



Psicoperspectivas

ISSN: 0718-6924

Pontifícia Universidad Católica de Valparaíso, Escuela de
Psicología

Olivares-Aising, Daniela; del Valle Barrera, María
Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas
públicas en la intervención de personas con adicciones
Psicoperspectivas, vol. 18, núm. 2, 2019, pp. 70-85
Pontifícia Universidad Católica de Valparaíso, Escuela de Psicología

DOI: 10.5027/Psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171060287007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones

Community Mental Health: Psychosocial teams and public policies in the intervention of people with addictions

Daniela Olivares-Aising, María del Valle Barrera

Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

*daniela.olivares.aising@gmail.com

Recibido: 10-marzo-2019

Aceptado: 10-julio-2019

RESUMEN

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001 configura las políticas públicas en el área. Las evaluaciones realizadas mostraron escaso impacto en la disminución del consumo de alcohol y drogas. El presente estudio cuestiona por qué la evidencia obtenida no logra retroalimentar la política pública, modificando resultados. El propósito es recoger la perspectiva de los profesionales en su rol de implementadores de políticas públicas en salud mental. Se realizó evaluación participativa con tres equipos profesionales psicosociales, aplicando la Matriz de Necesidades y Satisfactores y entrevistas en profundidad a informantes claves. Desde un posicionamiento epistémico cualitativo, interpretativo y situado, con el Desarrollo a Escala Humana y la Teoría Fundamentada como referentes teóricos y metodológicos, emergen los resultados que apuntan a la falta de una teoría social que explique el fenómeno, las precarias condiciones laborales y sociales, además de las contradicciones epistémicas en el trabajo diario.

Palabras clave: abuso de drogas, equipos psicosociales, política pública, práctica profesional, salud mental comunitaria

ABSTRACT

In Chile, the National Plan of Mental Health and Psychiatry from 2001, shapes the public policy in its area. So far, the impact that this Plan has had on decreasing alcohol and drug abuse has been scarce. Here we argue why the evidence obtained fail to feedback public policy to modify the lean results. This document stresses the hierarchical and linear traditional evaluation methods for public policy that only quantify and minimize the problem. We performed a participative evaluation with three psychosocial work teams in Mental Health, applying the Needs and Satisfactors Matrix and interviewing key informants. From a qualitative epistemic perspective, that is interpretationist and situated, using the Human Scale Development and Grounded Theory as theoretical and methodological frames of reference, we conclude that there is a lack of a social theory that explain the phenomenon, the precarious working and social conditions and the epistemic contradiction in the everyday work.

Keywords: community mental health, drugs abuse, professional practice, psychosocial teams, public policy

Agradecimientos: A los equipos psicosociales que participaron en esta investigación, por su total compromiso y dedicación durante tres largas jornadas de trabajo conjunto. Al Magíster en Desarrollo a Escala Humana y Economía Ecológica de la Universidad Austral de Chile, por otorgar los conocimientos para comprender el mundo desde otro lugar. Al Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de la Frontera, por la posibilidad humana y material de seguir avanzando.

Cómo citar este artículo: Olivares, D. M., & Del Valle Barrera, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, 18(2). <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

En el año 2001, el Ministerio de Salud (MINSAL) promulga el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) (MINSAL, 2001), política marco que comprometió un profundo cambio en la comprensión del fenómeno y la manera de intervenirlo -desde el modelo asilar al comunitario-; una de las prioridades programáticas es la atención a personas con dependencia de alcohol y drogas. A diferencia de las otras patologías priorizadas, los programas de intervención son coordinados en conjunto con el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA), dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La responsabilidad de los procesos de intervención han sido entregados principalmente a instituciones privadas, mediante procesos de licitación en base a dos Áreas de Tratamiento: Población Adulta -general y en conflicto con la justicia-, y Población Infanto adolescente -general y jóvenes infractores de ley- (SENDA, s.f.), siguiendo lineamientos técnicos que emergen desde mesas de trabajo entre MINSAL y el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA), siendo coherentes con las perspectivas del Estado de asociar la adicción a drogas ya no sólo a un problema de salud, sino a una política problema de seguridad ciudadana (Carrasco, 2015, 2018).

La modalidad de atención tanto para adultos como para adolescentes depende de la complejidad diagnóstica -residencial, ambulatoria intensiva o básica-, siendo otorgada por equipos profesionales psicosociales que se desempeñan en centros de Salud Mental cerrados o abiertos, bajo el enfoque comunitario. Las normas técnicas que surgen a partir del PNSMP (SENDA & MINSAL, 2014), expone los objetivos a cumplir, tipos de centros en donde otorgar la intervención, características del equipo profesional y etapas a seguir, además de los criterios que determinan el ingreso de los usuarios a uno u otro programa.

Por tanto, el Estado ha diseñado e implementado políticas públicas dirigidas al abordaje de una población que experimenta situaciones vitales de alta complejidad, como el abuso de sustancias, pero la evidencia obtenida a través de los procesos de evaluación de esta política pública no da cuenta de un cambio significativo en el uso y abuso de alcohol y drogas en la población (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2014). Estudios realizados (MINSAL, 2006, 2014) utilizan metodologías e indicadores que cuantifican las intervenciones y sus modalidades, pero no evidencian el impacto en el problema del consumo. Adicionalmente, las opiniones de los profesionales están mayoritariamente excluidas de estas evaluaciones y, por ende, de su retroalimentación en la mejora de los futuros planes y políticas de este tipo.

La investigación aquí presentada da cuenta de un ejercicio de evaluación de la política pública por parte de los profesionales que realizan la intervención de personas con abuso de sustancias, desde una perspectiva teórica y metodológica diferente a la utilizada habitualmente por las instituciones de Gobierno, entendiendo que la evaluación de la política pública es, en última instancia, una reflexión que los equipos psicosociales hacen de su propia práctica a partir de los lineamientos y límites que impone la política. A partir de un enfoque que dio voz a un grupo de profesionales psicosociales se obtuvieron nuevos elementos que aportan a la discusión.

Enfoque comunitario: Una definición inconclusa

El modelo comunitario, como estrategia de intervención en salud, es “considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde un punto de vista ético como terapéutico” (Minoletti, & Zaccaria, 2005, p. 348). Dicho modelo propone “una transformación de los problemas a intervenir y de las formas de intervención, [siendo] una innovación para una mejor comprensión y abordaje de la enfermedad y la salud mental” (Carrasco, 2014, p. 127). A diferencia del modelo asilar u hospitalario, el modelo comunitario incorpora el enfoque de derechos en las personas con problemas de salud mental (MINSAL, 2018).

En cambio, el modelo asilar -de carácter asistencial, con base en el modelo biomédico- tiene “como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrado en la enfermedad” (Stolkiner, & Ardila, 2012, p. 60), en donde se aísla a la persona en centros cerrados de atención. Si bien este modelo ha tenido éxito en el control de las enfermedades infectocontagiosas, no es posible explicar y atender los problemas asociados a la salud mental con las mismas herramientas teóricas y prácticas.

Sin embargo, las teorías que sustentan la práctica denominada intervención comunitaria no son posibles de comprender “como una formulación teórica, metodológica y/o disciplinar, sino más bien como una hibridación entre una gran diversidad de planteamientos, con diferentes marcos epistémicos, reunidos en estrategias de intervención social que tienen en común un mismo sujeto: el pobre” (Carrasco, 2014, p. 150).

Además, bajo la perspectiva economicista propia de las sociedades neoliberales, como Chile (Astete, & Vaccari, 2017; Carrasco, 2015; Max-Neef, 2014; Max-Neef, & Smith, 2011; Miranda Hiriart, 2011; Olivares Espinoza, Winkler, Reyes Espejo, Berroeta, & Montero Rivas, 2018; Reyes Espejo, Olivares Espinoza, Berroeta, & Winkler,

2015), las decisiones en salud son priorizadas según el gasto que implican, por lo que el modelo comunitario se implementa porque implica una disminución en los costos asociados a tratamientos largos (Minoletti, & Zaccaria, 2005), dejando su discusión conceptual a un asunto académico más que de política pública.

Los equipos profesionales psicosociales -responsables de implementar las actuales políticas con el enfoque comunitario- están conformados por diversas disciplinas de la salud y del área social (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, entre otros), quienes se desempeñan en un espacio definido como 'lo comunitario'; ellos deben realizar una intervención comunitaria o psicosocial, cuya definición se ha ido modificando según el sustento teórico entregado en distintos momentos históricos (Menéndez, 1998), no estando del todo resuelto sus límites conceptuales. Así también, su relación con el modelo biomédico de atención en salud es ambigua, por lo que dicha potestad de actuación es altamente variable en cuanto a criterios de intervención en ámbitos de salud mental, manteniendo en común al 'pobre' como sujeto de atención y la práctica en espacios no institucionales (Carrasco, 2014; Carrasco, & Yuing, 2014).

Por tanto, existe una confusión teórica sobre el término comunitario, tal que los defensores de lo psicosocial se han convertido por esta vía en los mejores garantes del paradigma biomédico [llegando] a la paradoja de que la intervención en salud mental comunitaria por excelencia esté siendo la psicoeducación, cuyos objetivos son la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento (...) contrario al carácter emancipador del movimiento comunitario original (Miranda Hiriart 2011, p. 263).

Las dificultades que posee la biomedicina para tener un carácter emancipador se explican desde su surgimiento a partir del paradigma biomédico en Europa a comienzos del siglo XIX: la salud pública, fundada bajo una epistemología positivista, se convierte en una práctica de cuantificación en donde el enfermo constituye el problema como sujeto individual, que es diagnosticado en un proceso de observación que determina signos y síntomas objetivables, medibles y comparables (Miranda Hiriart, 2011).

