarse) y el *pentukuwün* (interesarse unx por el otrx), ya sea que se vea a las personas en la oficina del hospital o cuando se realizan salidas a terreno. "La salud no es sólo un aspecto biológico, sino más bien espiritual (...). Para nosotros, los mapuche, es lo que nos rodea. Es tener un mundo sano y conservarlo, no arrasar con ello (…)" (Antona Bustos, 2011, p 611). El pueblo mapuche comprende la salud y enfermedad como sistemas en equilibrio y no excluyentes entre sí, a su vez considera que la salud está asociada a la espiritualidad, relaciones entre personas y de personas con la naturaleza.

En cuanto a los tipos de enfermedades y las formas de atención para las mismas, también existen diferencias entre el modelo médico hegemónico y la cosmovisión mapuche. Para la cosmovisión mapuche existen dos tipos de males: el winka (no mapuche) y el mapuche; dentro del tipo de mal mapuche se hallan tres categorías: kutran (enfermedad física), weza kutran (enfermedad grave causada por *brujerías* hacia alguien) y wenu kutran (enfermedades causadas por espíritus). El *mal winka* hace referencia a aquellas enfermedades que llegaron al territorio mapuche con la colonización, que han derivado de formas de vida y alimentación provenientes de lxs no mapuche, como por ejemplo la hipertensión o el estrés.

> "Mi señora, mi hija y mi nuera sufren de presión; no había presión antes. Es por los cambios en la vida o el ka mogen [no mapuche] o wingkawün (síndrome de awigkamiento), son enfermedades del mundo wigka, estrés, mucha sal,

[2] "Pentukun: acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otros" (Quidel Lincoleo, 2001, p 15)

todo artificial (…)". (Ibacache, McFall y Quidel, 2002, p9, como se citó en Antona, 2011, p594)

Respecto a las formas de atención, desde el modelo médico hegemónico se le pregunta a la persona qué le ocurre, cuáles son sus síntomas y/o molestias, se le recetan medicamentos y en el caso de que estos no resulten, se le hacen derivaciones con otros profesionales sumado a un sin fin de estudios médicos. En la cultura mapuche, no sólo se cuenta con la medicina tradicional occidental sino que las hierbas medicinales son parte fundamental del proceso de sanidad de las personas. A su vez, "la Machi, junto con el yerbatero, el sacador de empacho y el componedor de huesos, ha sido durante siglos la gran terapeuta del mundo mapuche" (Biblioteca Ministerio de Salud, 2011, p7).

La/El machi es la autoridad religiosa del pueblo mapuche, que es capaz de conocer la enfermedad de una persona de varias formas: a través de su orina(pewtuwün willenmeo) o de su ropa (pewtuwün tukunmeo), "recurre a su kultrun y, en una ceremonia denominada machitún, entra en trance y descubre la afección" (Biblioteca Ministerio de Salud, 2011, p9) luego de eso le indica un tratamiento integral que mayormente es a base de hierbas medicinales.

2.3. Salud Mental

La categoría de Salud Mental es compleja de definir ya que su contenido es en gran parte valorativo (Amico, 2005). El campo de la Salud Mental ha tenido diversas transformaciones y reformas. El modelo psiquiátrico, al cual se asocia comúnmente a la Salud Mental, nace del modelo bio-médico y tuvo como principal característica un sistema terapéutico basado en la hospitalización. Dicho modelo psiquiátrico entendía a la persona como "portador de un disturbio que le roba la razón, un insano, insensato, incapaz" (Amarante, 2009, p61), al mismo tiempo que consideraba a la enfermedad como externa a la persona. Franco Basaglia consideró un error separar *la enfermedad* de la globalidad de la persona y propuso poner "la enfermedad entre paréntesis" (p 66) para ocuparse de la persona en su experiencia.

A pesar de ser un campo altamente complejo y polisémico debido a que trata del estado mental de las personas así como las colectividades (Amarante, 2009), se tomará la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud, quien la comprende como un "estado de bienestar" donde la persona, siendo consciente de sus capacidades, "puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad".

A su vez, retomando la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657 (Argentina), se entiende a la misma como un proceso conformado por componentes de carácter históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Desde el Modelo Médico Hegemónico se suele referir a enfermedades de salud mental cuando ocurre alguna disfunción en la persona que no tenga que ver con lo fisiológico. Cuando esto ocurre, automáticamente se realiza una derivación a un médico psiquiatra para tratar y medicar. En la cultura mapuche, por el contrario, no hay una terminología precisa para hacer referencia a la salud mental como algo separado a la salud física debido a que se entiende a la salud como algo integral (Antona Bustos, 2011).

Debido a que la salud para lxs mapuche no es unicamente estar bien físicamente, es relevante considerar el impacto que puede generar en la salud mental de lxs mismxs el bienestar de ellxs, sus familias, comunidad e incluso de sus tierras. Si alguien no ha tenido buenas cosechas, por ejemplo, repercutirá en su salud mental y por lo tanto en su salud en general.

Esta forma integral de comprender la salud para lxs mapuche, coincide con el planteamiento de Carballeda (2012) respecto a las demandas que se realizan al Trabajo Social desde el campo de la salud mental, las cuales se encuentran atravesadas por diversas áreas referentes a las personas, lo cotidiano, la vida misma.

3. El impacto de la colonialidad

Continuando con el apartado anterior, Lander (2000) plantea que a partir del colonialismo en América se dio una re-organización colonial del mundo y con ella una imposición de lenguajes, saberes e incluso de la memoria.

En la actualidad, esto sigue repercutiendo, en el mundo moderno colonial en el cual vivimos donde se justifica el colonialismo a partir del discurso. Un discurso racial que sigue mostrando como inferior al pueblo que ha sido conquistado y marca la superioridad de los conquistadores (Grosfoguel, 2007).

La colonialidad, como patrón de poder vigente en la actualidad se manifiesta en los materiales y formas de abordaje que se imponen – entre otros lugares- desde la educación, los criterios respecto a los óptimos trabajos académicos y la cultura. A su vez, se refleja en la forma en que se perciben los pueblos, los estándares a los que la población aspira alcanzar y el sentido común (Maldonado-Torres, 2007).

Por su parte, Anibal Quijano define a la *colonialidad* como "uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder capitalista" (Quijano, 2000, p 342). A partir de la estructura colonial del poder se ejecutaron diversas formas de racismos que tuvieron su correlato en la discriminación, sometimiento y expropiación de los pueblos originarios. Estas discriminaciones –parte de la dominación colonial- se fueron naturalizando, tomándolo como algo dado y no como proveniente de la historia del poder.

Cabe mencionar que quienes pertenecían a estas etnias fueron quienes formaron los grupos colonizados en la re-organización colonial a partir de la conquista de América. Así mismo, los colonizadores impusieron sus modos de poder-saber, lo cual fue seguido por la imposición de sus

creencias en cuanto a lo *sobrenatural*; creencias que negaron el desarrollo cultural de los dominados y a su vez generaron un control en lo social (Quijano, 1991).

En relación a lo antedicho, Maldonado Torres (2007) expresa que la colonialidad del poder "refiere a la interrelación entre formas modernas de explotación y dominación, y la colonialidad del saber tiene que ver con el rol de la epistemología y las tareas generales de la producción del conocimiento en la reproducción de regímenes de pensamiento coloniales" (p130).

Esta colonialidad del poder y del saber se ve reflejada en diversas instituciones como los centros de salud, donde la preeminencia del Modelo Médico hegemónico excluye otras formas de concebir la salud-enfermedad y consecuentemente, su forma de abordar las prácticas. Esto puede verse reflejado en el Hospital Intercultural Makewe, siendo la medicina legitimada históricamente, proveniente del Modelo Médico hegemónico, la única presente en las atenciones hacia las personas.

En las tres instituciones plantadas en el territorio de Makewe-Pelale por la Misión Anglicana -escuela, iglesia y hospital- se desvalorizaba la cultura y cosmovisión mapuche, mostrándolo como algo *poco civilizado*, con acciones que iban desde imponer el castellano en la escuela hasta mostrar como algo *malo* el recurrir a unx machi,"...en el hospital y la iglesia desvalorizaban, y muchas veces satanizaban a la figura más importante en la salud y espiritualidad mapuche, la machi (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejera social, cultural, espiritual)." (Ibache, 2001, p 9)

De este modo, y como un rasgo evidente de la colonialidad del poder-saber, la medicina tradicional mapuche queda subalternizada frente al Modelo Médico hegemónico marcadamente biologiciste, que desvaloriza, estigmatiza y excluye otras formas de atención que no sean las propias biomédicas en el proceso de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 2002).

El pensamiento descolonial latinoamericano surge en la década de 1990 ante el reconocimiento del impacto de la colonialidad y el eurocentrismo en las vidas de las personas, teniendo como objetivo cuestionar lo establecido como verdadero, la epistemología hegemónica, desnaturalizar los

pensamientos y la lógica eurocéntrica impuesta,y buscar producir un pensamiento diferente, propio (Muñoz Arce, 2015).

Frente a este escenario resulta necesario, retomando a Rodríguez y Castellano (2017), descolonizar la epistemología de superioridad y negación de la alteridad para “recuperar nuestros saberes, nuestras propias formas de producir conocimiento científico y de manejar nuestros lenguajes desde nuestras propias diversidades culturales, de transformar nuestras propias realidades” (p 373). Descolonizar implica también la producción de una mirada propia, desde lo local, una mirada situada que incluya lo global.

4. Interculturalidad

Respecto a esta categoría, resulta necesario mencionar qué se entiende por *interculturalidad* teniendo presente que la institución donde se realizó la investigación se define a sí misma como intercultural. Retomando a Martin-Barbero en Valbuena Buitrago (2016), el pasaje de la multiculturalidad -fenómeno que se da en la actualidad de varias culturas coexistiendo en el mismo lugar- a la interculturalidad refiere a que "las culturas tienen unas que ver con las otras" (p 23). Se entiende a la misma como comunicación entre culturas, siempre teniendo en cuenta que ésta no será pacífica "el encuentro entre culturas es más bien *conflictivo, problemático y asimétrico*" (p 23).

Al referirse a la interculturalidad, estará presente el conflicto así como la dificultad en las interacciones entre dos diversas culturas, debido a que el encuentro entre las mismas se da de forma asimétrica. Esto se relaciona estrechamente con la categoría anteriormente mencionada de colonialidad y lo sucedido a partir del colonialismo, en donde la cultura mapuche -desde 1942- ha sufrido la imposición del modelo eurocentrado a partir del cual se ha discriminado y desvalorizado todo conocimiento, saber y estructura ajena a la europea, asumiéndose la inferioridad del pueblo conquistado y la superioridad de los conquistadores. Entonces, la interculturalidad en el caso investigado está representada por el pueblo-nación mapuche y el pueblo chileno, donde los mapuche configuran lxs otrxs desde el lugar de subalternidad.

A su vez, es necesario aclarar que la interculturalidad pretende ir más allá de un simple intercambio entre culturas, la interculturalidad "confronta los racismos y las desigualdades presentes en los intercambios culturales" (Rincón et al., 2015, p 87). Pensar lo intercultural también incluye ámbitos como lo religión, algo de suma importancia para la cosmovisión mapuche. En el territorio de Makewe-Pelale conviven personas mapuches que sostienen las creencias propias de su cultura, otras

personas mapuche con creencias católicas y otras con creencias evangélicas. No a todos se les puede imponer la atención de unx machi pero tampoco se les puede negar o no presentar la opción. Incluso la forma de atención de padecimientos que no son físicos (ya sean espirituales o mentales), no puede abordarse de igual manera para todxs.

Teniendo presente lo antedicho, no debería ser una opción derivar alguien a psiquiatría solo porque ve o siente cosas que no son reales para lxs demás. Debe tenerse en cuenta el ámbito espiritual presente en todas las religiones. Entonces ¿Desde dónde acompañar estos procesos? La búsqueda de esta respuesta también pretende ser abordada en el trayecto investigativo.

PARTE 3:

ANÁLISIS

Parte 3: Análisis

Para la presente investigación, se realizó una práctica en el Hospital Intercultural Makewe en el año 2022 entre los meses de junio y octubre. El contexto de dicha práctica es sumamente relevante debido a que nos encontrábamos en una pandemia por COVID y ésto repercutió en todas las áreas de la vida de las personas, incluso modificó la dinámica de la institución. El uso de mascarillas, el evitar el saludo cercano (cualquier tipo de contacto físico) impactó fuertemente a la comunidad que asiste al Hospital debido a la cultura del pueblo/nación mapuche y la importancia del *pentukun*[3].

El programa de Salud Mental dentro del Hospital Intercultural Makewe

En el Hospital Intercultural Makewe, lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental forman parte de un equipo interdisciplinar conformado por un profesional de Psicología (coordinador del equipo), un médico, una profesional del Trabajo Social y una profesional Técnico Paramédico. Cabe mencionar que los roles dentro de este equipo interdisciplinar no se dan de forma horizontal sino que existe una asimetría, siendo el médico quien posee el poder de decisión respecto a los pacientes que podrán ingresar al programa y es el médico quien les dice a los demás profesionales las intervenciones que deben realizar y cuándo. El equipo mencionado trabaja tanto en el Programa de Salud Mental como en SENDA (Servcio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol). Al momento de realizar la investigación, el Programa de Salud Mental –a diferencia de SENDA[4]- no contaba con un proyecto de intervención que tuviese como eje la interculturalidad, sino que lxs profesionales ivan dirigiéndose por parámetros acordados verbalmente entre ellxs.

[3]"Pentukun: acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otros" (Quidel Lincoleo, 2001, p 15)
[4]El programa de SENDA no tiene como eje la interculturalidad en las intervenciones de lxs profesionales pero sí posee una estructura que lo delimita como programa.

Existieron resistencias por parte de lxs Trabajadorxs Sociales del Hospital Makewe respecto a recibirme como estudiante en práctica con el objetivo de poder realizar la presente investigación a pesar de haber obtenido la aprobación para realizarla de parte del directorio del Hospital, la Asociación Mapuche para la Salud Makewe-Pelale.

La oficina donde se encuentra la Trabajadora Social, además de ser pequeña, es compartida con la Técnico Paramédico y se conecta a través de una puerta directa con la oficina del psicólogo. Este hecho dificultó mi ingreso a realizar las prácticas allí por la falta de espacio y a la vez me permitió observar la inexistente privacidad de las dos oficinas: el estrecho espacio y la cercanía de las mismas hace que se escuchen las conversaciones y/o entrevistas que allí se mantienen con las personas del programa. Esto tiene implicancias en la labor de los profesionales, evidenciándose la precariedad otorgada institucionalmente hacia los mismos y dificultando su trabajo al generarse incomodidades tanto entre ellos como con las personas que concurren a la oficina por el programa de Salud Mental.

En cuanto al ingreso de las personas al programa de Salud Mental, la atención consiste en una o varias entrevistas por la Trabajadora Social y/o el psicólogo, ya sea que lleguen a la oficina del Servicio Social del Hospital Intercultural Makewe solicitando apoyo terapéutico o por otros motivos. Una vez realizadas las entrevistas y otorgada la aprobación para el ingreso del programa por parte del psicólogo y la Trabajadora Social, los pacientes deben ser evaluados por el médico, quien es el que toma la decisión respecto al ingreso o no de un paciente al programa de Salud Mental.

Aquí puede verse cómo la colonialidad del poder-saber condiciona de forma clara y profunda en las intervenciones de lxs profesionales que forman parte del equipo, y por lo tanto de la Trabajadora Social, ya que éstas se encuentran limitadas a la decisión que tome el médico, profesional de la salud perteneciente a la medicina hegemónica instaurada como válida. Es decir, el lugar que ocupan lxs Trabadorxs Sociales dentro del equipo de Salud Mental así como sus decisiones no tienen la misma relevancia que la decisión del médico clínico al momento de decidir los ingresos así como las altas dentro de dicho programa.

-3.1. Trabajo de campo

Recolección de datos:

Las idas a terreno estaban programadas los días lunes en la tarde para realizar visitas a las personas pertenecientes al programa SENDA[5] y los días viernes en la mañana para las visitas a las personas del programa de Salud Mental. Este ordenamiento por programas no resultaba del todo útil ya que se hacían las visitas dependiendo el sector. En este sentido, se juntaban las personas de los sectores más cercanos para aprovechar debido a que las distancias son largas y el tiempo destinado a las visitas es breve.

En mi primer encuentro con la Trabajadora Social, me cuenta que trabaja en el área de Salud Mental y en el programa SENDA *de adicciones*[6]. El trabajo se realiza en oficina y en terreno dos veces a la semana junto a lxs demás profesionales que forman parte de los programas. La Trabajadora Social, mencionó en reiteradas ocasiones su descontento respecto a la institución del Hospital Intercultural Makewe y realizó una fuerte crítica al Estado por falta de recursos, programas traídos de otros países o regiones de Chile que se encuentran completamente descontextualizados. Se refiere a las personas que van al Servicio Social como *usuarios*.

Durante la realización del trabajo de campo, hemos tenido algunas conversaciones con la Trabajadora Social del programa de Salud Mental respecto al programa en sí y al funcionamiento del equipo de trabajo entre otras temáticas. En ese contexto, comentó que de las personas que llegaban al Servicio Social, unas pocas eran derivadas por otros profesionales del Hospital o de otros centros de

[5]SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
[6]Cito palabras de la Trabajadora Social.

atención, y las demás personas se acercaban en búsqueda de acompañamiento terapéutico, ayuda en diversos trámites o solicitud de recursos.

A su vez, mencionó que lo ideal para salir a terreno, -dentro del mismo equipo de salud mental- es que se pueda intervenir en forma conjunta entre todxs los profesionales, ya que cada unx cumple un rol específico en las visitas domiciliarias. Pero que esto no siempre es posible, ya que en reiteradas ocasiones tanto el psicólogo como la técnico paramédico han tenido que quedarse en el hospital por entrevistas (previamente concertadas o imprevistas) o cubriendo otros puestos de trabajo. Sumado a lo antedicho han surgido otros imprevistos como retrasos de algunxs de lxs profesionales o la falta de conductor para el traslado.

La Trabajadora Social mencionó en reiteradas ocasiones, durante el trabajo de campo, la necesidad de que haya un mayor número de psicologxs en el Hospital Makewe ya que al haber uno solo, no da a basto con la demanda y ella se ha visto obligada a cubrir ese espacio vacío cumpliendo con un rol de escucha y contención al presentarse personas que requieren de psicólogo cuando éste no se encuentra presente, ya sea en la oficina o en terreno al hacer visitas domiciliarias. Esto se entrelaza, en gran medida, con la falta de información respecto al quehacer profesional de la Trabajadora Social del área de Salud Mental, lo cual termina en derivaciones incorrectas dentro del mismo Hospital.

Casos a analizar:

A continuación se hará referencia a algunos casos vivenciados en las prácticas en el programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe a fin de poder reflexionar sobre las intervenciones que se dan desde el Trabajo Social en Salud Mental en la particular institución mencionada. Cabe aclarar que se modificarán los nombres de las personas para resguardar su identidad e intimidad.

Caso de Julia.

Julia es una paciente que pertenece al programa de Salud Mental, y se encontraba medicada por médico psiquiatra formando parte del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe. Se ve obligada a abandonar su medicación por embarazo y lactancia. La Trabajadora Social hace un seguimiento del caso. Se muestra directiva respecto a Julia y su pareja, indicándoles cómo deben actuar. Cuando hace referencia a ella lo hace en tono de burla. Destaca su rol como madre, le sugiere asistir a sus horas médicas y la anima a solicitarle al psiquiatra medicinas más suaves para no quedarse dormida al cuidado de su bebé.

La Trabajadora Social insiste en que Julia tome sus medicinas sin tener en consideración su situación familiar. Julia expresa que debe cuidar a su bebé, que no puede quedarse dormida. Al preguntarle a la Trabajadora Social el motivo, dice que Julia ha visto a su pareja tener actitudes extrañas (sexuales) respecto a la bebé pero que no es posible hacer mucho al respecto ya que Julia no cuenta con una red de apoyo donde poder recurrir ni un hogar que no sea la casa de su pareja, tampoco hay alguna institución que cumpla con los requisitos para brindarle abrigo y protección. A su vez, se excusa diciéndome que *quizás no es tan cierto* todo lo comentado por Julia, debido a que ella por momentos puede llegar a inventar sucesos o exagerarlos.

Coincide con lo que plantea Carballeda (2012) sobre las demandas hacia el Trabajo Social desde el campo de Salud Mental, están atravesadas por diversas áreas de la vida cotidiana. La única opción que se propone desde el Servicio Social del Hospital Makewe para la salud mental de Julia (y de otras personas) son los medicamentos provenientes de la medicina hegemónica. Existe una tendencia a la medicalización de conductas. Incluso se ven características del modelo psiquiátrico en las intervenciones de la Trabajadora Social (Amarante, 2009): se considera a Julia como incapaz de tomar decisiones correctas (la Trabajadora Social considera que no sería un buen momento para que Julia tenga un nuevo embarazo). Desde el Modelo Médico Hegemónico, cuando existe una enfermedad de Salud Mental, se deriva a psiquiatra para medicar y tratar. Discursos (Giraldo Díaz, 2006): impactan en las vidas de las personas, generan formas de subjetividad, son dispositivos de poder-saber que tienen como función el control de la vida. La Trabajadora Social, desde un rol de autoridad y como portadora del saber, constantemente pretendía desde su discurso orientar/controlar la vida de Julia, sin considerar la posibilidad de un abordaje interdisciplinario o pretender generar redes de contención.

Caso Sofía y Luis. Se conoce a Sofía luego de que esta se acercara al Servicio Social del Hospital. Vive con su hija de 4 años y su padrastro (Luis) de 68 años, la madre de Sofía y -a su vez- esposa de Luis falleció hace 1 año. En la visita, Sofía refiere que se queda en la vivienda para que Luis le de el terreno a pesar de que ha tenido que llamar a Carabineros de Chile varias veces por malos tratos de parte de su padrastro.

Al hablar con Luis, menciona que es diabético, sufre de hipertensión y que no se medica ni come bien porque se siente triste y solo, que todas las personas cercanas le hablan mal y le echan la culpa, pero que él se ocupa de que a su hijastra y a su nieta no le falte nada, y a cambio espera que le hagan la comida y le den sus medicamentos inyectables. Refiere haber pensado varias veces en ahorcarse pero después piensa en su nieta pequeña y deja a un lado esa idea.

En cuanto a la intervención de la Trabajadora Social, comenzó la interacción con un discurso de juicio hacia el hombre, lo cual cambió abruptamente después de escuchar su versión de la historia,

haciéndole saber que como equipo de Salud Mental del Hospital acudirán a su domicilio frecuentemente para brindarle acompañamiento y contención. Retomando a Carballeda (2008), cuando se realiza una intervención es fundamental tener en cuenta a las personas con quienes se trabaja, sus derechos, deseos. Por esto resulta complejo pensar en una intervención que comience con un discurso de juicio hacia aquel con quien se interviene.

Acá es donde genera un fuerte impacto la categoría de *interculturalidad.* En las intervenciones con población mapuche se debe considerar la importancia de ciertas costumbres o líneas de la cultura propia como por ejemplo: no llegar a las casas con las manos vacías ni pretender ir *directo* al punto en cuestión, se debe preguntar por la salud de la persona, su familia, la comunidad, entre otras. Desde el colonialismo, con la imposición del modelo eurocentrado, se desvaloriza el conocimiento y la estructura mapuche (ejemplo: el pentukun[7]). Al llegar a la casa de Sofía y Luis, no se comenzó la conversación haciendo el saludo protocolar propio de la cultura: preguntar por la salud de los presentes, de sus familiares, la vida en general. A su vez, en vez de preguntarle a Luis cómo era la relación con su hijastra, esperando conocer las dos versiones de la historia, se le acuso de haber actuado con violencia intrafamiliar.

Caso niño y abuelo. Contexto: seguimiento de un niño (Juan) y su abuelo (Francisco) que transitaban el duelo por la pérdida de María (esposa de Francisco y abuela de Juan). Francisco y María habían criado a Juan, vivían los tres juntos hasta que falleció María. Debido a que el psicólogo no podía acercarse al domicilio por licencias médicas, la Trabajadora Social y la paramédico iban a verlos para "*escucharlos y controlar que el hombre tomara sus medicamentos*[8]. La Trabajadora Social refirió que en cada visita le tomaban la presión al hombre para que se diera cuenta que lo iban a controlar y de esa forma obligarlo a tomar sus medicamentos.

[7] "Pentukun: acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otros" (Quidel Lincoleo, 2001, p 15).
[8] Cito palabras de la Trabajadora Social.

En cuanto a la intervención de la Trabajadora Social, se ve sumamente directiva y de control, utilizando la amenaza para lograr lo que consideraba correcto. Es relevante que para esto, utilizaba medios de la medicina propia del modelo médico hegemónico, poniendo al frente instrumentos médicos y personal con atuendo médico para generar cierto impacto en el adulto mayor.

Al mismo tiempo se evidencia una diferenciación entre la importancia que se le daba a la salud física respecto a la salud mental: desde la institución del Hospital era importante que se le hiciera un seguimiento a este adulto mayor y su nieto a fin de asegurar que tomara sus medicamentos pero no consideraban la importancia de sumar algún psicólogx a las visitas domiciliarias, teniendo en cuenta que las personas se encontraban atravesando un proceso de duelo.

Caso: matrimonio adultxs mayores. Contexto: La señora hace 3 años que perdió por completo la visión por diabetes, se encuentra en el programa de Salud Mental por un *trastorno adaptativo* debido al estrés que ha generado en su vida perder su visión por completo y el impacto de esto en distintas áreas de su vida, como por ejemplo no poder desplazarse sola dentro o fuera de su vivienda. No cuentan con una red de apoyo. La señora refiere sentirse abandonada porque hace mucho tiempo que no se acercaban a su domicilio profesionales desde el Hospital Makewe.

La Trabajadora Social ha mencionado que se nota un abandono desde la institución del Hospital hacia el Servicio Social, que no se le da el mismo valor que a otros espacios como por ejemplo los referidos a la medicina del modelo biologicista. Esto impacta en el quehacer profesional y en la vida de las personas que pertenecen al programa de Salud Mental, ya que si no existe algún tipo de descompensación física que requiera atención, no se generan modificaciones para acompañar y sostener las intervenciones desde el Servicio Social. Las lógicas hegemónicas de poder-saber generan un impacto evidente en las intervenciones desde el Trabajo Social.

Caso: adulto mayor en situación de vulnerabilidad. Contexto: desde enfermería del Hospital Makewe se hace una derivación a la Trabajadora Social del programa de Salud Mental de un adulto mayor en situación de extrema vulnerabilidad.

A pesar de que la Trabajadora Social pertenece al programa de Salud Mental y sabe que ese es un caso social, refiere que decide *tomarlo* igual debido a que no sabe cuáles son las funciones de su otra colega de Trabajo Social ni cuales son exactamente sus competencias. Menciona que es difícil poner límites porque hay personas conocidas dentro del Hospital que realizan derivaciones pretendiendo que se les integre al programa de Salud Mental, incluso se molestan cuando se les explica que para ingresarlos al programa, deben tener una evaluación médica sí o sí, y es el médico el que determina si tiene o no alguna *enfermedad de Salud Mental*[9].

En los casos planteados se observan determinados aspectos del comportamiento de lxs profesionales del equipo de Salud Mental, como lo es la mirada occidental desde su trabajo sin considerar el condicionamiento cultural de las personas o grupos familiares, y la falta de planteo de una mirada interdisciplinar: al momento de las intervenciones no se tienen en cuenta otras profesiones que podrían colaborar a comprender y trabajar de forma diferente con una población que tiene una cultura propia y particular por el contexto en que se encuentra, como por ejemplo el aporte que podría darse desde la antropología, sociología, entre otrxs.

Cuando se piensa en interculturalidad, no se debe olvidar lo planteado en el apartado de aspectos teóricos de la prese0nte investigación, en donde se menciona que la misma no es únicamente un intercambio entre culturas (el cual no será pacífico), sino que está relacionada con la categoría de colonialidad y los hechos propios del colonialismo. La cultura mapuche, cultura de las personas que acuden al programa de Salud Mental del Servicio Social del Hospital Intercultural Makewe, ha sufrido la imposición del eurocentrismo, se han desvalorizado sus conocimientos, saberes y se les ha

[9]Cito palabras de la Trabajadora Social.

discriminado. En los casos planteados anteriormente podemos observar que estos hechos de desvalorización hacia la cultura persisten, el pretender imponerles la medicina occidental y hegemónica como única medicina verdadera y los métodos de control que se utilizan desde lxs profesionales de Trabajo Social, siguen generando dominación cultural.