Esta forma de comprender el proceso salud enfermedad -centrado en la cuantificación y estandarización del individuo- dista del propósito del modelo comunitario; aquí el concepto de comunidad es central por ser el espacio de fortalecimiento donde sus miembros logran la transformación del entorno y de sí mismos. Son las personas las cuales deben participar de manera conjunta

y comprometidamente para el desarrollo de capacidades y recursos, buscando la consecución de sus necesidades, aspiraciones y por sobre todo, el control de su situación de vida (Astete Cereceda, & Vaccari Jiménez, 2017; Avello Saez, Román Morales, & Zambrano Constanzo, 2017; Montero, 2009).

Asimismo, para que sea posible el fortalecimiento de una comunidad, es necesaria la participación, el entendimiento que permita superar la alienación y la pasividad, la politización como forma de ocupación del espacio y conciencia de los deberes y derechos como ciudadanos. De esta forma se logra el control del poder al interior de la comunidad y la autogestión como forma de transformación individual y colectiva para el uso de las capacidades, cuyo objetivo final es la generación de expresiones colectivas en función de los intereses para el beneficio de la propia comunidad, desarrollando identidad y sentido (Montero, 2009). Esta perspectiva del trabajo comunitario es difícil de lograr al interior de un Estado subsidiario y neoliberal, cuyas políticas públicas responden a lógicas instrumentales y deterministas, que focalizan el gasto social y limitan la construcción de ciudadanía (Reyes Espejo, et al., 2015).

Coherente con estos planteamientos, el Desarrollo a Escala Humana (DEH) aporta al concepto de comunidad desde la urgente necesidad de lograr niveles crecientes de "autodependencia y articulaciones orgánicas (...) a partir del protagonismo real de las personas (...) [logrando] la transformación de la persona-objeto en persona-sujeto del desarrollo (...) [lo que] no es posible en sistemas gigantísticos organizados jerárquicamente desde arriba hacia abajo" (Max-Neef, et al., 1993, p. 30). Según los autores de DEH, se requiere de "la voluntad de complementar propuestas políticas para el Estado con la perspectiva de los actores sociales, de la participación social y de las comunidades y del potencial que en sí mismos puedan contener" (Max-Neef, et al., 1993, p. 33), situación que no se condice actualmente con el modelo de atención comunitaria, ligados más a la psicoeducación y la adherencia al tratamiento que al desarrollo y emancipación de las personas y sus comunidades.

Se privilegian, así, enfoques neuropsicológicos -y por tanto individuales- para explicar los problemas de salud mental y el consumo de sustancias en particular, siendo que su origen puede explicarse a partir de complejas situaciones sociales (Uceda-Maza, & Domínguez Alonso, 2017). Es necesario comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se han organizado históricamente en distintos modos de vida característicos de grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura

de poder que determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas (Iriart, et al., 2002).

Testa (2006) plantea una crítica a la medicina y la salud pública que se fundamenta en que sus supuestos teóricos están ausentes o implícitos, lo que implica una postura anti teórica que asume una verdad única. Esta perspectiva del mundo desde un no lugar redonda (Pardo Rojas, 2006) en que la teoría queda implícita, siendo desconocida hasta para los propios investigadores (Testa, 2006; Iriart, et al., 2002) y los profesionales insertos en equipos psicosociales. Al reproducir prácticas sin ser conscientes de la teoría que subyace a ellas, no es posible lograr una praxis -vínculo entre pensamiento y acción- que permita “entender la relación entre la ciencia y el contexto histórico en que la misma se desarrolla, o sea su inserción en el mundo real” (Testa, 2006, p. 7). Esta escisión entre ciencia y contexto histórico se encuentra a la base de la actual confusión conceptual que impide una comprensión compleja del mundo en general y del enfoque comunitario en particular.

Equipos psicosociales y políticas públicas

Ante la tendencia a evaluaciones cuantitativas que excluyen a los profesionales como principales implementadores de una política con difusas definiciones y posicionamientos respecto al modelo comunitario, este estudio recoge cuál es la mirada de los profesionales que integran equipos psicosociales que intervienen con personas con abuso de sustancias. Como actores del sistema de salud, mantienen un alto grado de discrecionalidad en la intervención, son monitoreados en controles de gestión estandarizados y se someten a una importante presión sobre sus indicadores de rendimiento. Son ellos quienes llevan a cabo las directrices impuestas desde el aparato estatal con poca o nula representación en los procesos de evaluación.

Los procesos de evaluación de las políticas públicas dirigidas al abordaje de personas que experimentan situaciones vitales de alta complejidad, tales como el abuso de sustancias, no han dado cuenta de un cambio significativo en el uso y abuso de alcohol y drogas en la población (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2014), ni han logrado modificar las normas técnicas y reglamentos que delimitan el trabajo de los equipos psicosociales. Por tanto, cabe cuestionarse cuáles son los métodos de evaluación utilizados que no han permitido retroalimentar a la propia política pública de manera tal que el impacto producido en las personas signifique, tal como lo pretende, una disminución del consumo y una mejor calidad de vida.

Una de las posibles respuestas a la interrogante planteada es que la información que utilizan diversas instituciones estatales para evaluar esta política pública, emerge de las hojas de registro de las atenciones realizadas -en papel y en sistemas virtuales online-. Las normas técnicas emanadas consideran protocolos de atención estándar, como forma de supervisión y control de gestión, bajo el supuesto que los procesos terapéuticos pueden ser reducidos a mediciones y cuantificaciones objetivables (Miranda Hiriart, 2011).

La presión sobre el rendimiento y control de los profesionales se ve agudizada en el contexto neoliberal, donde el Estado gobierna bajo modelos económicos (Max-Neef, 2014) y de gestión que utiliza criterios de efectividad naturalistas e indicadores de rendimiento estandarizados como análisis de costo efectividad y costo-beneficio (Carrasco, 2014). Éstos son considerados por sobre las necesidades en salud de las personas y los criterios profesionales, cuya consecuencia es que “la clínica cotidiana queda descalificada como fuente de evidencia confiable (...). ¡Cuándo los profesionales que están en las trincheras deberían ser los ojos y los oídos de la autoridad!” (Miranda Hiriart, 2011, p. 264).

La información que emerge de esta forma de control de gestión, utilizada para realizar los estudios de impacto de la política pública, es generada a partir de resultados cuantitativos presentados en gráficos que reducen y ocultan la complejidad de la experiencia humana y “se niega la posibilidad de descubrir ciertos rasgos útiles y peculiaridades de la conducta de la gente real que podrían ayudarnos a comprender el mundo” (Max-Neef, & Smith, 2011, p. 82). En este tipo de metodologías con aproximaciones *top-down* o de arriba hacia abajo, el diseño, implementación y evaluación de la política pública apuntan a la cuantificación de la problemática, más que a una comprensión y evaluación del fenómeno como proceso.

En cambio, desde perspectivas epistemológicas que integran la complejidad y superan las dicotomías neopositivistas (Latour, 1992; Maturana, 2001; Maturana, & Varela, 2003; Morin, 2001; Testa, 2006), es posible comprender el rol de los actores en las políticas públicas -profesionales, pacientes, familia- de manera no jerárquica y no lineal; esto permite enfrentar el proceso de la misma -diseño, implementación, evaluación- como un entramado de acciones y relaciones humanas en permanente interacción (Ibáñez, 1985). Este enfoque es denominado ‘de abajo hacia arriba’ o *bottom-up approach* (Navarro, 2008; Sabatier, 1986), que permite rescatar la experiencia cotidiana de los profesionales.

En consecuencia, los equipos profesionales de salud son quienes llevan a cabo las directrices impuestas desde el aparato estatal con poca o nula representación en los procesos de evaluación, actuando dentro de un entramado institucional que establece espacios de intervención que sobrepasan los criterios tradicionales de lo que se comprende por atención en salud, quedando un importante espacio de discrecionalidad al interior de los equipos psicosociales. A pesar de poseer la experticia y ser los responsables de la implementación de las políticas públicas en una población objetivo particular y en un contexto determinado, actualmente todo el conocimiento generado desde estos grupos humanos es escasamente sistematizado y, por tanto, difícilmente puede ser utilizado como retroalimentación.

Las metodologías actuales utilizadas para evaluar la política pública son coherentes con el modelo económico que subyace a la estructura del Estado, el cual se organiza en torno a “un sistema altamente taylorista (...). Hay unos que piensan y otros que ejecutan” (Miranda Hiriart, 2011, p. 264). Por lo tanto, es necesaria la apertura a nuevas herramientas metodológicas y tecnologías sociales desarrolladas desde modelos contra hegemónicos, que levanten información sobre el impacto de los procesos de intervención, la perspectiva de los profesionales de la salud y la valoración de la pertinencia de la política pública; de esta forma sería posible tensionar la congruencia de las acciones ya implementadas para ampliar la comprensión del fenómeno, erigiendo nuevas realidades que han estado ocultas a los métodos de investigación utilizados hasta ahora.

Método

La perspectiva cualitativa que propone el DEH realiza una profunda crítica al modelo convencional de desarrollo centrado en el crecimiento económico y sus indicadores. En su lugar, propone orientar las estrategias de desarrollo en mejorar la calidad de vida de las personas mediante la adecuada satisfacción de necesidades humanas fundamentales (NHF). El DEH propone una taxonomía de nueve necesidades axiológicas que guardan un carácter universal y permanente en todas las culturas, estas son las necesidades de Subsistencia, Protección, Afeto, Entendimiento, Participación, Creación, Ocio, Identidad y Libertad. Mientras estas se mantienen estables, lo que cambia en tiempo y lugar es la forma en la que se satisfacen; lo que la teoría denomina satisfactores.

Los satisfactores son formas de ser, tener, hacer y estar e incluyen aspectos tan amplios como formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, comportamientos, actitudes,

valores y normas. El DEH propone una metodología participativa de taller donde un grupo o comunidad identifica sus propios satisfactores negativos y positivos y rellena los casilleros de una matriz compuesta por 36 casilleros (Figura 1). La metodología adaptada por Barrera (2017) y utilizada por las autoras en este ejercicio contempló dinámicas en talleres de conversación grupal guiada y facilitada, donde cada grupo participante completó tres matrices, una matriz de carencias, con aquellos satisfactores que obstaculizan la satisfacción de las NHF, una de potencialidades y una utópica a los que el grupo aspira, la visión ‘soñada’ por el grupo. Cabe señalar que los autores del DEH discuten sobre la incorporación de una décima NHF, trascendencia, incluida en este estudio debido a su importancia para profesionales de la salud.

Como otras metodologías cualitativas, parte de una ontología que reconoce a la realidad social como múltiple, construida y holística con propiedades emergentes que no es reductible a la sumatoria de sus partes (Strauss, & Corbin, 1990). Más que cuantificar la realidad, espera conocer cualidades interrelacionadas de manera dinámica e histórica y no como hechos atomizados y aislados del contexto socio-cultural del que emergen. Por lo tanto, el alcance de los resultados es ideográfico: no sólo representa la forma en la que cada grupo humano genera diferentes tipos de satisfactores para la satisfacción de sus necesidades, sino que además depende del sentido mismo que el actor le da a su propia percepción y elección. La matriz tiene sentido para los integrantes del grupo en la medida que su pertenencia al mismo implica historicidad y pertenencia a un mundo simbólico compartido.

| | Ser | Tener | Hacer | Estar |
|---------------|-----|-------|-------|-------|
| Subsistencia | | | | |
| Protección | | | | |
| Afecto | | | | |
| Entendimiento | | | | |
| Participación | | | | |
| Tiempo Libre | | | | |
| Creación | | | | |
| Identidad | | | | |
| Libertad | | | | |
| Trascendencia | | | | |

Figura 1
Matriz de Necesidades y Satisfactores
Fuente: Adaptado de Max Neef y colaboradores (1993).

Para sus autores, una de las particularidades de esta metodología es que desencadena procesos contrahegemónicos de emergencia e interpretación de los resultados, donde es la misma comunidad (asistentes al taller) la que realiza una reducción, abstracción, interpretación y construcción de los satisfactores. El grado de intervención del investigador se reduce al de facilitador del proceso. El propio ejercicio del taller, es un dinamizador del proceso de desarrollo endógeno de una comunidad. En palabras de los autores y participantes de estos talleres, la aplicación de la matriz activa a la comunidad, abre espacios de diálogo y encuentro, autoconocimiento y re-conocimiento.

Finalmente, los satisfactores que son reconocidos en las matrices, son clasificados así:

- a) Violadores o destructores: dan cuenta de un efecto paradojal ya que “al ser aplicados con la intención de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediato, sino que imposibilitan (...) la satisfacción adecuada de otras necesidades” (Max-Neef, et al., 1993, p. 43).
- b) Pseudo-satisfactores: los pseudo satisfactores “son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada (...) [pudiendo] aniquilar, en un plazo mediato, la posibilidad de satisfacer la necesidad a la que originalmente apuntan” (Max-Neef, et al., 1993, p. 44).
- c) Satisfactores inhibidores: “son aquellos que por el modo en que satisfacen (generalmente sobre satisfacen) una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras (Max-Neef, et al., 1993, p. 44).
- d) Satisfactores singulares: “son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades” (Max-Neef, et al., 1993, p. 45).
- e) Satisfactores sinérgicos: son aquellos que por la forma que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades” (Max-Neef, et al., 1993, p. 45-46).

Además, los satisfactores pueden ser exógenos o endógenos. Así, los satisfactores correspondientes a las cuatro primeras categorías, por ser habitualmente impuestos, inducidos, ritualizados o institucionalizados [respectivamente], son en alto grado exógenos a la

sociedad civil, entendida ésta como comunidad (...) de personas libres, capaces, potencialmente o de hecho, de diseñar sus propios proyectos de vida en común (...) [siendo] tradicionalmente impulsados de arriba hacia abajo. La última categoría, en cambio, revela el devenir de procesos liberadores que son producto de actos volitivos que se impulsan por la comunidad desde abajo hacia arriba (...) [siendo, por tanto, endógenos y] contra hegemónicos (Max-Neef, et al., 1993, p. 65).

Participantes y procedimiento

Se realizó una etapa exploratoria con entrevista a autoridades gubernamentales y coordinadores de equipos psicosociales para presentar objetivos y alcances del estudio. Posteriormente, tres equipos aceptaron participar en el estudio. Además, se contactó a supervisores directos de los programas de intervención, con el objeto de realizar entrevistas en profundidad. Cada participante firmó un consentimiento informado; al no ser considerada población vulnerable por el Comité de Ética correspondiente en los años que se realizó el trabajo de campo, 2014-2015, el estudio no debió ser visado por éste. Los registros fueron las tres matrices llenadas por cada equipo psicosocial y el cuaderno de campo en las entrevistas.

Los tres equipos psicosociales desempeñaban sus funciones en una ciudad del sur de Chile, a los cuales se denominará como A, B y C. El equipo A pertenecía a la red pública de salud, con convenio directo y permanente con el Servicio de Salud local, financiado por SENDA. Los equipos B y el C tenían dependencia administrativa privada, cuyos programas eran financiados por SENDA, con adjudicación mediante licitación pública, cada dos o tres años; su diferencia estaba en que el equipo B pertenecía a una organización sin fines de lucro presente en diversas ciudades del país, mientras que el equipo C trabajaba para una pequeña sociedad de profesionales.

El procedimiento de recolección de datos se realizó en dos jornadas de trabajo de cuatro horas de duración cada una, por cada grupo. Cada matriz fue completada por cada uno de los integrantes de los equipos profesionales, considerando el trabajo diario a partir de las normas técnicas y reglamentos que emergen de la política pública. Cada participante colocaba el satisfactor que deseaba para cada NHF, en el contexto de un trabajo dinámico, de permanente interacción. Al finalizar la segunda jornada, las tres matrices -carencias, potencialidades y utópica- habían sido completadas en cada equipo. Luego de un análisis preliminar de las matrices, se realiza una última jornada, con un doble objetivo: devolver a cada grupo los primeros resultados obtenidos y validar el proceso de análisis.

Resultados

Una vez completadas las tres matrices por equipo, se transcribieron a formato digital. Se procedió al análisis de contenido propuesto por la Teoría Fundamentada (Charmaz 2012; 2006; Puddephatt, 2000) realizando una

progresiva reducción de datos en cada una de las matrices construidas por los profesionales. De este proceso surge una sola matriz por cada equipo psicosocial, que sintetiza las carencias, potencialidades y utopías reconocidas por cada categoría existencial -ser, tener, hacer, estar-. Se mantuvo las categorías existenciales, reduciendo las axiológicas (Figuras 2, 3 y 4).