La colonialidad del poder y del saber sigue impactando en la vida de las personas y las intervenciones desde el Trabajo Social al ubicar al Modelo Médico Hegemónico como superior y al excluir -en este caso- a la forma de concebir la salud-enfermedad desde la cosmovisión mapuche.

Se hace necesario retomar y recordar los objetivos de la presente investigación en cuanto a cómo se manifiestan las lógicas de poder-saber institucionales en las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental. En este sentido, se observa una actitud paternalista de parte de la Trabajadora Social en todos los casos mencionados: se muestra directiva, insistente en que las personas acaten sus decisiones, al mismo tiempo que utiliza el discurso- su discurso- como un dispositivo de poder-saber orientado a controlar la vida de *los usuarios* (tal como se refiere a las personas pertenecientes al programa de Salud Mental).

Dentro de las intervenciones -la Trabajadora Social- en su discurso, utiliza amenazas de control relacionadas al Modelo Médico Hegemónico: menciona que ira a hacer las visitas domiciliaras con personal médico para corroborar que las personas estén tomando sus medicamentos, les hace saber que revisa su historial médico y por lo tanto sabe cuándo van a sus controles o no sin tener en cuenta sus propias posibilidades materiales y culturales, siendo que la mayoría de estas personas o grupos familiares viven a grandes distancias de la institución del Hospital Makewe, no cuentan con medios económicos para trasladarse hasta allí y a su vez acuden a remedios naturales como hierbas que forman parte también de su cultura.

En los casos de las personas con padecimientos de Salud Mental que se encuentran medicadas, la Trabajadora Social demuestra una visión de la Salud Mental propia del Modelo Médico Psiquiátrico:

invalida las decisiones de los pacientes por el sólo hecho de encontrarse en tratamiento con psicofármacos o estar diagnosticadxs con padecimientos de Salud Mental. Este hecho no es menor ya que como se ha mencionado, para lxs mapuche, la salud no está dividida en física y mental, sino que la salud es un todo que incluye la familia, comunidad, tierras, animales, etc. Dentro de la cultura, la palabra de cada persona tiene un rol muy importante, en especial de aquellxs que son adultxs por la sabiduría que se entiende que han adquirido, pero también al momento de hacer algún trato o acuerdo con alguien, se le brinda la palabra de cada uno como comprobante de que ese hecho va a realizarse, como si fuera una especie de sello o certificado de validez. Por lo mismo, la acción de invalidar las decisiones de los pacientes, invalidar su palabra por estar circunstancialmente con medicación, demuestra el poder autoritario y disciplinador que se ejerce sobre ellxs sin considerar el pretender comprender y/o aprehender la cultura.

Debido a que nos estamos refiriendo a las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales, no debemos perder de vista que esta categoría -intervención social-, tal como lo plantea Muñoz Arce (2015), si está direccionada incorrectamente, puede llegar a considerarse como una expresión de dominación colonial. Luego del anterior análisis, se observa a la intervención de esta forma, con la idea primaria con que fue concebida, pretendiendo dirigir, ordenar, organizar e incluso ejercer control sobre las personas y su entorno.

Resulta en parte comprensible que al estar inmersx en una institución, al ser unx empleadx más de la misma, al depender nuestro puesto de trabajo y sueldo de cumplir o no con lo pedido por la institución, muchas veces se recae en lo que nuestro posicionamiento e ideales no esperaban, en hacer lo que alguna vez dijimos que no haríamos como Trabajadorxs Sociales. Es lamentable pero nadie se encuentra excento de que en algún momento, sus intervenciones dejen de apostar a ser parte de un proyecto emancipador para la sociedad con quienes trabajamos y pasen a ser una expresión de dominación colonial, a pretender controlar y dirigir la vida de las personas con quienes trabajamos

porque de ese modo responderíamos a las demandas institucionales e incluso, tal vez, nos resulte el camino más sencillo.

A pesar de esto, siempre se está a tiempo de redireccionar las intervenciones sociales, de deconstruirnos como profesionales del Trabajo Social y de ahí viene la importancia de re-pensar nuestras prácticas, nuestros posicionamientos.

3.2. Análisis e interpretación de entrevista

En este apartado se presentarán las temáticas abordadas en la entrevista a la Trabajadora Social del Programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe. Las preguntas de dicha entrevista fueron realizadas en base a los objetivos tanto general como específicos planteados al inicio de la investigación, los cuales vale la pena recordar:

-Identificar las funciones y atribuciones otorgadas a lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe.

-Conocer los mecanismos a través de los cuales las lógicas de poder-saber institucionales reproducen el modelo médico hegemónico.

-Describir cómo se manifiestan las lógicas de poder y saber institucional en las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe.

-Conocer cuáles son los mecanismos a través de los cuales se aborda la interculturalidad en el Servicio Social y particularmente en lxs Trabajadores Sociales del Hospital Makewe pertenecientes al programa de Salud Mental.

A partir de esto, haré un breve resumen de las temáticas trabajadas en la entrevista[10] acompañado por su pertinente análisis.

Debido a que el Programa de Salud Mental del Hospital pertenece a la atención primaria de salud, éste se enfoca en detección, prevención, contención y psicoeducación. Detectar situaciones de vulnerabilidad en las personas; prevenir en cuanto a que aumenten los riesgos y el *desarrollo de patologías más serias*[11]; contención al momentos de encontrarse con pacientes descompensados; y

[10]Disponible en el anexo 2
[11]Cito palabras de la Trabajadora Social

psicoeducación en tratar de erradicar la idea de que a Salud Mental llegan *los locos* sino que por el contrario quienes quieren buscar solución a su problema.

El programa de Salud Mental se encuentra en el Hospital Makewe hace aproximadamente trece años, a pesar de que en sus inicios -según refiere la Trabajadora Social-, no existía la estructura necesaria para el mismo, brindándole poca importancia a la Salud Mental. Actualmente, como ya se señaló precedentemente, el programa se encuentra conformado por un médico, un psicólogo, una Trabajadora Social y una técnico paramédico; siendo el psicólogo quien está a cargo de la coordinación del mismo.

En cuanto a la metodología de trabajo que utilizan, la entrevistada mencionó que es la evaluación del paciente con el médico la que determina si alguien puede ingresar o no al programa. Así mismo, son el médico y el psicólogo quienes determinan si es necesaria la intervención de la Trabajadora Social en el caso, y de ser así, le indican qué acciones concretas realizar (mayormente cuando las variables sociales influyen en el cuadro). Al principio del programa, no había un médico para Salud Mental, por lo que los pacientes debían contar su historia varias veces a cada médico que veían, incluso se les recetaban medicamentos por períodos mayores a los recomendados.

La población que conforma el programa proviene de diversos sectores territoriales lo que genera una sobrecarga para el único equipo de Salud Mental del Hospital, frente a este hecho la Trabajadora Social menciona que el problema radica en una falta de control en los ingresos al Hospital. Los casos que llegan al programa se dan en gran medida por derivaciones de otros programas del Hospital como por ejemplo desde la nutricionista o el programa de atención domiciliaria.

Respecto a las visitas domiciliarias que se realizan desde el programa, el sistema hospitalario les otorga una hora por paciente pero esto genera dificultades al interior del equipo y de las intervenciones ya que las distancias, al ser sector rural, son extensas y se demoran media hora en llegar hasta el domicilio de la persona y media hora en regresar, dejándolos casi sin tiempo para la intervención en sí.

Al preguntar sobre la interculturalidad a la Trabajadora Social, responde que el Hospital ha intentado hacer un área intercultural pero que no ha funcionado, en la realidad cada profesional trabaja la temática según sus conocimientos (y en la mayoría son escasos). En el programa de Salud Mental particularmente hay profesionales mapuche lo cual facilita que puedan al menos intentar incorporar algunos aspectos de la interculturalidad, como por ejemplo: preguntar a las personas cómo se encuentran, cómo están sus familias, el hecho de no ser tan invasivos en las visitas domiciliarias. Y respecto al acceso a la salud tradicional mapuche, es nula ya que para acceder a ella es necesario pagar por la misma a la/el machi, la población no cuenta con los recursos generalmente y el Hospital no se hace responsable de los gastos.

Al preguntar qué importancia se le da a la Salud Mental en relación a la Salud Física en la institución, la Trabajadora Social respondió que se desvaloriza mucho la Salud Mental. Como equipo han tenido que pelear por cupos diarios de médico para los pacientes del programa de Salud Mental; si faltaba algún doctor por licencia, por ejemplo, se le atribuían sus pacientes al doctor de Salud Mental, quitándoles las horas a los pacientes del programa de Salud Mental. Mencionó que incluso se desvaloriza al médico de Salud Mental, se llega a creer que son horas como para la caridad.

Su rol como Trabajadora Social lo describió como: dar apoyo al trabajo del médico y el psicólogo, ocuparse de la coordinación en ciertos casos y la organización. Menciona que ha notado cambios en sus intervenciones: ha tenido que encargarse de gestionar horas médicas para los pacientes del programa de Salud Mental, abordar temáticas que no correspondían a su profesión sino que eran propias del psicólogo del equipo

La última pregunta que se le realizó a la entrevistada fue si había tenido algún tipo de dificultad o resistencia al momento de llevar a cabo sus intervenciones por parte del personal o de las autoridades del Hospital, y su respuesta fue positiva, mencionó que hubieron muchas resistencias respecto a su rol debido a que en el Hospital se maneja el sistema asistencialista de Trabajo Social y ella no concuerda con eso. Al inicio de su trabajo en el Hospital accedió a realizar los trámites de las personas del

programa de Salud Mental porque observaba que vivían lejos de la ciudad y no tenían redes de apoyo pero con el tiempo modificó eso siendo su metodología el brindarles información y *movilizarlos*[12] para que hagan las cosas por ellos mismos. Cuando comenzó a poner ciertos límites respecto a las temáticas o casos que abordaría (siendo que se encuentra dentro del programa de Salud Mental), tuvo conflictos con su jefatura: cuestionaban sus intervenciones, las consideraban poco profesionales e incluso la acusaban de tener falta de voluntad por decir que su rol tenía un límite.

Terminando la entrevista, la Trabajadora Social dijo una frase que quedó dando vueltas y vueltas en mi cabeza: *es difícil trabajar en ambientes en donde no se entiende cuál es tu función*. Porque finalmente, en ciertas instituciones como ésta es tal el grado de imposición e impacto de su lógicas de poder-saber sobre las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales, que llega a desdibujarse su función o rol allí. Teniendo que acceder a unicamente responder a las demandas institucionales para conservar el puesto de trabajo.

Una de las temáticas que fue abordada por la Trabajadora Social en varias ocasiones fue la poca o nula importancia que se le da a la Salud Mental desde la institución del Hospital en relación con la salud física. Esto no es algo que ocurre al azar o por un simple descuido desde la institución, por el contrario es algo que responde a las lógicas de poder-saber que sigue como institución socializadora de un régimen de producción de verdad impuesto por la sociedad disciplinar. Existiendo una gran diferenciación entre la Salud Mental y la salud física por ejemplo al otorgarle horas para atender casos de salud física al médico de Salud Mental a expensas de quitarles horas médicas a los pacientes del programa de Salud Mental por considerarlo de menor importancia.

En este mismo sentido, no resulta extraño que sea el médico del programa de Salud Mental quien tiene el poder de decidir si alguien ingresa o egresa del programa, siendo que dentro de esta

[12]Cito palabras de la Trabajadora Social.

institución se encuentra presente y como dominante el modelo médico hegemónico: recordemos que dentro del modelo médico hegemónico se reduce la enfermedad a signos y diagnósticos construidos a través de indicadores biológicos, lo cual posibilita que tanto *el enfermo* como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas (Iriart, 2002). Por lo tanto, para este modelo no es necesaria la intervención de otras disciplinas como por ejemplo el Trabajo Social o la Antropología a partir de las cuales podrían exponerse factores situaciones y culturales que aportarían al trabajo con las personas. Incluso, en el caso de que se le solicite intervención a la Trabajadora Social por parte del médico, es él quien le indicará la forma en que deberá intervenir, visualizándose de este modo una superioridad por parte del médico, y una desvalorización y desinformación respecto al rol de lxs trabajadores sociales y sus aportes como profesionales.

Otro aspecto a destacar es que desde la institución no se tienen en cuenta elementos situacionales propios de la población que pertenece al programa de Salud mental y que repercuten en las intervenciones de lxs trabajadores sociales, como por ejemplo las distancias que existen entre las viviendas de las personas y el Hospital: la Trabajadora Social mencionaba que se les brinda una hora por persona para las visitas domiciliarias, tiempo que tal vez en otros lugares como en la ciudad podrían resultar pertinentes pero en este caso no lo es, no sólo por las largas distancias que deben recorrer para llegar hasta los domicilios (incluso estar preguntando a vecinos si conocen a tal o cual persona porque las viviendas en el campo no están señalizadas por calles o números) sino también porque dentro de la cultura mapuche es necesario darse el tiempo para llevar a cabo un saludo protocolar previo a ir al tema que compete a los profesionales, cosa que en otro contexto como la ciudad o en otra cultura no es necesario.

Lo antedicho deja entrever el nulo abordaje que se da desde la institución respecto a la interculturalidad, a pesar de llevar esa categoría en el nombre del Hospital, siendo cada profesional responsable de trabajar desde una perspectiva intercultural o no.

En cuanto al rol de la Trabajadora Social del programa, este se basa unicamente en brindar apoyo al médico y al psicólogo del equipo, dejando a un lado sus incumbencias profesionales e incluso teniendo que realizar funciones que exceden sus quehaceres profesionales o su rol como por ejemplo tener que buscar horas médicas para las personas del programa o brindar contención a las personas por falta del profesional psicólogo.

Retomando el tema de los objetivos específicos de esta investigación, presentaré algunos resultados obtenidos a partir del trabajo de campo y la entrevista a la Trabajadora Social del programa de Salud Mental.