| | Matriz de carencias | Matriz de potencialidades | Matriz utópica | | | |
|-------|---|--|--|---|---|--|
| Ser | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compromiso <input type="checkbox"/> Creatividad <input type="checkbox"/> Perseverancia <input type="checkbox"/> Eficiencia <input type="checkbox"/> Cercanía <input type="checkbox"/> Transparencia <input type="checkbox"/> Capacidad de escucha <input type="checkbox"/> Valoración por otros <input type="checkbox"/> Falta compromiso institucional y reconocimiento. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conscientes. <input type="checkbox"/> Auténticos <input type="checkbox"/> Autocriticos. <input type="checkbox"/> Necesidad de mayor flexibilidad y espontaneidad. <input type="checkbox"/> Mayor capacidad de trabajo colectivo y dedicación. <input type="checkbox"/> Prácticos <input type="checkbox"/> Comprometidos <input type="checkbox"/> Sinceros <input type="checkbox"/> Consecuentes <input type="checkbox"/> Dispuestos a escuchar, <input type="checkbox"/> Considerados <input type="checkbox"/> Con iniciativa <input type="checkbox"/> Menos prejuicios <input type="checkbox"/> Realistas <input type="checkbox"/> Innovadores | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resilientes <input type="checkbox"/> Tolerantes a la frustración <input type="checkbox"/> Optimistas <input type="checkbox"/> Flexibles <input type="checkbox"/> Honestos <input type="checkbox"/> Respetuosos de la diversidad <input type="checkbox"/> Comprometidos <input type="checkbox"/> Sinceros <input type="checkbox"/> Consecuentes <input type="checkbox"/> Considerados <input type="checkbox"/> Con iniciativa <input type="checkbox"/> Menos prejuicios <input type="checkbox"/> Realistas <input type="checkbox"/> Innovadores | | | |
| Tener | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mayor protección y seguridad social y laboral <input type="checkbox"/> Rapidez en beneficios sociales <input type="checkbox"/> Respeto y reconocimiento desde y con instituciones colaboradoras <input type="checkbox"/> Seguridad desde lo interno hacia lo externo <input type="checkbox"/> Cuidador seguro <input type="checkbox"/> Asertividad <input type="checkbox"/> Afectividad y solidaridad <input type="checkbox"/> Mayores canales de comunicación estables | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mayor difusión <input type="checkbox"/> Validación de tiempos de autocuidado <input type="checkbox"/> Recursos y normativas flexibles para la creación <input type="checkbox"/> Derecho a opinión <input type="checkbox"/> Compromiso y respeto de los procesos evaluativos. <input type="checkbox"/> Participación con atrevimiento <input type="checkbox"/> Menos prejuicios <input type="checkbox"/> Capacidad de escucha | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Encuentros reflexivos <input type="checkbox"/> Vínculos sanos <input type="checkbox"/> Respeto <input type="checkbox"/> Derechos <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Reglamento interno <input type="checkbox"/> Coordinación intersectorial <input type="checkbox"/> Orientación y tratamiento integral <input type="checkbox"/> Tiempo para coconstrucción en equipo <input type="checkbox"/> Institucionalidad propia con flexibilidad <input type="checkbox"/> Respaldo técnico conceptual don discusión y subversión | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normas y protocolos basados en modelo biopsicosocial <input type="checkbox"/> Comunicación directa con disposición <input type="checkbox"/> Reuniones clínicas y administrativas <input type="checkbox"/> Involucrados <input type="checkbox"/> Espacios de reunión desde la diversidad con metas en común <input type="checkbox"/> Apoyo institucional y reconocimiento <input type="checkbox"/> Mirada de equipo <input type="checkbox"/> Seguridad en la intervención <input type="checkbox"/> Procesos evaluativos <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Influencia en la experiencia de los usuarios | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leyes laborales con respaldo institucional <input type="checkbox"/> Seguridad y tranquilidad <input type="checkbox"/> Autoevaluación <input type="checkbox"/> Convicción y conciencia <input type="checkbox"/> Mantener los ideales <input type="checkbox"/> Protocolos internos <input type="checkbox"/> Capacidad técnica y humana <input type="checkbox"/> Ocupación en el otro con fortaleza y vocación <input type="checkbox"/> Flexibilidad <input type="checkbox"/> Paciencia <input type="checkbox"/> Honestidad <input type="checkbox"/> Humildad <input type="checkbox"/> Aceptación | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asociatividad <input type="checkbox"/> Libertad <input type="checkbox"/> Respeto <input type="checkbox"/> Validación del tiempo libre <input type="checkbox"/> Autocontrol, energía y templanza <input type="checkbox"/> Herramientas, materiales y recursos para crear <input type="checkbox"/> Norma técnica actual <input type="checkbox"/> Injerencia <input type="checkbox"/> Claridad en las metas <input type="checkbox"/> Objetivo e hilo conductor con efectividad <input type="checkbox"/> Espontaneidad <input type="checkbox"/> Seguridad interior <input type="checkbox"/> Atemporalidad |
| Hacer | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuidar recursos <input type="checkbox"/> Organizar <input type="checkbox"/> Creer <input type="checkbox"/> Movilizar <input type="checkbox"/> Expresar <input type="checkbox"/> Compartir y escuchar <input type="checkbox"/> Usar los sentidos con apertura <input type="checkbox"/> Implementar cambios considerando opiniones <input type="checkbox"/> Validar dispositivo de Salud Mental para políticas públicas | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respetar decisiones con colaboración <input type="checkbox"/> Disfrutando sin exceso de voluntariedad <input type="checkbox"/> Imaginar <input type="checkbox"/> Escuchar para coordinar <input type="checkbox"/> Demostrear <input type="checkbox"/> Compartir <input type="checkbox"/> Refutar <input type="checkbox"/> Autorreflexionar <input type="checkbox"/> Coordinar redes para inclusión comunitaria | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hacer conciencia <input type="checkbox"/> Analizar críticamente <input type="checkbox"/> Gestionar <input type="checkbox"/> Adaptar <input type="checkbox"/> Dialogar <input type="checkbox"/> Capacidad de escucha <input type="checkbox"/> Cuidar y orientar <input type="checkbox"/> Aceptar <input type="checkbox"/> Encuentros <input type="checkbox"/> Definir <input type="checkbox"/> Contener | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Celebrar <input type="checkbox"/> Hablar sin miedo, sin defenderse <input type="checkbox"/> Crear talleres para la participación y ejecutarla <input type="checkbox"/> Coordinación que libere tiempo libre para actividades recreativas <input type="checkbox"/> Explorando e innovando <input type="checkbox"/> Concretar intervención integral y transdisciplinaria <input type="checkbox"/> Favorecer el uso adecuado de la libertad de los usuarios <input type="checkbox"/> Reconociendo e imaginando | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Persistir por un todo <input type="checkbox"/> Cuidándose <input type="checkbox"/> Monitoreando <input type="checkbox"/> Acogiendo <input type="checkbox"/> Cuidando <input type="checkbox"/> Escuchando <input type="checkbox"/> Dialogando <input type="checkbox"/> Coordinando <input type="checkbox"/> Reflexionando <input type="checkbox"/> Expressando con disposición <input type="checkbox"/> Mente activa para el trabajo serio y comprometido <input type="checkbox"/> Modificando | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disfrutando y gestionando el tiempo libre con pensamiento divergente <input type="checkbox"/> Catarsis <input type="checkbox"/> Sistematizando metodología <input type="checkbox"/> Conciliando y aprendiendo <input type="checkbox"/> Creando y defendiendo lo propio <input type="checkbox"/> Transcendiendo dejado el ego, siendo rigurosos, actuando humanamente <input type="checkbox"/> Participando colaborativamente en igualdad |
| Estar | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espacios dignos, implementados, de valoración y respeto <input type="checkbox"/> Seguros y confortables <input type="checkbox"/> Cálidos, familiares, de convivencia <input type="checkbox"/> Con tiempo <input type="checkbox"/> Espacios de comunicación abiertos al diálogo <input type="checkbox"/> Propicios y estables que permitan el cambio | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Laboralmente seguros con participación y validación <input type="checkbox"/> Apoyo a la libertad de decisión <input type="checkbox"/> Involucración bajo un sello particular <input type="checkbox"/> Tranquilidad y empatía <input type="checkbox"/> Espacios de convivencia. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espacios de contención y comprensión mutua y expresión de afectos <input type="checkbox"/> Resguardo físico y social <input type="checkbox"/> Espacios seguros y compartidos <input type="checkbox"/> Espacios de discusión, capacitación y evaluación <input type="checkbox"/> Espacios formales e informales para la interacción sana y abierta que propicie entendimiento <input type="checkbox"/> Espacios de conexión con otras instituciones | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espacio duradero <input type="checkbox"/> Espacios de recreación abierto a propuestas que permitan el cambio <input type="checkbox"/> Baja restricción técnica, sin límites para crear <input type="checkbox"/> Espacios que validen reunión y evaluación constante <input type="checkbox"/> Con autonomía, compromiso y respeto a la diversidad, para sentirse gratificado, en confianza, apoyado. <input type="checkbox"/> Ambiente terapéuticamente seguro | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espacios comprometidos <input type="checkbox"/> Espacios tranquilos, en paz <input type="checkbox"/> Espacios seguros, solidarios y confiados <input type="checkbox"/> Espacios de reflexión y discusión, a fiados, compartiendo experiencias | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con mayor tiempo libre en espacios de autocuidado <input type="checkbox"/> Espacios situados, sintonizados <input type="checkbox"/> Mayor infraestructura <input type="checkbox"/> Transcendiendo en un cambio dinámico, protegidos y contenidos |

Figura 2
Matriz síntesis Equipo Psicosocial A

Fuente: Elaboración propia.

| | Matriz de carentias | | Matriz de potencialidades | | Matriz utópica | |
|-------|---|--|---|--|---|---|
| Ser | <ul style="list-style-type: none"> □ Formas de supervivencia dadas □ Protección estándar e incompleta, genera desconfianza □ Falta de afectos □ Entendimiento sesgado, sin motivación por conocer □ Alienación y frustración en la participación social □ Tiempo libre sin congruencia ni significados. | <ul style="list-style-type: none"> □ Rígidos y cómodos en la creación de cosas distintas. □ Identidad construida con un fuerte sesgo social que afecta las confianzas. □ Limitaciones sociales que no posibilitan las elecciones personales. □ Transcendencia desde la certeza del trabajo profesional. | <ul style="list-style-type: none"> □ Fortaleza para enfrentar adversidades sistémicas □ Gratificado por aportar a otros □ Sentido de protección desde el equipo hacia otros □ Afecto basado en la lealtad □ Confianza y honestidad □ Formación constante □ Disposición a tareas profesionales concretas □ Comprometidos y responsables con los jóvenes □ Participación desde lo crítico-construtivo | <ul style="list-style-type: none"> □ Valorando el tiempo libre como necesidad □ Capacidad de innovación para crear □ Respeto a las diferencias □ Autoríticos □ Abandono de prejuicios □ Espontáneos, honestos y reflexivos □ Comprometidos y responsables con los jóvenes | <ul style="list-style-type: none"> □ Actitud consciente y crítica que permita prescindir de lo suntuario □ Valoración de las potencialidades de otros □ Cuidando el equipo □ Comprometido con los jóvenes □ Compartir aprendizajes □ Respeto por la identidad y libertad de otros □ Conscientes de los deberes y derechos, transformando pautas impuestas | <ul style="list-style-type: none"> □ Búsqueda de espacios alternativos y adecuados de tiempo libre □ Introspección auténtica y atrevida para romper límites desde la creación □ Sin temor al compromiso con la calidad de los procesos antes de la cantidad □ Transcender desde el trabajo comunitario realizado desde la valoración, la seguridad el apoyo y el cuidado □ Comprensión del trabajo diario |
| Tener | <ul style="list-style-type: none"> □ Formatos establecidos □ Protección deficiente por falta de recursos □ Legislación deficiente con condiciones de trabajo desfavorables □ Confusión entre afecto y asistencialismo □ Temor a la expresión de emociones □ Niveles de comprensión deficientes por educación deficiente □ Normas institucionales que no apoya en la comunicación con la red de salud | <ul style="list-style-type: none"> □ Participación social restringida que favorece exclusión □ Oferta limitada de actividades de tiempo libre, sin garantía desde el Estado □ Derecho a crear, no sólo ejecutar □ Validación del ejercicio profesional □ Respeto por la interculturalidad □ Burocracia institucional sin coherencia sistémica restringe libertad □ Tiempo para reflexionar □ Medición del impacto que retroalimente el trabajo | <ul style="list-style-type: none"> □ Pertenencia a una comunidad con propósito. □ Especialización y disidencia □ Enfoque de derechos □ Respaldo del trabajo desde un reglamento y compañerismo □ Expresión de afectos sin miedo a la subjetividad □ Entendimiento desde teorías específicas y consenso del equipo □ Participación con derecho a no estar de acuerdo y a la expresión □ Límites establecidos entre instituciones | <ul style="list-style-type: none"> □ Reconocimiento de diversidad cultural □ Roles y funciones profesionales □ Libertad validada desde la institución □ Posibilidad de revisión de contratos terapéuticos con usuarios □ Construcción de conocimiento que influyan en la política pública □ Herramientas para ayudar a otros | <ul style="list-style-type: none"> □ Respaldo institucional para ir más allá de las estadísticas □ Atención profesional con contenido □ Seguridad laboral y social □ Estructuras que favorezcan los procesos de desarrollo de niños y adolescentes □ Capacitación en derechos humanos del niño y adolescentes □ Mejores remuneraciones □ Reconocimiento de los pares e institucional □ Diálogo permanente con las instituciones gubernamentales involucradas □ Leyes que prioricen a las personas □ Trabajo realizado de calidad por sobre cantidad | <ul style="list-style-type: none"> □ Oportunidad para la educación y la comprensión que permita la igualdad y la decisión □ Instituciones permeables a la crítica que validen la construcción colectiva en pos de la transformación de las líneas de intervención □ Respeto por los espacios de tiempo libre y de creación □ Desarrollo de imaginarios colectivos □ Respeto por diversidad de identidades individuales y colectivas. □ Reconocimiento tanto el proceso como los resultados □ Respeto por la opción al tratamiento □ Instituciones coherentes entre discurso y práctica □ Transcendencia desde la construcción conjunta |
| Hacer | <ul style="list-style-type: none"> □ Productividad mecánica por sobre construcción armónica □ Se evita cercanía emocional □ Instituciones que van y vienen □ Comprender la problemática en conjunto □ Sistematizar el trabajo realizado □ Educar para la participación □ Apreciar lo comunitario □ Crear espacios saludables y significativos de tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> □ Reconocer intereses y respetar elecciones □ Crear e innovar más allá de lo normativo □ Trabajar en red □ Reconocer capacidades y limitaciones □ Fomentar asociatividad □ Ampliar visiones críticas □ Favorecer la libertad □ Movilizar con un propósito, intención y lenguaje que trascienda | <ul style="list-style-type: none"> □ Superar adversidad con sabiduría □ Adecuar iniciativas a realidad locales □ Construir bienestar consensulado desde el equipo □ Desarrollar resiliencia □ Reconocer el estado del otro sin prejuicio □ Escuchar activamente □ Pensar y estructurar el trabajo en reuniones técnicas □ Identificar espacios de participación para la población excluida □ Visualizar espacios de tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> □ Perderle el miedo a la creación y expresión libre □ Ampliarse a lo diverso □ Construir identidad desde el equipo □ Trabajar con otras instituciones para la inclusión □ Cuestionar para construir desde los propios conocimientos □ Utilizar el trabajo como medio de expresión □ Realizar acciones con propósito que mejoren la vida de los jóvenes desde la colaboración | <ul style="list-style-type: none"> □ Flujos de información no burocráticos □ Trabajar con confianza por sobre el celo profesional □ Mejorar la asociatividad para intervención a tiempo □ Demostrar interés por el otro □ Reflexionar en el quehacer diario □ Autocritica constante □ Equiparar el mundo de las ideas con el mundo real □ Mostrar mundos paralelos entre usuarios y profesionales □ Realizar acciones inclusivas y participativas concretas □ Justificar el trabajo para ser valorado | <ul style="list-style-type: none"> □ Tomar el tiempo libre sin sabotajes □ Expresar ideas □ Romper monotonía □ Generar trabajo digno □ Acompañar procesos positivamente en los jóvenes □ Respetar la forma de resolución de las problemáticas de los jóvenes □ Ejercer la libertad con responsabilidad □ Obtener normas que protejan el trabajo profesional □ Generar discusión por sobre el conflicto □ Verificar estándares por calidad y no por cantidad □ Ocupar espacios ofrecido □ Favorecer el desarrollo del otro |
| Estar | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes de posesión económica por sobre reciprocidad □ Espacios emocionales y físicos que no entregan protección □ Negación del afecto por miedo a la subjetividad □ Se limita el entendimiento, se norma □ Espacios de participación sin sentido de pertenencia, restringidos y sin ser escuchados | <ul style="list-style-type: none"> □ Espacios de innovación y creación por sobre los reproducción □ Espacios de intercambio en igualdad por sobre fiscalización desde estándares □ Espacios limitados de reflexión y elección que limitan construcción de identidad □ Espacios centralizados y burocráticos que coartan el desarrollo desde la persona y su comunidad □ Espacios de tiempo libre adecuados | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes que posibiliten la innovación y especialización profesional □ Ambientes que permitan la coconstrucción desde la incertidumbre, con validación y contención emocional □ Permitir el error como forma de aprendizaje □ Ambientes que promuevan en encuentro profesional y la participación intraequipo □ Espacios que acepten e incentiven libertad. | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes de respeto a la individualidad y diversidad que constituyan identidad grupal □ Espacios no amenazantes para la crítica al propio trabajo □ Espacios para trascender desde lo colaborativo, construyendo para el cambio □ Momentos de libertad y flexibilidad que propicien el encuentro para la creación | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes seguros y contenedores □ Ambientes que brinden protección, igualdad, reconocimiento y valoración de las diferencias □ Ambientes que permitan la construcción desde el ser □ Espacios de opinión y discusión sobre el trabajo □ Lugares de encuentro abiertos y diversos □ Espacios en la red de salud que permitan la participación | <ul style="list-style-type: none"> □ Espacios con amplia gama de posibilidades para el tiempo libre □ Espacios que favorezcan la creación, el pensamiento y la innovación, desde la diversidad □ Libertad de expresión con respeto mutuo □ En ambientes que permitan trascender desde la discusión válida y respetuosa dirigida hacia un bien común |

Figura 3
Matriz síntesis Equipo Psicosocial B
Fuente: Elaboración propia.