Objetivo 1: Identificar las funciones y atribuciones otorgadas a lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe:

-entrevistar a las personas que se acercan a la oficina del Servicio Social del Hospital

-mantener contacto con las personas del programa para realizar seguimientos

-realizar visitas domiciliarias junto al equipo de Salud Mental para seguimiento y/o evaluación de los pacientes del programa

-derivaciones al médico del programa para evaluación a fin de aprobar o no el ingreso de las personas al programa de Salud Mental

-organización

-coordinación cuando el encargado (psicólogo) se encuentre ausente

-gestionar horas médicas para los pacientes del programa de Salud Mental

Objetivo 2: Conocer los mecanismos a través de los cuales las lógicas de poder-saber institucionales reproducen el modelo médico hegemónico:

-considerarla medicina occidental como la única válida

-desvalorizar la opinión de quienes tienen padecimientos de Salud Mental

-la iniciativa a medicalizar

Objetivo 3: Describir cómo se manifiestan las lógicas de poder y saber institucional en las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales del programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe:

-es el médico, profesional clave dentro del modelo médico hegemónico, quien autoriza el ingreso de la Trabajadora Social a los casos del programa de Salud Mental y le indica qué acciones concretas debe realizar

-a través de los discursos

-a través de la medicalización de las conductas (derivaciones a psiquiatría, fomentar el consumo de psicofármacos sin considerar la intervención situada)

-se observa una actitud paternalista de parte de la Trabajadora Social en todos los casos mencionados: se muestra directiva, insistente en que las personas acaten sus decisiones, al mismo tiempo que utiliza el discurso- su discurso- como un dispositivo de poder-saber orientado a controlar la vida de *los usuarios* (tal como se refiere a las personas pertenecientes al programa de Salud Mental)

-dentro de las intervenciones -la Trabajadora Social- en su discurso, utiliza amenazas de control relacionadas al Modelo Médico Hegemónico: menciona que ira a hacer las visitas domiciliaras con personal médico para corroborar que las personas estén tomando sus medicamentos, les hace saber que revisa su historial médico y por lo tanto sabe cuándo van a sus controles o no.

-en los casos de las personas con padecimientos de Salud Mental que se encuentran medicadas, la Trabajadora Social demuestra una visión de la Salud Mental propia del Modelo Médico Psiquiátrico: invalida las decisiones de las personas por el sólo hecho de encontrarse en tratamiento con psicofármacos o estar diagnosticadxs con padecimientos de Salud Mental.

Objetivo 4: Conocer cuáles son los mecanismos a través de los cuales se aborda la interculturalidad en el Servicio Social y particularmente en lxs Trabajadores Sociales del Hospital Makewe pertenecientes al programa de Salud Mental:

-no existe en la realidad un mecanismo para abordar la interculturalidad proveniente desde el Hospital hacia sus funcionarios en general

-cada profesional debe buscar instruirse respecto a la cultura mapuche, que es la predominante en la población que asiste al Hospital Makewe

-La Trabajadora Social del programa de Salud Mental aborda la interculturalidad a partir del respeeto a la cultura mapuche, como por ejemplo la importancia del saludo al ver a alguien y preguntar por su salud, la de su familia, comunidad, sus tierras, el no ser tan invasivos al realizar las visitas domiciliarias, incluso aceptar los obsequios que brindan las personas a lxs trabajadorxs sociales como retribución por su trabajo (siendo esta una práctica común entre mapuche y que de ser rechazada sería como un insulto para la persona).

A modo de conclusión:

Cabe recordar y destacar que la presente investigación fue realizada en el contexto de una pandemia, con las limitaciones propias de ser realizada en un sector particular -programa de salud mental del servicio social-, dentro de una institución hospitalaria de carácter intercultural, ubicada en un territorio específico de Chile con población en su mayoría mapuche. Por lo tanto, no pretende demostrar generalidades sino que es un estudio de caso pero que a su vez nos permite vislumbrar ciertos hallazgos valiosos para la profesión.

Se considera relevante en este apartado hacer mención del objetivo general de la investigación a fin de realizar posteriormente la presentación de los principales resultados que pudieron obtenerse. Objetivo general: Reflexionar sobre las intervenciones de lxs Trabajadorxs Sociales en las instituciones que reproducen los dispositivos de poder- saber hegemónicos, correlato de la colonialidad del poder-saber vigente aún en nuestros territorios

Tal como muestran los datos analizados, en la institución del Hospital Intercultural Makewe, se le otorgan funciones y atribuciones a lxs Trabajadores Sociales del programa de Salud Mental que exceden su quehacer profesional. En ocasiones por desconocimiento respecto a su rol profesional y en otras ocasiones por falta de personal hospitalario.

A su vez, resulta evidente que las lógicas de poder-saber institucionales reproducen el modelo médico hegemónico al considerar a la medicina occidental como la única válida, al mismo tiempo que se desvaloriza y no se tiene en cuenta la cosmovisión mapuche respecto a lo que se considera como salud (excediendo ésta el puro bienestar físico) ni su medicina propia o sus autoridades relacionadas a la misma.

El hecho de que exista la iniciativa a la medicalización de las conductas como forma única de trabajar con las personas, y no sea valorada la opinión de quienes tienen padecimientos de Salud

Mental, reafirma la reproducción del modelo médico hegemónico instaurado en el Hospital Intercultural Makewe.

Tanto la actitud paternalista que hemos observado en la Trabajadora Social del programa en todos los casos mencionados, la utilización de amenazas de control relacionadas al modelo médico hegemónico, la visión de Salud Mental propia del modelo médico psiquiátrico presente en la profesional de Trabajo Social, así como el hecho de que sea el médico quien autorice o no el ingreso de la Trabajadora Social a los casos del programa indicándole a su vez cómo realizar su intervención, nos permite comprobar cómo se manifiestan las lógicas de poder y saber institucional en las intervenciones de lxs trabajadores sociales del programa de Salud Mental y el impacto que en las mismas genera.

Para finalizar este apartado de análisis, haremos referencia a la categoría de interculturalidad. Siendo que la institución donde se realizó esta investigación el Hospital Intercultural Makewe, lleva en su nombre la categoría misma de interculturalidad, cabría suponer que desde la institución se le daría mayor énfasis a dicha categoría. Pero como hemos podido analizar, esto no es así y no resulta muy diferente para el Servicio Social del Hospital. A pesar del esfuerzo que pueden realizar lxs profesionales del equipo de Salud Mental por incorporar la interculturalidad a sus intervenciones, se ven enfrentados a tener que responder a ciertas demandas institucionales como por ejemplo respetar ciertos tiempos de visitas domiciliarias o formas de intervenir que no les permiten más que ciertas pinceladas de la interculturalidad en sus intervenciones, aunque ellos pudiera significarles reclamos o conflictos institucionales.

En este espacio de la investigación, habiendo recorrido un largo camino ya, es necesario recordar nuestra hipótesis planteada al comienzo:

Lxs Trabajadorxs Sociales pertenecientes al programa de Salud Mental del Hospital Intercultural Makewe reproducen las lógicas de poder-saber institucionales erigidas como hegemónicas. Dichas lógicas están marcadas por una visión fuertemente biologicista del modelo de

salud-enfermedad-atención. Esto se traduce en una asimetría entre el médico-paciente, una concepción ahistórica de los síntomas y la enfermedad, una postura patriarcal de las cuestiones de género y una tendencia a la medicalización de las conductas.

Y al confrontar las generalizaciones que hemos podido realizar con lo planteado en nuestra hipótesis podemos afirmar que la misma se confirma, lxs Trabajadores Sociales del programa de Salud Mental reproducen las lógicas de poder-saber institucionales erigidas como hegemónicas, tal vez obligados por diversas situaciones institucionales ante las cuales se enfrentan, quizás sin darse cuenta. Finalmente la visión biologicista respecto a la forma de concebir la tríada salud-enfermedad-atención es mucho más fuerte que sus posibles intentos por intervenir de forma diferente, inhabilitando casi al máximo la posibilidad de un trabajo como equipo teniendo en cuenta la interculturalidad ya que es en extremo marcada la figura de autoridad del médico perteneciente a la medicina occidental, el separar a la persona con su historia y contexto de sus síntomas y la enfermedad, y la tendencia a la medicalización de las conductas.

Propuesta: descolonizar la intervención en salud mental

Al pensar en una propuesta para descolonizar las intervenciones en Salud Mental, pienso en la posibilidad de tener, adoptar y/o incorporar una actitud descolonial, un posicionamiento descolonial desde la base de comprender la colonialidad.

Descolonizar nuestro conocimiento, reconocer y hacer resurgir el saber de nuestros pueblos originarios, saberes ancestrales y propios de los espacios que habitamos,un saber y pensar situado, no exportado.

La academia posee una forma de extender el conocimiento respecto a las intervenciones desde el Trabajo Social. Tal vez resultaría más complejo el aprender a intervenir en los diversos contextos en que podamos encontrarnos (me atrevería a decir que sería imposible ya que cada espacio está conformado por múltiples y variadas situaciones de vida y personas). Pero sí es posible reconocer que no existe una forma única de intervenir sino que ésta debe adaptarse a la o las culturas en que nos encontremos desarrollando nuestra profesión.

Una vez más remarcamos que no es lo mismo intervenir con población mapuche que con personas no mapuche. Este pueblo/nación posee características particulares y propias, incluso diversas dentro de un mismo territorio.

Al insertarnos como Trabajadorxs Sociales dentro de una institución, debemos darnos el trabajo de conocer a la población con quienes trabajaremos, cada parte de su cultura, incluso las religiones o creencias que profesen. Debemos hacer el esfuerzo por desaprender la idea de que as intervenciones son de *tal o cual* forma. Se trata de acompañar en sus procesos a aquellxs con quienes tengamos la posibilidad de trabajar desde el respeto y la promoción de los Derechos Humanos.

A todo esto, debemos sumarle la particularidad de intervenir en el área de Salud Mental. Como hemos mencionado en el cuerpo de la investigación, para el pueblo/nación mapuche, la Salud Mental

no existe como algo en sí mismo, sino que forma parte de la vida en su totalidad. La salud no se separa o secciona, incluso estar con o sin buena salud hace referencia al cuerpo físico, al alma, a la mente, a la familia, al campo, a la comunidad.

Las intervenciones en el área de Salud Mental en las instituciones hospitalaria, se encuentran ya establecidas y predeterminadas: los modelos son relativamente similares sin importar o tener en cuenta la población, cultura, territorio. Frente a este hecho, como Trabajadorxs sociales y empleados de dicha institución que socializa saberes, tenemos 2 opciones: amoldarnos y ser parte de la reproducción de un régimen que impone una forma de verdad y que regula la vida de las personas o por el contrario, hacerle frente desde nuestro espacio, repensando nuestras prácticas, desaprendiéndonos, reconociendo como válido un saber otro, propio, ancestral.

Bibliografía

- Alarcón A., Vidal A., Neira J., (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*; 131: 1061-1065. Interculturalidad en salud. Revista del Instituto de Salud Pública de Chile. Disponible en:https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014

-Amarante, P., (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires. Editorial: Ciudad.

-Amico, L., (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención de Trabajo Social en alternativas de atención*. Buenos Aires. Editorial: Espacio.

-Montes Montoya, A., Busso, H., (2007). « Entrevista a Ramón Grosfoguel ». En *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, num 18. Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30501804

-Antona Bustos, J., (2011). *Tesis doctoral: Etnografía de los derechos humanos. Etnoconcepciones en los pueblos indígenas de América : el caso mapuche. Memoria para optar al grado de doctor*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Geografía e Historia. Departamento de Historia de América II (Antropología de América).

-Biblioteca Ministerio de Salud "Dr. Bogoslav Juricic Turina". Septiembre 2011. *Historia Hospital Makewe*. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Makewe.pdf

-Carballeda, A., (2008). La intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. En *Revista Margen* n° 48. Disponible en http://www.margen.org/suscri/numero48.html

-Carballeda, A., (S/F). *La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*. Disponible en https://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf

-Carballeda, A., (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. En *Revista Margen* n°65. Disponible en http://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf

- Dubet, F. (2007). El declive y las mutaciones de la institución/The Institution's Decline and Mutations/Le déclin et les mutations de l'institution. *Revista de Antropología social*, *16*, 39.

-García Fanlo, L., (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte rei, Revista de Filosofía.

-Giraldo Diaz, R., (2006). *Poder y resistencia en Michel Foucault*. UCEVA -Unidad Central del Valle del Cauca (Colombia).

-Guber, R. (2011), *La etnografía: Método, campo y reflexividad.*, Buenos Aires, Argentina, Editorial: Siglo Veintiuno Editores.

-Ibache, J., Chureo, F., Mc Fal, S., Quidel, J. (2001). *Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. Washington: sistemas y servicios de salud OMS/OPS.

-*Instituto Nacional de Estadísticas*, (2002). Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/etnias/publicaciones-y-anuarios/estadisticas-sociales-pueblos-indigenas-en-chile-censo-2002/estad%C3%Adsticas-sociales-pueblos-ind%C3%Adgenas-en-chile-censo-2002.pdf?sfvrsn=57b660a86

-Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafios. En *Revista Panam Salud Publica*; 12(2) 128-136, ago. 2002. Disponible en https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M4/BiblioM4/MEDICINASOCIAL.pdf

- Lander, E. (2000). *Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos.* En E. Lander. (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 11-40). Caracas: Clacso.

-Lerín Piñon, S. (2004). *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*. Desacatos, núm. 15-16, pp. 111-125. CIESAS, México.

- Ley Federal de Trabajo Social. (27.072) Año 2014.

-Ley Nacional de Salud Mental. (26.657) Año 2010.

- Maldonado Torres, N., (2007). *Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto*. En S. Castro-Gómez, & R. Grosfoguel. (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global"*(pp. 127-167). Bogotá: Siglo del Hombre.

-Menéndez, E., (2002). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

-Muñoz Arce, G., (2015). *Intervención social en contexto mapuche y descolonización del conocimiento*. Tabula Rasa, núm. 23, julio-diciembre, 2015, pp. 267-287. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca Bogotá, Colombia.

-Quijano, A., (2000). (2000a). *Colonialidad del poder y clasificación social*. *Journal of World– System Research*, VI(2), 342-386.

- Quijano, A. (1991). *Colonialidad y Modernidad/Racionalidad.* En Perú Indígena, 13(29), 11-20. (Reproducido en Heraclio Bonilla (comp.). (1992). Los conquistados: 1492 y la población indígena de las Américas. Bogotá: Flacso-Tercer Mundo.

-Rincón, O., Millán, K., Rincón, O. (2015). *El asunto decolonial: conceptos y debates*. En Perspectivas. Revista de historia, geografía, arte y cultura (Año 3 no. 5 ene-jun 2015) (pp. 75-95). Maracaibo: CLACSO.

-Rodríguez, X., Castellano, A., (2017). *Hacia un Trabajo Social decolonial: De los objetos de intervención al protagonismo social en Nuestra América*. En Meschini, P., Hermida, M. (comp.), "Trabajo Social y Descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social" (pp. 363-394) (edición septiembre 2017).

-Soto, R. (2011). La intervención profesional con familias mapuche-tewelche en territorios urbanos de pobreza. En *Revista Margen* n.º62. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen62/soto.pdf

-Spinelli H**.** (2010). *Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010*; 6 (3): 275-293.

- Valbuena Buitrago, W. S. (2016). *¿Cómo estudiar la interculturalidad desde el diseño? No hay interculturalidad sin creatividad*, Colombia. En Arquetipo volumen (13), Julio- Diciembre 2016 pp 9 - 35.

-Vélez Restrepo, O. (2003), *Reconfigurando el Trabajo Social Perspectivas y tendencias contemporáneas*, Buenos Aires, Argentina, Editorial: Espacio.

Anexo 1

Cuaderno de campo. Idas a terreno.

-13 de junio 2022. Ida a campo. Las idas a terreno son a las catorce horas los días lunes y a las nueve horas los días viernes pero en pocas ocasiones eso se respeta: algunx de lxs profesionales se retrasa, no encuentran quien conduzca la camioneta que lxs traslada, no están listas las planillas con la planificación de las personas que irán a ver, etc. En esta ocasión fuimos con la Trabajadora Social y la paramédico del programa SENDA. A pesar de que está estipulado que los días lunes se verá a *usuarios* del programa SENDA y los días viernes a *usuarios* del programa de Salud Mental, no se respeta estrictamente sino que se organiza por zonas (todxs lxs usuarios que vivan por "x" zona se les hace una *visita*).

En el camino de ida, la Trabajadora Social me puso al tanto de la usuaria a la que íbamos a ver, perteneciente al programa de Salud Mental: Julia, diagnosticada por Salud Mental, actualmente sin medicación por haber tenido una hija recientemente. Según la Trabajadora Social, Julia no quiere tomar la medicación porque necesita cuidar a su hija. Convive con su pareja.

Una vez allí, la Trabajadora Social le preguntó a Julia cómo había estado, cómo se había sentido en esos días, y a todo la Sra le respondía bien. La Trabajadora Social le dijo "le había dejado unas tareas a tu marido.. ¿las pudo hacer?" Julia asintió. La Trabajadora Social continuó explicando que no pretendía ser molesta pero que era necesario que se acomodara la habitación para que la bebé durmiera de forma más segura y explicitó en qué lugar debía dormir cada uno en la cama de 2 plazas ubicada en la única habitación de la casa. Julia volvió a afirmar.

La Trabajadora Social le dice que fueron a dejarle unos turnos para el médico psiquiatra para ella y para su marido. Frente a la sorpresa de Julia, le explica que su marido también debe ser evaluado y quizás comenzar un tratamiento.

La paramédico interviene para preguntarle si estaba tomando sus medicinas, Julia responde “a veces” y la Trabajadora Social dice entre dientes pero en tono audible “no, no las está tomando”. Julia explica que el otro día las tomó pero se quedaba dormida encima de su bebé y eso no puede pasar, tiene que cuidarla y “nadie la va a cuidar mejor que yo”.

La Trabajadora Social destaca su rol como mamá, la anima y felicita, le recomienda asistir a la hora con su médico y solicitarle medicinas mas suaves para no quedarse dormida. Hace comentarios sobre la casa en construcción y le dice que allí va a poder tener su casa más ordenada.

-17 de junio 2022. Me llama mucho la atención lo diferente de la dinámica del Hospital Makewe respecto a otros hospitales: acá nadie hace controles ni pide cuentas, pareciera que la institución no demandara…

En la camioneta, yendo a terreno, la Trabajadora Social me cuenta que a partir del próximo mes las cosas van a cambiar, le van a armar una agenda donde le van a asignar horas desde S.O.M.E. (Servicio de Orientación Médico Estadístico) porque dicen desde la fundación del Hospital que el Servicio Social no está rindiendo. Se le va a asignar una determinada cantidad de tiempo para cada persona en terreno. Me cuenta que suele olvidarse de completar las fichas de *los usuarios* porque cuando va a hacerlo el día después de las entrevistas, éstas no están en los casilleros y así van pasando los días. Lo antedicho le genera problemas con SEREMI (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud). Cabe aclarar que las fichas médicas se encuentran unicamente en físico y no digitalizadas, lo cual ha provocado que en algunas ocasiones se extravíen y se pierdan todos los antecedentes médicos de las personas.

La Trabajadora Social me comentó la necesidad de más profesionales psicólogxs ya que al haber uno solo para todo el hospital, en reiteradas ocasiones ella ha tenido que cumplir con un rol de escucha y contención al presentarse personas que requieren de psicólogo cuando éste no se encuentra presente.

Fuimos a ver a una mujer por Salud Mental que hace dos días había ido al Servicio Social del Hospital. Vive con su hija de cuatro años y su padrastro de sesenta y ocho años, su hijo y su nuera viven en la casa de al lado, su madre falleció hace un año. En la visita, la mujer refiere que se queda en la vivienda para que su padrastro le de el terreno a pesar de que ha tenido que llamar a Carabineros varias veces por malos tratos de parte de su padrastro.

Al hablar con el hombre, nos cuenta que es diabético, sufre de hipertensión y que no se medica ni come bien porque se siente triste y solo, que todas las personas le hablan mal y le echan la culpa, pero que él se ocupa de que a su hijastra y a su nieta no le falte nada, y a cambio espera que le hagan la comida y le den sus medicamentos inyectables. Refiere haber pensado varias veces en ahorcarse pero después piensa en su nieta pequeña y deja a un lado esa idea.

La Trabajadora Social comenzó la conversación acusándolo y diciéndole "sabemos que ha actuado con violencia y han tenido que llamar a carabineros". Después de que el hombre contara su versión, le dijo que el equipo de Salud Mental ahora iba a acompañarlo y contenerlo, que ya no se sintiera solo. Quedó en hacerle visitas seguidas y otorgarle una hora para sus controles médicos.

-04 de julio de 2022. Fuimos a ver personas del programa de Salud Mental (solas porque el psicólogo está de vacaciones y la paramédico estaba cubriendo un puesto en farmacia del Hospital). Realizamos entrega de medicamentos. Visitamos al hombre del 17/06, conversamos menos de cinco minutos en donde la Trabajadora Social le preguntó cómo se encontraba, cómo iba con sus medicamentos y él mencionó que ese día al no estar su hijastra no lo había *pinchado* para la diabetes (él no sabe hacerlo).

Nos acercamos hasta la casa de un niño (por seguimiento del caso), que vivía con sus abuelos pero su abuela falleció en pandemia. Según la Trabajadora Social tanto el niño como su abuelo no podían superar el duelo y debido a que el psicólogo no podía acercarse al domicilio, ella y la paramédico iban a verlos para "escucharlos y controlar que el hombre tomara sus medicamentos". La

Trabajadora Social refirió que en cada visita le tomaban la presión al hombre para que se diera cuenta que lo iban a controlar y de esa forma obligarlo a tomar sus medicamentos.

Fuimos a la casa de un matrimonio de adultxs mayores. La señora hace 3 años que perdió por completo la visión por diabetes, se encuentra en el programa de Salud Mental por un "trastorno adaptativo". Al conversar, la señora refiere sentirse abandonada por el psicólogo ya que no se ha acercado al domicilio y cuando ella ha ido al hospital él se encontraba con licencia. Menciona sentirse sola ya que solo una de sus hijas va a verla y cuando su esposo realiza labores en el campo ella queda sola y sin poder movilizarse del sillón donde la deja. El hombre nos cuenta que ha perdido sus horas médicas por no tener alguien que quede al cuidado de su esposa.

-18 de junio de 2022. Conversando con la Trabajadora Social en la oficina me cuenta que se siente agotada, hace 2 semanas que el psicólogo está de vacaciones y actualmente se tomó licencia, está llegando mucha gente descompensada, diciendo que tiene síntomas médicos aunque ella cree que todo se debe a que no están teniendo sus terapias. Refiere sentirse más cómoda atendiendo a alguien que viene a ver al psicólogo por primera vez (cabe aclarar que cuando viene alguien a ver al psicólogo y no está, la Trabajadora Social mantiene una entrevista con la persona "para que no se vaya como vino"), porque siente que se de esa manera no diría nada contraproducente; diferente a alguien que ya ha tenido varias sesiones y podría decir algo que vaya en contra del proceso que se va siguiendo. La Trabajadora Social dice que esa situación le genera una carga, que le frustra desgastarse por el hospital sin motivo, porque después habla con otrxs profesionales o instituciones y no obtiene respuesta, siente un abandono hacia el Servicio Social.

-22 de agosto de 2022. Se realiza visita a la casa de la Sra del día 13/06, se encontraba junto a su esposo quien tomó el control de la conversación y respondía a pesar de que se le hicieran preguntas a su esposa. El hombre refirió no haber ido a su consulta con el médico por no tener locomoción e hizo mención de molestias que sentía su esposa con el parche subdérmico (anticonceptivo), el cual quiere que le saquen (la Sra sólo afirmaba). La Trabajadora Social le respondió que iba a hablarlo con la

matrona del Hospital pero que era importante que la Sra pensara en otro método anticonceptivo rápidamente porque ella no creía que fuera bueno otro embarazo tan luego.

En la camioneta, la Trabajadora Social me contó que la matrona ya la había puesto al tanto de la situación y que no había querido sacarle el parche subdérmico para prevenir un posible embarazo, pero que sabía que no era legal por lo que había que orientarla por otro método anticonceptivo porque suponen que el marido la presiona para tener otro bebé.

-26 de agosto de 2022. La Trabajadora Social me cuenta que una enfermera le derivó un caso de un adulto mayor porque "tiene una afección en la piel, su casa tiene piso de tierra y sus calcetines estaban rotos". Aunque ella es del programa de Salud Mental y sabe que es un caso social, decide tomarlo igual ya que no sabe cuáles son las funciones de su otra colega de Trabajo Social ni cuales son exactamente sus competencias. Me dice que es difícil poner límites porque hay personas conocidas dentro del Hospital que derivan gente y pretenden que se las integre al programa pero se enojan cuando se les explica que para ingresarlos al programa, deben tener una evaluación médica sí o sí, y es el médico el que determina si tiene o no alguna "enfermedad de Salud Mental".

-23 de octubre de 2022. Fuimos a terreno con la Trabajadora Social y la paramédico. Vimos un joven por "adicciones". Al tratar de entrevistarlo, notamos que estaba desorientado, la Trabajadora Social le dijo a su familia que haríamos la entrevista en otro momento y a partir de ese momento inhabilitó al joven: a pesar de tenerlo en frente, dejó de hablarle y hablaba con sus familiares de él como si no estuviera allí. Les dijo que era necesario realizarle exámenes con el médico para poder ponerle un nombre a su enfermedad, ya que al haber vivido en situación de calle y haber consumido alcohol "y quizás otras drogas", le puede haber producido un deterioro cognitivo.

Se hizo una visita de seguimiento a un joven, al cual la Trabajadora Social felicitó por su avance, le dijo que anteriormente lo citaban y él nunca iba pero ahora ella había visto que se había atendido con el dentista y eso era un avance, le dijo "te estoy vigilando" (frase que usa con casi todos las personas).

Anexo 2

Entrevista a la Trabajadora Social del Programa de Salud Mental

1 -¿En qué consiste el programa de Salud Mental?

Entrevistad:-Ehh, bueno, en atención primaria tiene que ver con prevenir, que los cuadros como de depresión, eh.. normales se puede decir, así como que no sean ni moderada ni severa, no vayan aumentando como su.. los riesgos. Evitar riesgo suicida, eh.. es como un poco de prevención. (risas). Y desde este ultimo tiempo, temas de por ejemplo alcoholismo, drogadicción, eh tratar de que estos cuadros no vayan aumentando en el tiempo. O por ejemplo también detectar cuando hay población que tal vez no ha sido atendida adecuadamente en el momento que se debía, por ejemplo eh aquí nosotros levantamos harta información respecto a personas tal vez adultas o ya más adolescentes con problemáticas como por ejemplo TEA[13] o hiperactividad que de repente igual genera conflicto con su entorno o con no se pero no ha sido evaluado, entonces si bien nosotros no vamos a hacer una intervención larga porque son pacientes que se van a derivar a atención secundaria, se hace eso: detección, prevención más que nada, eso es lo que nosotros hacemos. Y em.. también harta contención y educación, psicoeducación (risas), respecto de por ejemplo de los conceptos que la gente maneja respecto de qué es venir a a salud mental. De repente siempre lo relacionan a que están locos como algo continuo acá, y en el fondo cuando llegan a Salud Mental acá es porque todavía hay situaciones que se pueden mejorar, es algo que tal vez es un problema puntual que hay que manejar y orientar y todo, eh entonces de repente eso aunque es básico, la gente tiene mucho miedo, que siente que no va a tener solución su problema

Entrevistadora:-esta bien estigmatizado igual como.. que te mandan al psicólogo

-Si, Eso (risas). Yo siempre le digo que acá llegan las personas que quieren buscar solución a su problema, entonces eh.. un poco eso, más que nada nosotros por el contexto y todo, esto nomas: psicoeducar, tratar de prevenir lo que más se pueda el desarrollo de las patologías mas serias, em..

[13]TEA: Trastornos de Espectro Autista

detectar situaciones de vulnerabilidad, por ejemplo eh... patrones de violencia intrafamiliar de violencia eh… infantil, eh... abandono infantil, eh... Por lo general nosotros somos los segundos en darnos cuenta si es que está ocurriendo y hay que informar. Entonces... pero es como un poco eso,somos como el primer escalón de la atención de salud. Eso es como la función de Salud Mental.

2 -¿Hace cuánto tiempo se trabaja con el programa de Salud Mental en el Hospital Makewe?

Entrevistada:-Eh, por lo que yo entiendo son como 13 años mas o menos, pero eso po[14], es como que, como todos los inicios de este hospital (risas), fue como no tan estructurado tal vez como en otros centros de salud, entonces hasta el momento igual hay mucha deficiencia técnica por el mal manejo de los programas. Eh… ahora estamos lidiando con eso (risas)

Entrevistadora:-si, en otros hospitales de repente como que se lleva el programa ya armado y acá se va armando sobre la marcha

Entrevistada:-Si po, maso menos, entonces por ejemplo, ahora igual nos estamos preocupando de cumplir con las normativas técnicas, eh…es porque vamos a empezar a ser supervisados por el servicio, entonces, anteriormente no se si el servicio se hacía el sordo, el ciego pero nunca había una supervisión ni una indicación con respecto a qué teníamos que cumplir.

Entrevistadora:-¿y quien sería este servicio?