| | Matriz de carencias | Matriz de potencialidades | Matriz utópica | | |
|-------|--|--|---|--|---|
| Ser | <ul style="list-style-type: none"> □ Baja capacidad resolutiva □ Falta de empatía, solidaridad y compromiso y responsabilidad □ Carencia de emocionalidad sana para acoger a otros, poco assertivos □ Baja capacidad reflexiva □ Falta de comunicación efectiva □ Baja motivación para la participación □ Sin valoración y rigurosidad para uso del tiempo libre □ Políticas que aseguren lo mínimo. □ Recursos y respaldo □ Conocimientos y especialización en la red de atención □ Intervención eficaz por sobre la sobre intervención □ Sensación y vínculos seguros □ Coherencia y participación □ Tiempo y disposición para el diálogo □ Respeto desde las instituciones □ Voluntad política para la inclusión □ Mecanismos consensuados desde instituciones democráticas □ Inversión económica y respaldo institucional para el uso o del tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> □ Falta de curiosidad, de sueños e imaginación para la creación □ Baja coherencia de equipo □ Bajo conocimiento de la labor □ Limitado autoconocimiento □ Carenica de autonomía, aceptación y oportunidades □ Necesidad de trascender desde la ambición, la constancia, la facilitación y la solidaridad. □ Modelidad contractual protectora □ Políticas que estimulan la creación □ Sueños y oportunidades para el desarrollo teórico □ Métodos y valores compartidos □ Respeto cultural y autónoma □ Oportunidades de entendimiento □ Coherencia interna y externa □ Desarrollo de recursos propios □ Reconocimiento institucional □ Oportunidad de sistematización □ Conocimiento y seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> □ Solidarios, resilientes, seguros, empáticos, consecuentes, dedicados, afectivos y assertivos □ Motivados para participar con seguridad y respeto □ Creativos, optimistas, flexibles y curiosos □ Respetuosos y autocéntricos en el uso del tiempo libre □ Respeto, recursos y apoyo económico □ Redes familiares y comunitarias □ Equipo profesional que legitime al otro y se vincule □ Dominio teórico y práctico en comunicación efectiva □ Canales de comunicación y diálogo □ Objetivos, metas, entrega y desarrollo de subjetividades que permitan trascender □ Diversidad de oportunidades, estructura, acceso a la información y recursos que posibiliten la participación, el tiempo libre y la creación □ Motivación y desafíos para participar y crear □ Marco normativo, apego seguro y referentes para la construcción de identidad □ Conocimientos y autonomía personal e institucional para el ejercicio de la libertad | <ul style="list-style-type: none"> □ Respeto e integración para construir identidad □ Respetuosos y respetuosos en el ejercicio de la libertad □ Coherencia, perseverancia y assertividad para trascender □ Reconocidos y conocedores □ Autónomos, expresivos y responsables en la participación □ Respetuosos y equilibrados en el uso del tiempo libre valorado y legitimado □ Leyes que garanticen necesidades básicas □ Políticas de igualdad y acceso equitativo □ Equipo protector e igualitario □ Estructura de oportunidades y protección descentralizada y eficiente. □ Estabilidad profesional □ Salud mental, paz e inclusión □ Sociedad de derechos □ Formas no violentas de relación □ Condena al maltrato □ Entidades que vean seres humanos con necesidades e intereses por sobre las cifras □ Redes de apoyo seguras □ Mecanismos para dialogar y de encuentro □ Legitimidad, reconocimiento y conocimiento | <ul style="list-style-type: none"> □ Arriesgado, libre y diverso en la creación □ Respetuosos o por la diversidad en la construcción de identidad, desde el reconocimiento, la reflexión, la perseverancia y la crítica □ Autónomo, consecuente, respetuoso o en el ejercicio de la libertad □ Transcendiendo desde el bien común, la solidaridad, la coherencia, la perseverancia y la autenticidad. □ Garantías y legitimidad en diversas formas de participación desde las instituciones □ Tiempo libre como garantía y parte del bienestar cotidiano □ Riqueza cultural para la creación de su sujeto □ Autoconocimiento y autodeterminación la desarrollar identidad □ Libertad ejercida en comunidades auto determinadas □ Respeto a la opinión en la participación colectiva □ Garantía de derechos humanos y civiles □ Educación y reflexión para la participación política y toma de decisiones □ Oportunidades, reconocimiento, legitimidad y legado, apoyado desde políticas públicas para trascender |
| Tener | | | | | |
| Hacer | <ul style="list-style-type: none"> □ Atender necesidades en salud propia. □ Movilizar recursos y perseverar □ Coordinarse efectivamente con las redes □ Crear vínculos □ Entregar oportunidades y opciones □ Comprender las necesidades en salud de otros □ Escuchar con claridad, dialogar, educar y facilitar | <ul style="list-style-type: none"> □ Entregar espacios □ Desobediencia civil □ Recreando el tiempo libre como autocuidado □ Coleaborando, valorando y concretando acciones para la creación □ Aceptar la diversidad en todo ámbito □ Participar, discutir y reflexionar críticamente para tomar acuerdos. □ Colaborar e intervenir de manera eficiente para trascender | <ul style="list-style-type: none"> □ Administrar con probidad, gestionar, promover, contener, empoderar, defender. □ Escuchar y expresar efectivamente □ Empatizar, reflexionar junto al equipo □ Interactuar y construir para participar □ Reflexionar, cuestionar y decidir para construir en libertad □ Trabajar en coherencia con los modelos institucionales, construyendo, colaborando y desarrollando espiritualidad para trascender | <ul style="list-style-type: none"> □ Generar espacios, disfrutando e innovando en el uso del tiempo libre y la creación □ Legitimar y retroalimentarse con otros para construir identidad □ Educar en derechos □ Reconocer respetar la alteridad □ Abolir propiedad privada □ Derribar fronteras □ Aceptar al otro □ Valorizarse □ Coconstruir formas de intervención □ Valorar espacios cotidianos □ Visualizar al otro como un todo □ Nutrirse espiritualmente □ Valorar y legitimar la creación diversa | <ul style="list-style-type: none"> □ Participar para convocar □ Movilizar, retroalimentar, legitimar y transformar □ Promover y desarrilar tiempo libre adecuado □ Buscar experiencias de recreación □ Construir identidad individual y social □ Interactuar, conocer y educar □ Ejercer pensamiento crítico y reflexivo □ Construir relaciones igualitarias □ Exigir espacios de participación y construcción □ Transcender desde el respeto y valoración del otro, invitando en salud mental, facilitando, rescatando, acompañando y comprendiendo |
| Estar | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes protectores, tolerantes, assertivos, acogedores y seguros □ Recursos humanos y económicos suficientes □ Con orden simbólico □ Con comprensión y comunicación efectiva □ Espacios organizados para la participación y el encuentro □ Prácticas situadas, inclusivas y resolutivas | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes participativos y diferenciados para el uso del tiempo libre □ Espacios equipados que favorezcan la creación □ Entornos familiares protectores, personalizados y representativos □ Espacios que permitan la coconstrucción para ser parte de algo, vinculante y con legitimación □ Espacios coherentes con la misión | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes cómodos, tranquilos, cotidianos, estimulantes y diversos para el uso del tiempo libre y la creación □ Ambientes que promuevan el desarrollo de la identidad desde el autoconocimiento y la participación comunitaria que permitan el ejercicio de la libertad □ Ambientes de comunicación efectiva y respeto al otro. □ Ambientes de interés que permitan la participación | <ul style="list-style-type: none"> □ Ambientes con redes de apoyo, organizados y protectores □ Cómodos según las necesidades de las personas □ Espacios nutritivos con vínculos de calidad, saludables, amplios, respetuosos, seguros y tranquilos □ Espacios estructurados que garanticen y legitimen participación libre y diversa □ Espacios resolutivos desde la reflexión □ Variedad de espacios para uso de tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> □ Espacios que promuevan convivencia e integración □ Espacios que promuevan la conciencia para la conexión con sí mismo en pos de la creación □ Espacios con valores explícitos para el desarrollo de la identidad desde la convivencia □ Espacios de encuentro, reconocimiento y retroalimentación, flexible y dinámico que favorezca el aporte social y la integración en pos de la trascendencia |

Figura 4
Matriz síntesis Equipo Psicosocial C

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, las tres matrices se compararon entre sí, dando origen a tres grandes posicionamientos desde donde se perciben y comprenden los impactos de las políticas. Estas categorías emergentes sintetizan las temáticas comunes a los equipos psicosociales. La evaluación que los profesionales hacen de la forma en la que la política satisface las NHF se hace desde tres lugares como implementadores, como trabajadores, como miembros de un equipo.

Profesionales y políticas públicas (PP)

En esta categoría se agruparon los tipos de satisfactores que otorga el Estado por medio de sus instituciones, a través de las leyes, normas, reglamentos. Además, incluye la influencia que estos tipos de satisfactores conlleva para la satisfacción de las necesidades fundamentales y, en consecuencia, para el bienestar en general y el ejercicio profesional en particular, impactando la vida de las personas que son atendidas. Aquí se destaca la ausencia en la política pública de una teoría social que explique de maneja compleja, el fenómeno del uso de sustancias y las problemáticas sociales vinculadas.

Profesionales como trabajadores (PT)

Esta categoría agrupa satisfactores que influencian directamente el bienestar y, por tanto, el desempeño profesional. Incluye elementos normativos derivados de las leyes que regulan los aspectos contractuales, como sus consecuencias en la atención profesional ofrecida, los que impactan en la satisfacción de necesidades de todos los involucrados en el proceso de atención de salud. Destaca las precarias condiciones laborales, la deficiente estabilidad laboral y seguridad social.

Profesionales y rol como miembros del equipo psicosocial (PE)

Esta categoría da cuenta de los satisfactores que emergen directamente desde las características personales y grupales que influencian el bienestar individual y del equipo psicosocial en su conjunto, mucho de los cuales están relacionados con los satisfactores identificados y agrupados en las categorías precedentes; estos tienen directa relación con la satisfacción de necesidades de interventores y usuarios. La contradicción epistémica en el trabajo diario es el satisfactor que emerge a partir del análisis realizado.

Posterior a la emergencia de estas categorías, el proceso de reducción analítica continuó hasta obtener una última matriz síntesis que fundió las categorías existenciales -ser

tener, hacer y estar-. En esta matriz síntesis se presentan las carencias, potencialidades y utopías, por categoría levantada, para cada equipo psicosocial (Figura 5), a partir de ella fue posible comprender transversalmente el fenómeno estudiado.

Discusión y Conclusiones

A través de la identificación de diversos satisfactores, fue posible comprender cómo los distintos grupos de profesionales que participaron en esta investigación interpretaron las políticas públicas que determinan su trabajo diario. Más allá de los distintos énfasis dados por los tres equipos psicosociales, se identificaron satisfactores (prácticas, percepciones, valores y carencias) comunes que permiten discutir la pertinencia de la política pública, si favorecen la satisfacción de las necesidades fundamentales a través de desarrollo satisfactores sinérgicos o al menos singulares, o, por el contrario, las coarta a través de los categorizados como destructores, pseudo-satisfactores o inhibidores.

El primer satisfactor identificado, es la falta de reconocimiento y validación desde la red de salud mental como parte integrante de ésta. Si bien los equipos psicosociales B y C tienen mayores dificultades que el A, debido a su dependencia administrativa privada y al hecho de atender a un grupo específico de usuarios que se asocian más a problemas de delincuencia y consumo de drogas que a salud mental propiamente tal, de igual forma los tres establecen que no ser reconocidos dificulta una coordinación fluida con la red, impidiendo un trabajo conjunto en pos de mejorar la atención a los usuarios y limitando el propio desempeño profesional, coartando la satisfacción de necesidades fundamentales presentes y futuras, por lo que se convierte en un satisfactor destructor.