Entrevistada:-eh… el servicio Araucanía Sur creo. Eh… entonces también hemos estado trabajando un poco abandonados respecto de.. de hecho desde ahora igual estamos trabajando por nuestra cuenta, no hay durante todo este proceso de estructuración y de traspaso acá todos los referentes de programa del servicio han trabajado con los programas de acá del hospital para estructurar y que funcione bien. Eh… el único programa que no ha tenido orientación ha sido salud mental y nuestro eh… el tema del referente tampoco, ha sido el único que no ha hecho reuniones acá con nosotros o con el hospital… es como que Salud Mental va a seguir nomás, porque la normativa técnica

[14]Po: palabra utilizada en el español de Chile como equivalente a la conjunción de *pues*, pretende enfatizar una respuesta.

de nosotros es bien antigua del 2012 o no se qué. Entonces por ejemplo “Ah ya, se rigen por eso, es como que no importa, dejemosnos llevar, si funciona o no funciona es lo mismo”, entonces eh… es un poco eso.

Entrevistadora:-es un poco desvalorizado el…

Entrevistada:-sí, el trabajo. Y es todo auto gestionado finalmente, uno busca por su cuenta la normativa, la trata de cumplir , hace las cosas entonces es muy desgastante, no solamente por las temáticas que trabajamos sino que también lidias con estas cosas como mas de tecnicismo de trabajo.

3 -¿Quiénes componen el equipo del programa de Salud Mental del Hospital Makewe?

Entrevistada:-Eh… bueno, hasta el momento el medico Alejandro Lincoyan Toro, que es nuestro médico referente, eh… el… creo que es ahora no tengo muy claro quien va a ser coordinador pero creo que va a seguir siendo el psicólogo, porque se fue don William, ahora está Álvaro que es nuestro psicólogo, eh… yo que soy la trabajadora social y Margarita quien es nuestra técnico paramédico. Eh… creo que ahora se nos van a abrir dos cupos de… ¿cómo se llama? Terapeuta ocupacional y probablemente vamos a tener otro médico, pero actualmente somos cuatro personas: hay médico, psicólogo y trabajadora social y paramédico.

Entrevistadora:-¿y por que se ha designado como entre ustedes que el psicólogo es el que está como a cargo?

Entrevistada:-es que lo que pasa es que anteriormente el psicólogo era el que estaba a cargo, él era el coordinador, entonces en los papeles cuando él no estaba por temas de licencia o cosas así, la que asumía era yo. Pero ahora como se trata de una renuncia, entonces suponemos porque tampoco se nos ha informado nada, que el nuevo psicólogo asume el cargo con toda la responsabilidad anterior. Entonces claro, estamos como en esa disyuntiva porque no hay una bajada de información como desde donde correspondería, eh… entonces estamos entre nosotros mismos tratando de… eh… porque es importante saber quién es el que va a coordinar

Entrevistadora:-alguien tiene que…

Entrevistada:-alguien tiene que dirigir el barco (risas). Entonces yo creo que lo va a hacer el psicólogo.

4 -¿Cuál es la metodología u forma de trabajo que se da en el programa?

Entrevistada:-eh… bueno, la metodología de trabajo entre nosotros es siempre la comunicación la base (risas). Eh… pero por ejemplo, para ingresar al programa es necesariamente una evaluación primero con el médico porque el médico es quien eh… tiene como el poder de poder ingresar y egresar a las personas del programa. Eh… él también es quien nos indica que quién trabaja en el caso, si somos ambos , si es que primero lo ve el psicólogo, el psicólogo determinará si soy yo. Es como que ellos determinan cuando yo ingreso a un caso o que acciones tengo que hacer yo concretas con los casos. Por lo general eh… son cuando por ejemplo las variables sociales son las que están influyendo en el cuadro y ahí ingreso yo, no en todos los casos. A veces hay casos que pueden ser manejados tanto por los fármacos del médico y con la psicoterapia entonces digamos no es muy necesario que ingrese porque hay mucha intervención pero cuando por ejemplo, no se, hay temas de vivienda, temas de acceso al agua, a servicios básicos o temas familiares que hay que tratar en terreno, eso lo hago yo. O cuando presentamos los casos en consultoría que es con la especialista psiquiatra del hospital de Padre las Casas como para que nos reciba los casos, nosotros los vamos a presentar. Así como toda la historia de vida y por lo general yo hago ese despeje de información, porque el médico se enfoca en los fármacos, en todo el historial no se como si lleva tres meses, cuántos cambios han hecho de fármacos, si funciona o no ha funcionado, si ha habido avances o no, el psicólogo en el tema de la psicoterapia y todo, y yo hago un despeje de la historia de vida. Es como ese es mi función dentro del equipo. Bueno, en algún momento también asumí la coordinación y el tema de la organización. El trabajo social siempre atento en organizar todo, entonces como estaba todo esto tan desorganizado eh… yo misma me tome la responsabilidad de organizar para que todo funcionara. Cuando llegue a este programa no teníamos médico y eso yo también lo gestione y todo el tema, que se viera la importancia también de que nuestros pacientes tuvieran médico em… un médico que le llevara el historial de su

enfermedad. Porque pasaba que había un desconocimiento del manejo de fármacos de salud mental, entonces por ejemplo, porque yo llegue en pandemia las recetas se repetían, se repetían, se repetían y había unas personas que estaban tomando medicamentos que son controlados, que no se pueden ser máximo dos meses, tres meses y llevaban un año tomando ese medicamento y empezaban a tener el tema de la dependencia al fármaco. Y entonces nosotros cuando empezamos a manejar, empezamos a disminuir eso, y a psicoeducar mas que esto del fármaco, que no son fármacos para toda la vida, que también son como para manejar los cuadros como más difíciles de la enfermedad y que… como atención primaria, porque cuando ya los derivamos a psiquiatra sí, a veces necesitan un medicamento para toda la vida y que se yo, pero eso es cuando lo decide el psiquiatra, no nosotros, nosotros somos atención primaria. Entonces todas esas cosas se han ido ordenando. La gente ya entiende mejor cómo funciona, antes al principio igual nos cuestionaban por qué el médico me tiene que ver si yo vengo al psicólogo, entonces nosotros le decíamos primero le empezábamos a explicar que para que algo funcionara tenía que ir como trabajando en paralelo médico y psicólogo

Entrevistadora:-como tener estabilizados los niveles del sistema nervioso...

Entrevistada:-claro, porque si no se estabiliza eso, toda esa parte, es imposible avanzar en la psicoterapia. Entonces eh… se ha ido entendiendo, la gente ya ha interiorizado más, hay más consulta, hay más confianza también en el equipo, entonces eh… si bien es algo armado por nosotros sin mucha dirección técnica ni del servicio ni interna, nos ha funcionado la metodología. Entonces ahora estamos tratando de mantenerla porque finalmente eh… también es una característica de este hospital el brindar atenciones diferentes, pero al mismo tiempo tenemos que rendir como trabajadores.

Entrevistadora:-si no te van a exigir del otro lado

Entrevistada:-si (risas)

5 -¿De dónde proviene la población que se atiende desde el programa de Salud Mental?

Entrevistada:-Eh… bueno, de las derivaciones de otros programas. Eh… por ejemplo por lo general nosotros los detectan en morbilidad que es como no se atención diaria, vienen por un resfrío y

finalmente se dan cuenta que hay otras causantes y que probablemente necesita atención de salud mental entonces nos derivan y nosotros hacemos la evaluación con nuestro propio médico cuando hay así como dudas si realmente es para ingresar a salud mental o no. eh… cuando no, por ejemplo desde cardiovascular o desde otro programa que tienen médico también, el médico puede diagnosticar, eh… inicia fármacos pero nos deriva a nosotros para que hagamos el seguimiento. Eh… desde la matrona y eso, otros programas por ejemplo el programa de atención domiciliaria, nutricionista también porque de repente han ocurrido trastornos alimenticios, se detecta a veces también y nos deriva a nosotros.

Entrevistadora:- ¿y en cuanto a sector? Por ejemplo como las localidades cercanas al hospital, ¿tienen delimitado o no?

Entrevistada:-No, cualquier persona que llega. De eso nosotros también estamos dando una lucha interna para que también eso sea delimitado porque finalmente todos los servicios tienen un límite o poblacional y también territorial. Por ejemplo de Padre las Casas es complejo que es con del área de psiquiatría que trabajamos nosotros, ellos atienden solo población de Padre las Casas, entonces nosotros atendemos gente de Freire y de Nueva Imperial y… varios (risas), de Temuco también, entonces por ejemplo de repente presentan cuadros severos que nosotros tenemos que presentar o tenemos que derivar a a especialista, en este caso psiquiatra, y no podemos porque finalmente ellos no reciben la población y por sistema el médico no tiene como eh… desbloqueado para poder enviar una interconsulta a la comuna que corresponde porque se supone que la gente se tiene que atender en un servicio de salud primario cerca de su comuna pero aquí pasa que no, viene gente de otros lados y eso dificulta también, entonces tenemos bastante problema con eso de especialista psiquiatra. Neurólogo no tanto porque igual neurólogo los reciben pero con psiquiatría hemos tenido bastante dificultad y por lo general siempre tenemos casos complejos de Freire y también hemos tratado de coordinar o contactar con el equipo del lugar de… ¿como se llama este lugar? Freire no es, es… Es Pitrufquén, ellos serían como el referente de Freire, osea Freire debería derivar a psiquiatría de allá, y no hemos tenido respuesta , entonces… porque la idea de nosotros era hacer como una coordinación interna, que nos

recibieran ciertos casos , nosotros poder tener contacto con el equipo pero no ha dado resultado, así como extraoficialmente del servicio. Entonces hay harta dificultad en eso de territorio que no está delimitado.

Entrevistadora:-como si acá llega alguien de un territorio que no sería cercano, tampoco es que pueden decirle "no, no lo vamos a atender, tiene que ir a su CESFAM[15]"

Entrevistada:-sí, o pasa mucho que de Freire no hay problema, siempre se ha recibido gente y todo pero por ejemplo, los de Temuco, por lo general descubrimos que son de Temuco cuando empezamos a hacerles visitas, porque nos dieron una dirección que no era y... igual logran inscribirse acá. Entonces, eh… ahí falta un poquito de control de ingreso al Hospital.

6 -¿Cómo llegan las demandas para la atención en el programa de Salud Mental del Hospital Makewe?

Entrevistadora:-Y en cuanto a las llegadas de las demandas que hablábamos hace un ratito, sí o sí tienen que ser como…. El ingreso permitido por el médico. No puede ser que ustedes presenten el caso y digan: este caso necesita ser atendido…

Entrevistada:-Sí, es que lo que pasa es que, nosotros sí, nosotros igual hacemos atención antes de que pasen al médico, pero nosotros no podemos decidir así como que "este sí va a ingresar, este no…", porque si bien nosotros a veces podemos sugerir al médico y decir mire nosotros vemos estas y estas dificultades, es él el que en su evaluación decide. Nosotros podemos hacer observaciones de diagnóstico, observaciones de situaciones pero generalmente el médico determina si es así o no. Porque a veces nosotros igual los psicólogos y trabajadores sociales somo un poquito exagerados y ahí ya el médico va haciendo como el filtro…

Entrevistadora:-de quien puede ingresar y quién no

Entrevistada:-Si, si, si

[15]CESFAM: Centro de Salud Familiar

7 -¿Qué características tiene este Servicio Social perteneciente a un hospital rural? ¿Qué diferencias hay con los programas utilizados en los hospitales de la ciudad?

Entrevistada:-Por ejemplo el servicio acá es diferente desde lo social porque estamos muy limitados de redes, las redes también las hemos tratado de hacer pero también es bien dificultoso porque para empezar, el acceso de nosotros como profesionales para ir a hacer una gestión o algo así es difícil porque estamos lejos, el tema de las llamadas telefónicas, ahora nos están habilitando un teléfono pero todavía no esta cien por ciento listo, entonces eh… no tenemos ese contacto directo que tal vez los servicios cuando están en la ciudad por ejemplo es más fácil, tú vas a hablar con tu colega y puedes gestionar cosas pero acá no. Y lo otro es que hay recursos que están bloqueados por ser zona roja. Yo me he venido dando cuenta de eso, por ejemplo el tema de la vivienda, por eso también hay harto hacinamiento en este sector, y que al principio, cuando empece a trabar acá, empece a investigar y me di cuenta de eso, por ejemplo el tema de la vivienda está bloqueado. No hay muchos proyectos en desarrollo, tal vez en Padre las Casas, para otro sector, pero acá el sector de Makewe está un poco bloqueado.

Entrevistadora:-un poco aislado de…

Entrevistada:-Sí, aislado y eso genera mucha problemática social porque obviamente, eh… no se, más vulnerabilidad, más pobreza.

Entrevistadora:-tal vez termina repercutiendo en el programa… más ingresos por esta situación

Entrevistada:-Sí, y las redes de apoyo igual se van como un poco desintegrando cuando hay mucho hacinamiento porque… por todos los roces, peleas que se puedan generar. Entonces por eso es más difícil acá, por el contexto en el que estamos, tratando de gestionar, de poder estar presentes, eh… el hecho ya de salir a hacer una visita, nosotros... ya, no se, como tal vez en otro lugar podrían hacer seis visitas tal vez en el mediodía, nosotros no se, tres visitas, porque acá las distancias son súper largas, y por sistema nosotros nos dan una hora por visita, entonces nosotros en la hora nos demoramos

media hora en llegar y media en volver (risas), entonces igual hay hartas dificultades diferente a otros servicios.

8 -Teniendo en cuenta que la institución donde se desarrolla el programa de Salud Mental es un Hospital Intercultural, ¿cómo se aborda la temática desde el Hospital? ¿Cómo se entiende a la interculturalidad desde el programa en sí? ¿Cómo entiende usted la interculturalidad?

Entrevistada:-Eh… bueno. Nosotros, eh… si bien el hospital ha tratado de hacer un área intercultural, algo donde puedan como dirigir un poco cómo trabajar esa área, finalmente yo creo que cada profesional trabaja según sus conocimientos y por lo tanto como hay mucho profesional que no conoce sobre ciertas cosas, no lo hace. Yo acá, en nuestro programa, sí lo hemos logrado como integrar más por un tema de que tenemos profesionales que son mapuche, que conocen cómo es el sistema, cómo hay que trabajar con las familias, temas como súper simples de respeto por ejemplo, de qué se considera una falta de respeto, entonces, eh… mas allá del tema de trabajar o no con machi o con temas de salud intercultural, nosotros lo que hemos tratado de hacer es hacer cambios en nuestra forma de trabajar. Eh… por ejemplo acá nosotros siempre nos damos el tiempo de preguntar a la persona que venga a pedir hora, de cómo ha estado, como se ha sentido, como ha estado el tema de su familia. Por lo general lo hace Margarita, ella tiene mucho conocimiento de las familias de los sectores, entonces hace todo eso y a la gente eso es importante, que no se enferman ellos solos sino que también con sus familias. Entonces eso lo hemos ido integrando, lo otro es por ejemplo yo cuando hago visitas el tema que aprendí que no tengo que ser tan invasiva, tengo que esperar a que me den permiso, em… ese tipo de cosas porque uno como trabajador social en otro área es como súper insistente, pero acá no, yo tengo que aprender que hay una cierta estructura, el tema de saludar siempre, a mi me cuesta un poco porque siempre una está corriendo pero por ejemplo Margarita siempre lo hace y ella sale al pasillo, sale saludando a todo el mundo y eso es un tema súper importante en la cultura de que me vean, que estoy ahí, que este presente y eso es importante para… y a nosotros los que no como que nos cuesta un poco,

¿cachay[16]?. Acá desde el Hospital tampoco dan como sugerencias ni te inducen un poco de las cosas mínimas que tu tienes que cumplir como para tener cierta idea de la cultura.

Entrevistadora:-¿más como de nombre el hospital intercultural?

Entrevistada:-Sí, de nombre nomas. Pero desde el quehacer, nosotros tratamos de hacer lo mejor que podamos pero también, osea, pero ahora también hablando del tema del acceso a la salud tradicional mapuche, la gente no tiene el acceso porque si bien acá tu vas y hablas con las personas encargadas de eso te van a decir "sí, po, si nosotros lo traslados y no se qué" pero ¿y quién le cancela eso a la persona? No tiene acceso a través del dinero y eso. Y sobre todo,generalmente las personas que quedan afuera sin atención son las personas de menos recursos y tal vez quieren una atención pero no tiene plata para ir. Entonces yo entiendo que desde la cosmovisión y todo el tema de que el esfuerzo que tu pagues con tu esfuerzo a la machi para que no se, le da mayor fuerza en su trabajo y todo, se entiende. Pero finalmente la población en la actualidad o su… la gente mapuche hoy en día está empobrecida, un tema también social que cambió, tal vez antes sí tenían los recursos todos para poder pagar la atención de salud con una machi pero ahora eso no po, osea se limitaron sus recursos, las tierras ya no son las suficientes, tal vez a veces no pueden ni sembrar porque no tienen agua, entonces yo creo que hay que reestructurar un poco, irse un poco flexibilizando con lo que era antes a lo que es ahora porque el contexto cambió, entonces y también no es solamente aquí, sino que es un tema social global que estamos como con cambios muy concretos, cambios climáticos, todo eso. Y todo eso repercute en lo que estamos ahora, entonces por ejemplo, eso no hemos logrado hacer entender acá de que nosotros necesitamos de que exista un tipo de prestación pagada para asistir a una machi como se hace en Nueva Imperial. Nosotros también, yo en algún momento había solicitado de que pudiéramos trasladar pacientes a Nueva Imperial porque allá sí hay atención gratuita y todo el tema pero por temas políticos no nos dejaron. Porque finalmente si nosotros tenemos el nombre de intercultural, deberíamos

[16]Cachay: refiere a la segunda persona del presente del indicativo del verbo *cachar* (comprender, darse cuenta) en el voseo chileno.

tener esas prestaciones entonces es como un poco golpe al ego de tener que enviar a otro servicio para que se haga cargo de tu paciente. Y son cosas que también se niegan mucho, nos dicen "ay, pero si está la posibilidad y no se qué" pero en la realidad, no, nosotros no podemos, ni siquiera lo ofrezco ya porque en el fondo aunque nosotros detectemos que la gente tiene como la necesidad, tenemos que esperar, osea o sugerir directamente intente de ir a Nueva Imperial pero no hacernos cargo porque no nos van a dejar trasladarlo ni nada

Entrevistadora:-osea medio en secreto

Entrevistada:-sí, nosotros no lo derivamos (risas)

9 -¿Qué importancia se le da a la Salud Mental en esta institución en relación a la salud física? ¿Cuál es su opinión al respecto?

Entrevistada:-Bueno (risas), yo creo que aquí como en cualquier otro lugar o centro, el tema de salud mental no se le da la importancia que tiene, siempre primero se tratan los temas físicos, por ejemplo eh… se le da mucha más importancia al problema cardiovascular, incluso morbilidades que son como estas consultas diarias por no se, por un resfrío, por cosas así, son más importantes que dar horas para salud mental. Eh… ¿por qué lo digo? Porque nosotros por ejemplo hemos peleado ciertos cupos diarios del médico y cuando no se, falta un médico porque está con licencia, lo primero que hacen es acudir al médico de salud mental y quitarle las horas a salud mental y asignarlas a otra cosa. Entonces, por ejemplo, ahí tu puedes ver que dentro de la institución no existe un interés real de que se mejoren las condiciones de salud mental de la población porque bueno, el argumento que hemos utilizado y que nos ha facilitado para que no nos sigan quitando las horas es que nosotros ya tenemos personas que están diagnosticadas, que están con un cuadro que necesita seguimiento continuo, versus lo que ellos a veces quieren: una atención de una persona que viene por primera vez, no es que sea menos importante, pero en el fondo, eh… entre una persona que a lo mejor está con riesgo suicida versus una persona que probablemente viene con un resfrío, la que tiene mayor riesgo de perder la vida puede ser nuestro paciente, entonces ese tipo de argumento hemos tenido que utilizar para que no nos

sigan quitando las horas. Entonces yo siento que hay una desvalorización del área de Salud Mental, porque si tiene un programa es porque es necesario para poder ser hospital pero en el fondo no se cree mucho respecto de si funciona o no, si es algo que realmente impacta en la población o no, se cree que en el fondo no hacemos nada porque es algo no visible. Por ejemplo lo tangible es siempre más fácil de detectar de que existe un servicio que le sirvió a esa persona porque es algo que tu ves. Por ejemplo…

Entrevistadora:-si ves una persona enyesada…

Entrevistada:-ves esa prestación y se va bien y todo pero en cambio nosotros , eh… no se ve po, entonces nosotros sabemos cuantas personas hemos enyesado (risas) pero los demás no se dan cuenta, entonces es algo que no se percibe, el cambio o la mejoría de nuestros pacientes no se nota. Solamente se nota cuando por ejemplo han llegado muy descompensados… bueno, ni aun así. Y después se logra estabilizar y que deje de ser un problema para otras áreas del hospital

Entrevistadora:-tipo incluso si se diera el trabajo solo con la psicoterapia o el trabajo social y no fuera necesario el médico, tal vez tampoco, bueno en este caso tampoco se ingresaría al programa si no fuera necesario el médico

Entrevistada:-si po

Entrevistadora:-entonces también ahí como un tema con la valorización de las profesiones o la puesta en escalones de las posiciones

Entrevistada:-si po y un poco como que se cree que nosotros no hacemos mucho, eh… se puede disponer de estas horas, por ejemplo yo también he tenido que pelear para que no me asignen pacientes que no son de salud mental, ¿por qué? Porque claro no hay un flujo así como que ya, sale uno, entra otro pero por ejemplo nosotros es mucho más analítico el trabajo que hacemos en los programas de salud mental las trabajadoras sociales. Nosotros tenemos que armar casos, tenemos que buscar qué detalle nos falta porque ese es el detalle que podría ser que le cambie… que podríamos trabajar con esta persona mejor, entonces de repente eso no se entiende de que nosotros no vamos por los números sino que más bien por la información que podamos recaudar, entonces eh…. Eso es como

un poco eso, desvalorizar el trabajo no solamente del programa sino también de cada uno de ellos profesionales y por ejemplo el médico que en todos lados son muy valorizados y todo, también en el área de salud mental es como considerado, son como casi horas de caridad (risas), entonces no debiera ser así porque finalmente muchos de los cuadros que llegan a morbilidad nos hemos dado cuenta que son casos que no han llegado a salud mental a tiempo, entonces llegan somatizando, que dolor de espalda, que dolor de estómago, incluso pasa que lo atienden más de seis veces por el mismo tema y nunca indagan si hay algún tipo de patología de salud mental y ¿por qué? Porque no se ve como algo que podría producir algo físico, entonces es desconocimiento también del área.

10 -¿Qué características tienen las personas que son *usuarios*[17] del programa de Salud Mental?

Entrevistada:-Bueno, las características principales son mujeres entre treinta y cuarenta años tiene la mayoría, los hombres no son tantos, por lo general las mujeres consultan por una necesidad que nace de ellas y los hombres consultan por una necesidad que nace de la familia, porque en el trabajo le exigieron que debía iniciar o en el tribunal le exigieron que … son muy pocos los que llegan a consultar porque ellos sienten que necesitan ayuda, entonces esos son como las características. Eh… bueno, son personas por lo general sin estudios o estudios mínimos como por ejemplo cuarto medio[18], población rural con trabajos inestables, con precariedad de recursos, de acceso, muchas veces con problemas de vivienda, con temas de terrenos también, que no se puede avanzar mucho en esos temas porque se tiende a no dividir como corresponde los terrenos entonces por ejemplo, claro, crean sus casitas, las arman, todo, pero después por ejemplo si quieren proyectarse para hacer algún tipo negocio o postular a proyectos para poder trabajar la tierra y todo eso, finalmente no se puede porque no se tienen los papeles. Entonces es una característica que muchas veces nos deja estancados con ciertos casos y no podemos, no podemos avanzar y eso genera que el malestar se mantenga. Entonces, eh… no son todos pero sí en la mayoría eso nos dificulta bastante. Lo otro, eh… el tema de la violencia

[17] Forma en que se refieren a las personas con las que trabajan desde el programa. Información recabada en terreno.

[18]Cuarto medio: sería el equivalente al último año de secundaria en Argentina.

intrafamiliar, el alcoholismo son problemáticas muy frecuentes que… la normalización de la violencia también genera hartos problemas en las generaciones nuevas porque es una generación que no están avalando ese tipo de patrones, entonces están enfrentados a la otra generación que son sus padres, entonces están llegando hartos adolescentes con problemas graves de salud mental generados muchas veces por su entorno y el entorno está muy violento, no solamente las casas sino que también en los colegios, los niños están siendo muy violentados en ese lugar. Entonces, por lo general, no se veían tanto lo de la ideacion suicida como muy activa en los niños y actualmente sí y es como con métodos muy severos. Entonces, eso llama la atención, que estamos como un poco despreocupados de lo que realmente está pasando y está grave la situación. Eso, no se si te respondí un poco la pregunta…

Entrevistadora:-si, si

11 -¿Qué tipo de seguimiento se les da a las intervenciones desde el Trabajo Social?

Entrevistadora:-Bueno, y en cuanto al seguimiento que se da en el Trabajo Social? Si es en oficina, en terreno, ¿tienen así como un programa o algo armado cómo seguir los pacientes?

Entrevistada:-Eh… bueno, yo he ido armando todo eso, cuando llegue no había mucha estructura y yo siempre he sido estructurada para trabajar bien, entonces lo que he ido armando es que bueno, yo hago trabajo en terreno generalmente y siempre verifico todo lo que las personas me vienen a decir, por ejemplo yo no voy a hacer un informe social sin antes haber constatado la información en terreno, porque técnicamente eso no se debería hacer pero a veces ayuda a disminuir el tema del tiempo todo porque esa es una característica de la población, que viene a ultimo momento, entonces como que siempre estamos contra el tiempo. Pero yo siempre trato de eso, coordinar mucho trabajo de oficina con el de terreno para poder verificar por mi cuenta que las situaciones que me describen son así. Eso. Y la estructura es la que te comentaba, yo espero que mis colegas me deriven los casos para poder incluirme, porque como son temas de salud mental es bien complejo de repente hacer intervenciones sin tener una orientación de los terapeutas o el médico que está tratando, entonces yo siempre espero

que ellos me indiquen antes. Por ejemplo si ellos me derivan un caso, ellos me indican en qué indagar entonces para no sobre intervenir ni tampoco abrir heridas que yo no voy a poder cerrar

Entrevistadora:-como re victimizar…

Entrevistada:-eso, eso. Entonces son bien puntuales mis intervenciones, no es como tan autónomo como tal vez podría ser en otros programas en donde tenemos más protagonismo nosotros y somos nosotras las que dirigimos al equipo. Yo aquí en realidad soy dirigida (risas), yo también doy mi opinión técnica obviamente, me enfoco en mí área y doy devoluciones que de repente también son importantes desde el área social, detalles que se les van de repente a los colegas que se enfocan tanto en su…

Entrevistadora:-porque no son de sus profesiones

Entrevistada:-si po, entonces nos vamos complementando

12 -¿Cuál es su rol como Trabajorx Social en el programa de Salud Mental del Hospital Makewe?

Entrevistadora:-bueno, y un poco cuál es su rol como trabajadora social está un poco respondido en todo lo que estuvimos hablando…

Entrevistada:-si, bueno, es como eso, dar apoyo al trabajo que realizan el médico y el psicólogo, y también un poco de coordinación, organización, de todo un poco pero eso ya se va a ir estructurando de aquí en adelante porque finalmente estamos esperando de que cada quien tenga su función clara para no generar sobrecargas, dentro de todo, por eso he estado tanto con licencias porque en algún momento igual me sobrecargue con muchas responsabilidades que ni siquiera me correspondían, entonces para evitar ese tipo de cosas es necesario que cada uno sepa su rol, que cada uno haga lo que le corresponde y en eso estamos (risas).

Entrevistadora:-claro, me acuerdo que el año pasado no había un programa así como armado , estructurado, con objetivos y ¿eso todavía no está...?

Entrevistada:-ahora estamos sí mejor que antes, ya tenemos un poco más claro cuales son nuestro por lo menos cada quien hace su trabajo, ya también esta el flujo-grama de la gente también lo tenemos más claro. Antes era yo quien decidía: ya, médico, psicólogo, eso ya no ocurre tanto, yo estoy un poquito más alejada de eso de la coordinación. Entonces hemos mejorado bastante, ahora hay que mejorar lo técnico, pero eso ya vamos a tener que pedir apoyo al referente técnico del servicio, de acá del hospital, porque finalmente no podemos solos. Nosotros en realidad no tendríamos por qué estar estructurando esto sino que deberíamos estar haciendo nuestro trabajo

Entrevistadora:-claro, que no es como una ONG[19] que cada uno haría lo que le parece…

Entrevistada:-claro, eso po, me ha parecido raro que no tengan claridad sobre cuales son sus funciones o qué es lo que tenemos que hacer, entonces eso es algo que como profesionales nos afecta porque finalmente uno viene a hacer su trabajo, en lo otro, lo que te explicaba recién, trabajar en conjunto, hacer entrevistas, hacer las evaluaciones correspondientes pero no tener que estar preocupados ademas si lo que estamos haciendo esta correcto o no. Entonces eso es lo que queremos lograr (risas)

13 -Desde que comenzó con el programa de Salud Mental, ¿ha notado cambios respecto a sus intervenciones? ¿Cuáles han sido y por qué se han dado?