A la falta de reconocimiento, se agrega no ser considerado como actores a la hora de elaborar o evaluar políticas públicas desde las instituciones gubernamentales. Los tres equipos destacaron que, salvo conversaciones con los profesionales que cumplen el rol de referente técnico, no existe ningún procedimiento sistemático que permita una retroalimentación desde ellos como equipo psicosocial hacia el nivel central, recogiendo el conocimiento desplegado en el trabajo diario. Entonces, al ser considerados sólo como implementadores (ejecutores) de la política pública sin posibilidades de ser una voz válida para los tomadores de decisiones, se estimula un satisfactor destructor.

| | CE | Equipo Psicosocial A | Equipo Psicosocial B | Equipo Psicosocial C |
|-----------------|-----|---|--|--|
| Carentias | P-P | Recursos y normativas flexibles, validación del dispositivo como referente, laboralmente seguros y participativos, con respeto por procesos evaluativos. | Existencia estándar y limitada, posesión económica por sobre reciprocidad, sin validación, inestabilidad, sin canales de comunicación, sin sistematización, frustración, enajenación, desconfianza, incertidumbre. | Instituciones democráticas, mecanismos consultivos, recursos y respaldo para el desarrollo del conocimiento, sistematización, creación, intervención eficaz por sobre intervención, estimulando sueños y oportunidades. |
| | P-T | Espacios confortables e implementados, respeto desde y por otras instituciones, protección social y laboral, para desarrollo que propicie ser cuidador seguro y el cambio. | Condiciones de trabajo precarias, baja protección social, limitado desarrollo del conocimiento, productividad mecánica y reproducción, estándares cuantitativos de evaluación, sin certezas, espacios de bienestar poco saludables y significativos, desarrollo coartado. | Condiciones personales y contextuales limitan el bienestar, baja motivación, autonomía y rigurosidad, ambientes carentes de tolerancia, assertividad, equipamiento, seguridad, sin recursos humanos y materiales suficientes. |
| | P-E | Características personales desde la afectividad que limitan trabajo colectivo, creando espacios de convivencia que dificultan la toma de decisiones y la implementación de cambios que promuevan la inclusión comunitaria. | Existencia sin satisfacción y significación, comprensión del mundo segado y rígido, falta motivación por el conocimiento, expresión de afectos limitado por temor a la subjetividad, herramientas limitadas por educación deficiente, restricción de elección y creación en red, bajo sentido de pertenencia. | Características personales y contextuales limitan el trabajo en equipo, desde la emocionalidad poco sana y falta de autonomía en ambientes poco protectores y representativos, limitan desarrollo de vínculos seguros, conocimiento y coconstrucción crítica para intervención situada e inclusiva, con oportunidad de seguimiento. |
| Potencialidades | P-P | Reconocimiento de la propia institucionalidad, con coordinación intersectorial en espacios de reunión con evaluación constante y flexible que permitan propuesta de cambio. | Instituciones con roles establecidos, propicios y permitan la innovación desde la coconstrucción, libertad e incertidumbre, con apoyo al especialización profesional y sistematización para intuir en la política pública. | Instituciones y marco normativo que otorgue seguridad y referentes para coconstruir, que legitimen y promuevan el desarrollo y el ejercicio de la libertad en la comunidad, en pos de ambientes familiares, educacionales y terapéuticas afectivas. |
| | P-T | Sociedad de derechos, con apoyo institucional, reconocimiento, reglamento interno, posibilidad de registro, espacios físicos y sociales seguros, duraderos, con autocuidado y recreación. | Respaldo y validación institucional para un trabajo desde el cuestionamiento, el derecho a expresión, la libertad, la disidencia y el consenso desde la seguridad y el compañerismo. | Ambientes que provean de diversidad de oportunidades y recursos, promoviendo el desarrollo del bienestar, los conocimientos y la autonomía, para innovar y disfrutar en redes familiares y comunitarias. |
| | P-E | Características personales para concretar intervención integral, segura y transdisciplinaria, con tiempo para la construcción de normas y protocolos en espacios formales e informales, desde la discusión, subversión y el sustento técnico-conceptual, con metas en común, en espacios emocionalmente sanos, terapéuticamente seguros, sintiéndose gratificados, apoyados y en confianza. | Capacidades profesionales y características personales para el trabajo diario afrontando adversidades sistémicas, identificando y adecuando el trabajo hacia jóvenes, desarrollando herramientas desde el conocimiento crítico y el consenso, perdiendo el miedo, permitiendo el error como aprendizaje y cambio. | Características personales desde los afectos que colaboran al desempeño del equipo que a su vez retroalimenta la legitimación del otro, que permitan desde el diálogo, la construcción de objetivos y metas coherentes con los modelos institucionales, desarrollando subjetividad y espiritualidad. |
| Utopías | P-P | Institución validada a nivel público, leyes laborales que entreguen respaldo, normas técnicas actualizadas, claridad en metas con disponibilidad de herramientas, materiales y recursos, permitir sistematización, mayor infraestructura.. | Impuestas, favorecer espacios de pensamiento, ampliar participación en red de salud, compromiso por la calidad con estándares sobre los procesos antes que por la cantidad, leyes que estimulen procesos de desarrollo infantil y adolescente, educación para la comprensión, igualdad y decisión, trabajo profesional protegido, canales y flujos de comunicación eficientes. | Sociedad de derechos, estructura de oportunidades y protección descentralizada y eficiente, políticas de igualdad y acceso equitativo, abolición de la propiedad privada, leyes que garanticen y legitimen necesidades básicas para seres humanos libres con distintas necesidades, educación para la riqueza cultural y la alteridad espacios que promuevan convivencia e integración. |
| | P-T | Seguridad, estabilidad, tranquilidad en espacios seguros, solidarios y confiables, con menos ambición y exigencia y mayores espacios y valoración del autocuidado y el tiempo libre. | Instituciones coherentes, seguridad laboral, social y emocional, igualdad, reconocimiento y valoración, coconstrucción del trabajo comunitario desde la confianza por sobre el celo profesional, la discusión por sobre el diálogo, traspasando límites y monotonía, centrado tanto en el proceso como en los resultados. | Construcción garantizada, valorada y legitimada del bienestar cotidiano, estabilidad laboral, atendiendo a las propias necesidades para el desarrollo de relaciones de igualdad, inclusión, salud mental, libertad y paz en comunidades auto determinadas, aportando desde las características personales. |
| | P-E | Características personales y profesionales, con capacidad técnica y humana, trabajo colaborativo en igualdad, situados y sintetizados, para crear, defender lo propio, siendo parte de algo, persistiendo para el logro de un cambio dinámico, sintiéndose tranquilos, seguros y en paz. | Características individuales que posibiliten el desempeño individual y colectivo, construir imaginarios colectivos, compartir aprendizajes, mejorando asociatividad, promoviendo el encuentro desde el respeto y la discusión dirigida hacia el bien común y la construcción del ser, logrando aención con contenido y calidad.. | Desarrollo y mantenimiento de características grupales para aportar al bien común, desde el conocimiento crítico construyendo equipo protector, en formas no violentas de relación, con diálogo y resolución conjunta, generando proyectos sociales como forma de intervención en espacios cotidianos, ambientes nutritivos espiritualmente, vínculos de calidad, saludables, amplios, dignos, igualitarios, seguros, tranquilos y diversos. |

Figura 5
Matriz síntesis Equipo Psicosocial
Fuente: Elaboración propia.

Sumado a lo anterior, los profesionales refirieron que la forma restringida de evaluación utilizada y la escasa posibilidad de sistematización y seguimiento de los usuarios atendidos, dan cuenta de una política pública que entrega pseudo satisfactores; si bien existe la disponibilidad de profesionales e infraestructura para dar atención a una población en particular, finalmente la falta de certezas sobre el trabajo realizado sumado a los deficientes canales de comunicación, deja incertidumbre sobre el impacto del trabajo realizado e impide la utilización de esos conocimientos para mejorar la atención a futuro.

Según lo señalado por los informantes claves, los instrumentos de evaluación se convierten en un fin en sí mismo y por tanto, se pierden las acciones y las relaciones de profesionales y usuarios durante el proceso de intervención que contiene el elemento terapéutico; finalmente, lo que se cuenta es la cantidad de atenciones, no la calidad de los procesos. El objetivo y la meta se vuelven el fin y las decisiones en Salud Pública consideran sólo lo cuantificable.

Otro obstáculo a la satisfacción de las NHF es la falta de una teoría social que esté a la base de la política pública para que entregue sustento a las acciones que determina, lo que aumenta aún más la complejidad de la labor realizada, por las contradicciones que se generan a partir de su ausencia. La normativa que emana de la política pública establece una serie de acciones estándar a ser ejecutadas por el equipo psicosocial, debiendo ser contextualizadas por ellos según los requerimientos de la población atendida, lo que implica una comprensión compleja de la situación, debiendo incorporar elementos explicativos de la realidad social, no sólo individual, generando discordancias al interior del equipo interdisciplinario. La inexistencia de soporte teórico difundido e internalizado por el sistema de salud en la política pública se convierte en un pseudo satisfactor, porque no logra ser una guía eficaz para los profesionales, aun cuando pretenda serlo.

En sus distintos roles, los informantes claves refrendan la información levantada por los equipos psicosociales; concordaron con la falta de definiciones y posicionamientos que otorguen explicaciones a las complejas problemáticas que se buscan superar a través de la política pública. Situaciones similares experimentan ellos mismos en las instituciones estatales en las cuales se desempeñan, puesto que las perspectivas de análisis se contraponen entre las diferentes profesiones, los distintos profesionales y las diversas entidades a las cuales pertenecen. Se superponen aspectos de diagnóstico bajo perspectivas biomédicas, elementos de análisis social, político y económico, posicionamientos

desde el enfoque de derechos, género, infancia, seguridad ciudadana y otros, que determinan los problemas a intervenir y la manera de hacerlo, poniendo en tensión su rol con los propios equipos psicosociales en las diversas instancias de reunión, puesto que deben ser ellos el referente conceptual.