Entrevistada:-Eh… si, muchas (risas). Es que lo que pasa es que cuando yo llegue recién a salud mental, trabajaba solo el psicólogo en salud mental, entonces por ejemplo esto que te digo yo de la responsabilidad de quien ingresa y quien egresa era netamente del psicólogo y eso no correspondía, nosotros no teníamos médico entonces por ejemplo entonces la mayor parte del tiempo perdíamos tiempo en gestionar que algún médico pudiera atender a nuestros pacientes, y como era así, no siempre se atendían con los mismos médicos, entonces muchas veces nuestros pacientes tenían que volver a explicar el motivo de consulta, cuánto es que llevaban en control y todo el tema, entonces eso generaba mucho malestar porque finalmente después d ella tercera vez que tienes que explicar tu problema como

[19]ONG: Organización No Gubernamental.

que se va perdiendo mucha información. Obviamente eso repercutía nuestro trabajo porque los pacientes abandonaban por el aburrimiento de tener que estar continuamente contando lo mismo, después al psicólogo, no se qué… eso cambió bastante porque ahora el trabajo se hace más coordinado, no preguntan lo mismo, porque finalmente cuando atendemos a alguien es como por ejemplo a mí cuando ya llegan a mí, yo ya tengo bastante información ya de la persona. Entonces hay cosas que yo ya no abordo y antes no, tenia que abordar todo porque por si acaso la otra persona no hizo el despeje y uno tenía que tener la información, pero ahora no, me enfoco más en mi trabajo en lo que me corresponde nomás, y lo otro que ahora es un equipo de trabajo. Al inicio cada quien hacía lo que podía, por su cuenta, entonces sí he visto cambios muy potentes desde el inicio hasta ahora, y ahora también eso del seguimiento es súper ordenado el historial de la persona, desde que inicia, primera evaluación del médico, vas viendo la evolución cada tres meses de cómo evolucionó, si se tomó o no el medicamento, si se tuvieron que hacer rescates, cómo ha ido el proceso de psicoterapia, eso se ve muchos más ordenado que al inicio. Y eso también por ejemplo los rescates, las visitas domiciliarias también se nos facilita mucho más porque como llevamos un seguimiento tan ordenado de los pacientes, sabemos cuando están empezando a abandonar, entonces es más fácil detectar alguien que dejo de venir a dos citas y entonces uno dice: ya, a esta persona hay que ir a dejarle una cita a la casa para que tenga más responsabilidad sobre eso o para averiguar qué pasó, porque de repente igual pasan cosas. Entonces ese tipo de cosas yo siento que han mejorado bastante.

Entrevistadora:-Me acuerdo que el año pasado en una visita que habíamos realizado, un matrimonio nos decía que la mujer se sentía como abandonada porque en realidad era el psicólogo el que no la iba a ver, que era lo que ella requería y hubo que hacer ahí como una contención que de repente no correspondía a su área, a su trabajo pero como el psicólogo no estaba en ese momento igual había que abordar temas que no…

Entrevistada:-que no me correspondían pero que tenía que hacerme cargo. Eso es lo que ahora está mejor porque como te digo yo antes incluso el tema del médico, yo me tenía que preocupar de que

tuvieran sus controles y de cuándo le correspondía otra vez porque… ahora no, es el médico, hace la evaluación inicial y él determina si esa persona tiene que tener una evaluación el otro mes, el siguiente o el siguiente, dependiendo la condición es un mes, dos meses o tres meses. Tenemos una planilla y él mismo las va dejando en la planilla que corresponde y después la paramédico los llama nomas cuando les corresponde. Y por ejemplo si vienen a preguntarme: mire, sabe, yo tengo una hora pendiente, ¿cuando será? Yo busco la planilla y le digo: mire, usted esta… esto va bien, entonces el control lo va a hacer en tres meses más y la gente se va conforme con esa respuesta porque no están olvidados po, están ahí, nosotros sabemos, entonces para mí eso es una disminución bastante fuerte de… porque en ese tiempo todavía era como que estaba mendigando la hora medico y que tal vez nunca me iban a dar el mismo médico o a mí se me iba a pasar la fecha de cuando le corresponde su control y eso iba generando que muchas veces los medicamentos de salud mental fueran muy desordenado el proceso y a veces eso genera mas estragos que no tomar medicamentos. Entonces y el tema de la psicoterapia que mucho tiempo trabaje sola, no había psicólogo, entonces claro, yo podía contener, contener, contener pero no se avanzaba nada. Entonces ahora también en eso hay avance, podemos presentar más casos en consultoría porque al haber psicoterapia y médico se puede determinar si realmente el cuadro que se diagnostico al inicio es así o hay algo más grave que necesita atención por especialista, entonces en cambio, yo sola era un poco difícil si alguien necesitaba ser presentado en consultoría o no con la psiquiatra, y cuando se presentan en consultoría por lo general los reciben mas rápido, porque como hay una lista de espera, esa es la forma de agilizar los casos más complejos. Entonces ahora sí, estoy más tranquila y el orden está un poco mejor. Eso, de decir, que por ejemplo ahora hago contención y eso, que no me corresponden, por el tema de que están sobrecargados con horas, el psicólogo y el médico entonces de repente me llegan las personas descompensas acá y tengo que hacer contención yo y generar horas de emergencia del médico o hacer un sobre cupo de psicólogo para que lo pueda atender y vea qué es lo que está pasando. Pero ya son cosas puntuales.

Entrevistadora:-claro, que tienen que ver con que lo mejor que usted me decía sería que hubiera otro equipo para no estar colapsados

Entrevistada:-eso, pero tratamos de ir paso a paso, porque como estamos recién armando equipo, la información también no es muy clara. Nosotros estamos seguros de que estamos atendiendo mucha más población de la que hay registro, entonces tenemos que levantar toda esa información de números para poder nosotros también un poco argumentar la necesidad de que exista otro equipo, para que pueda haber mayor cantidad de de atenciones porque todavía nos cuestionan así como "no, pero si no es necesario si no se qué", y nosotros sobre cargados al máximo (risas)

Entrevistadora:-y eso ha cambiado en cuanto a tener las fichas médicas de forma como escrita, porque actualmente las tienen digitales

Entrevistada:-si, pero también tenemos que ir archivado lo digital a la ficha, estamos como en un proceso de… y eso es lo otro porque SOME[20] tiene poca gente, hay un déficit de personal, entonces por ejemplo yo que genero todo por sobre cupo acá y ellos no me agendan, como tengo que ir archivando, la información se está perdiendo. No hay nadie que atienda los funcionarios y que nos entregue la ficha porque hay dos personas atendiendo SOME y no es suficiente ni siquiera para la gente que viene a consultar en el día, entonces para nosotros los funcionarios estamos más atrás todavía, yo tengo una carpeta así gigante con papeles de atenciones que va archivado ahí en la ficha, y eso para mí también es un problema porque tiene que estar ahí pero son problemas técnicos que se van a ir solucionando porque finalmente igual nos causan problemas a nosotros como profesionales, como programa. Lo bueno si, es que ahora está el historial en la ficha acá, entonces si se pierde la ficha física (risas) que pasa, entonces nosotros ya tenemos la información acá. Entonces es mucho mejor y estamos mucho más contentos con esa modalidad y no tenemos que andar preguntando: ¿dónde está la ficha? (risas)

[20]SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico.

14 -¿Ha tenido algún tipo de dificultad o resistencia al momento de llevar a cabo sus intervenciones por parte de personal y/o autoridades del Hospital? De ser así, ¿podría especificar cuáles han sido? ¿A qué se han debido?

Entrevistada:-Ya, sí (risas). Eh… bueno, he tenido harta resistencia respecto a mi rol porque acá se maneja el sistema asistencialista de trabajo social, entonces yo no creo en ese tipo de intervención. Yo creo que eso está obsoleto y me costó mucho darme cuenta también, cuando yo llegué dije: bueno, hago mi trabajo y como que uno siente que está sirviendo, pero en un momento ya me empece a dar cuenta que esto ya era más patológico (risas), que ya era algo que ya estaba muy institucionalizado y que no era algo transitorio y como para dar respuesta durante la pandemia sino que era algo más bien que se asumía que era así. Entonces yo empecé a hacer intervenciones más de movilizar a la gente, al principio yo me hacía todos los trámites porque igual te da pena, entonces uno sabe que vienen de lejos, que muchas veces no tienen capacidad o red de apoyo que lo puedan orientar bien, pero yo creo que igual eso se ha generado por esta misma dificultad de que anteriormente no se desarrollaba las habilidades de las personas porque finalmente si siempre estas haciendo todo es cómodo, ya la persona se bloquea y dice no soy capaz de hacer esto, yo no puedo hacer esto por mí mismo, entonces mejor que me lo haga la señorita de la posta. Entonces yo empece a trabajar con esta metodología de informar y de entregar la información y decirle: bueno, ya, usted tiene que ir tal día a tal lugar y movilizarlos para que hagan las cosas por sí mismos, porque así pueden ir valorizando también los logros que ellos tienen, porque si yo siempre soy la que estoy haciendo cosas por ellos y estoy logrando yo cosas por ellos, no van a visualizar sus avances. Entonces eso me empezó a causar conflictos porque empece a poner límites: yo en esta área, hasta aquí puedo llegar y de aquí en adelante ya no, entonces sí me empezó a causar muchas dificultades con mi jefatura, hubo mucho cuestionamiento hacia mis intervenciones, considerándolas poco profesionales y que en realidad falta de voluntad. Entonces, he tenido que dar una lucha bien ardua para poder un poco educar respecto de cuál es nuestro rol como trabajadores sociales no solamente acá sino que también en todos lados, que es

como movilizar y educar, ser el puente entre una cosa y otra, entonces, entregarles herramientas para que cuando se enfrenten nuevamente a una situación similar puedan ya afrontarlo de mejor manera. Probablemente igual van a necesitar apoyo pero ya tiene herramientas para afrontar con mayor independencia y yo por mi parte, siento que me ha dado resultado porque ayer incluso llegó un paciente nuevamente y que yo ya había atendido y él me decía que estaba nuevamente con un cuadro depresivo porque él tuvo un intento de suicidio anteriormente cuando yo lo atendí y me decía "yo ahora lo estoy afrontando mejor, ¿sabe qué hice de diferente? Y yo siento que me ayudó, fue que yo escuche que usted me dijo que tenía que hablar, que buscar mi red de apoyo, yo tengo mi esposa y todo, lo hable con ella y me hizo bien. Entonces es como hacerse responsable de sus propios procesos, de entender que esto no va a ser así como que saliendo de acá o dándolos de alta nunca más van a regresar sino que tengan herramientas para poder regresar en algún momento y que no se mueran en el camino (risas). Entonces, eso ha costado mucho que se entienda desde mi funcionalidad y a mí me ha costado… he tenido costos profesionales respecto de eso, bien serios. Entonces, de hecho ahora estoy en un proceso relacionado a eso por los mismo. Entonces es bien difícil trabajar en ambientes en donde no se entiende cuál es tu función y eres tú la que tiene que levantar y todo. Personalmente para mí es muy gratificante que si bien la jefatura ni nadie entienda de cual es tu función, tú veas que en las personas estás generando impacto. Y entonces a veces son impactos positivos. Osea, uno no siempre hace bien excelente todo pero también esto de aprender a reconocer hasta cuando tu puedes, porque aquí cuesta mucho soltar y decir mis capacidades profesionales y recursos que tengo en esta institución llegan hasta acá, y de aquí para allá se tiene que hacer cargo alguien más. Aquí se nos exige mucho seguir haciéndonos cargo a pesar de que ya no tengamos esas capacidades. Entonces yo he peleado harto para que aprendamos a soltar a tiempo porque eso también salva vida, eso también hace que la gente encuentre otros profesionales que tengan más herramientas porque nosotros somos atención primaria nomas. Entonces hay cosas que son un poquito más complejas y que necesitan ser vistas por especialistas, entonces ahí es cuando erramos de repente y a mí me a costado mucho adaptarme a eso

como que estar tratando en el fondo de que se entienda que no es por falta de voluntad sino que es por temas más técnicos de mi trabajo

Entrevistadora:-que excede el área…

Entrevistada:-sí po, eso. Lo bueno, si, que tengo un buen equipo de trabajo y que me apoya harto. Como que en ese sentido he resistido a estar en esta institución por eso, por el equipo que tengo detrás, porque si no fuera por eso probablemente ya no estaría trabajando acá. Pero a mí por lo menos me gusta mucho el sector rural, siento que es una población que necesita harto… desde lo social necesita mucha eh… apoyo, mucho "tu puedes", porque finalmente se ha trabajo desde un modelo por tantos años de invalidando sus capacidades que finalmente se ha integrado generación tras generación de que nosotros no podemos por nosotros mismos sino que siempre tenemos que pedir ayuda. Es válido que pidan ayuda pero no así como en cosas tan básicas que a veces te llegan a sorprender que de repente no puedan buscar una solución a cosas que generalmente las personas sí pueden. Entonces me impacta un poco eso (risas). Ya, pero yo entiendo que también la gente no tenía acceso a la educación y de repente uno crea que no entienden pero no por eso vamos a dejar de creer que tienen capacidades o que pueden crear habilidades. Entonces… eso es un poco desde mi rol de trabajadora social es lo que he tratado de hacer en el programa hacia afuera. Pero sí ha generado mucho conflicto, es algo que, bueno en general las trabajadoras sociales (risas), nuestro rol es como ser disruptivas, es como siempre andar… hacer que se movilicen un poco las situaciones

Entrevistadora:-como contra la institución que siempre te manda cosas de la profesión que no corresponden…

Entrevistada:-Si, entonces, o caes en seguir haciendo lo mismo de siempre o eres valiente y te enfrentas a la situación. Pero yo creo que como te digo, desde lo personal, para mi, la segunda opción es la que corresponde porque uno ve estas cosas tan maravillosas en las personas. Osea, tu ves el impacto que generas ahí, eso es lo que importa, lo demás para mí no es importante. Finalmente si me

echan de qui yo puedo trabajar en otro lado, pero finalmente es la huella que tu dejas en la persona que puede venir.