Como lo sostuvo una informante clave, definir las problemáticas y las mejores estrategias para abordarlas en el trabajo conjunto que se realiza con los equipos psicosociales, es una labor posible de realizar, construyendo miradas comunes y consensuando formas de intervención; este proceso que enriquece el desarrollo profesional, se vuelve ineficiente y muchas veces pierde su propósito por la alta rotación de profesionales en los equipos psicosociales, dificultando un despliegue teórico a largo plazo. Además, existen pocas oportunidades de encuentro, por la insuficiente disponibilidad de referentes técnicos en las distintas instituciones públicas. Es así que la falta de profesionales desde las instituciones gubernamentales y los limitados espacios de encuentro con los diferentes equipos psicosociales, se convierten en un pseudo satisfactor.

En coherencia con lo señalado referente a la inexistencia de una teoría social y asociado con el primer problema antes mencionado sobre la falta de reconocimiento y validación como miembros de la red de salud, los tres equipos psicosociales son definidos desde la política pública como centros de atención comunitarios, sin especificar una definición ni menos una explicación que dé cuenta en qué consiste, o sus diferencias con otros enfoques de atención.

Así, tal como fue revisado en la literatura, actualmente se contrapone 'lo clínico' y 'lo comunitario' como conceptos utilizados que distan de poseer descripciones únicas; con distinto énfasis, los profesionales se reconocen como equipos de atención en salud 'comunitaria', sin dar cuenta de las acciones que esto implica o claras diferencias con una atención 'clínica'. También con un énfasis dispar y considerando la heterogeneidad conceptual a la que ya se ha hecho referencia, los tres equipos psicosociales mencionaron la dificultad para definir las labores que les compete.

En concomitancia con los informantes claves, los equipos psicosociales narraron las mismas dificultades para la construcción de miradas a largo plazo; sin embargo, ellos precisaron los motivos que provocan la alta rotación profesional: es un trabajo de alta complejidad, con escaso apoyo institucional y con baja estabilidad laboral y seguridad social. Cabe señalar que el equipo profesional dependiente del sistema público de salud, posee un grupo profesional que ha presentado mayor estabilidad

en el tiempo, en comparación con los otros dos de dependencia privada. Por tanto, las dificultades presentes para permanecer en los cargos profesionales asociadas a las deficientes condiciones laborales, se convierten en pseudo satisfactores.

Otro inhibidor a destacar es la forma de evaluación y control de las prestaciones profesionales. Por una parte, deben llenar registros con datos cuantitativos que den cuenta del número de prestaciones entregadas y por otro, hay concordancia entre equipos y referentes técnicos que lo pertinente es realizar acciones ‘más comunitarias’ o en la comunidad junto a los usuarios, para las cuales no hay disponibilidad de tiempo y tampoco sistemas de registro apropiados, por lo que, si se realizan, van en desmedro del rendimiento y eficiencia del centro de atención particular. Por la capacidad de aniquilar la adecuada satisfacción de necesidades, se categorizará la forma de evaluación como un satisfactor destructor.

Tanto los equipos como los referentes técnicos concordaron que en el trabajo diario está presente la subjetividad, las emociones y la expresión de afecto, satisfactores necesarios para la construcción de relaciones interpersonales con el equipo y con los usuarios. Contradicториamente, estos elementos son negados desde una forma particular de conocimiento, el que otorga sustento tanto a la formación profesional como a la política pública: la ciencia, con sus múltiples cualidades para describir y explicar, también presenta limitaciones para otorgar comprensiones complejas de los fenómenos, dejando aparte cualidades humanas en pos de una búsqueda de la objetividad, circunscribiendo la experiencia a una sola verdad, tan evidente que se vuelve invisible. Se convierte, así, en un satisfactor inhibidor, puesto que al sobre-satisfacer ciertas necesidades, finalmente impide la satisfacción de otras.

Asimismo, la subjetividad y las emociones como satisfactores deberían constituirse como sinérgicos: contribuir a la satisfacción simultánea de varias necesidades; sin embargo, al coexistir la dicotomía entre lo subjetivo como lo no deseable y lo objetivo como lo deseable, sobre todo en cuanto al ejercicio profesional, se convierte en un satisfactor inhibidor, ya que dificulta la satisfacción de otras necesidades; estos satisfactores limitan la propia construcción del yo, tal como lo expresaron los tres equipos psicosociales. De este modo, los conocimientos que se han adquirido no se condicen con la complejidad que presenta el desempeño laboral en particular, debido a que las situaciones vitales de quienes son atendidos sobrepasan los elementos conceptuales aprendidos; de la misma manera, la imposibilidad para incluir aspectos emocionales en el vínculo con otros, dada

de forma tácita o explícita, limitan los procesos comunicacionales, la expresión de los afectos, restringiendo las posibilidades, la riqueza y la calidad de las interacciones cotidianas, dificultando la construcción de equipos e intervenciones transdisciplinarias emocionalmente saludables.

Otro punto en el que concordaron informantes claves y equipos profesionales, es que la política pública supone una mirada mecanicista y lineal de las problemáticas a las cuales se pretende dar solución; esto origina, de manera frecuente, una sobre intervención a los usuarios, entregándole a una persona variados programas de atención, que muchas veces tienen objetivos contrapuestos y/o quienes se encuentran a cargo, poseen distintas perspectivas sobre cómo abordar las situaciones vitales de quienes atienden, lo que redunda en la deserción por parte de los usuarios de las instancias de intervención.

Es así que, desde una política pública que no concibe a los sujetos como seres completos y complejos que constituyen y son constituidos por un contexto particular, no es posible otorgar programas con abordajes integrales; son diseñados, además, bajo estandarizaciones, cuantificaciones y enfoques top-down, por tanto, entrega satisfactores que, en el mejor de los casos, logran ser singulares, atendiendo necesidades específicas. Desde una perspectiva dinámica y compleja, los profesionales dan cuenta de una estructura social que no permite el desarrollo de satisfactores sinérgicos para cumplir con las NHF, ni menos aún, las condiciones mínimas para los grupos sociales objetivo de la política pública. Es más, consideran que la sociedad, más que posibilidades de cambio, produce y reproduce las realidades identificadas, otorgando limitadas formas de existencia dadas por los contextos a los cuales se pertenece.

Según reconocieron, existen limitaciones personales para enfrentar las situaciones adversas que han dejado explicitadas; reflexionando sobre las causas de éstas, refieren que como parte integrante del mismo sistema social al que se ha hecho referencia, pero desde una posición distinta a la de los usuarios, se experimentan las mismas contradicciones y tensiones, aún más cuando se posee una capacidad de análisis que permite una perspectiva crítica de la realidad, siendo difícil mantener constante la motivación, sobre todo cuando se hacen conscientes los insuficientes conocimientos para enfrentar la labor diaria, constituyéndose un círculo vicioso que es difícil superar.

Sin embargo, es posible identificar un satisfactor sinérgico que logra mantener el trabajo diario a pesar de

las deficiencias sistémicas reconocidas, que como tal, permite la satisfacción simultánea de otras necesidades, incluso de aquellas que por las razones ya expuestas, tienen dificultades para ser satisfechas: la relación y la labor cotidiana con los usuarios, en el momento en que se convierte en un modo particular de estar en el mundo, sobre todo cuando se comprende que se ha logrado pequeños procesos de transformación, reparando en los reducidos intersticios y puntos de fuga, otorgando la sensación que la tarea es posible de realizar, a pequeña escala, alcanzando la sensación de trascendencia.

Como conclusión, es importante destacar que fue posible dar cuenta de los distintos satisfactores identificados por los equipos psicosociales que limitan, condicionan, desvirtúan o estimulan las posibilidades de satisfacer las NHF, utilizando la clasificación propuesta: violadores o destructores, pseudo-satisfactores, inhibidores, singulares y sinérgicos. A partir estos, se discute la pertinencia de la política pública que norma el trabajo de los equipos profesionales.

Este proceso ha sido posible por la utilidad de la MNS como herramienta metodológica participativa; este tipo de aproximación en la investigación social permite no sólo profundizar en la comprensión del fenómeno estudiado, sino también, otorgar una óptica diferente, compleja, desde un punto de observación del cual emergen realidades veladas, ocultas tras perspectivas que reducen y cuantifican la realidad. Estas nuevas verdades, particulares, situadas y a escala humana, se vuelven tangibles a través del proceso de análisis; retornar con esos datos al lugar del cual emergieron, permitió la comprensión de las vivencias de seres humanos reales, no a la cuantificación de datos abstractos. Por tanto, la utilización de herramientas sociales como ésta, permiten abrir espacios de diálogo, revertir procesos top-down, estimulando la construcción de abajo hacia arriba.

Desde el Estado surgen políticas públicas que son implementadas por profesionales quienes tienen la responsabilidad de intervenir problemáticas complejas, bajo supuestos constituidos por teorías implícitas, sin claridad sobre qué se debe hacer o cómo realizarlo. Además, los equipos psicosociales tienen escasa oportunidades de retroalimentar la política pública, debido a que en los procesos de evaluación son sólo considerados aspectos cuantitativos.

Junto con esto, la política pública está dirigida a la población que mantiene precarias condiciones de existencia, no tan solo material, las que finalmente son objeto de intervención; así también, otorgan insuficientes condiciones laborales a quienes están llamados a realizar

los procesos de tratamiento, limitando posibilidades de desarrollo de satisfactores sinérgicos para sus necesidades fundamentales.

Sin embargo, a pesar de la falta de referentes teóricos, la escasez material, las limitantes estructurales y personales, y la complejidad del trabajo realizado, se encuentra el principal y más poderoso satisfactor sinérgico que, en el trabajo cotidiano con los usuarios, permite encontrar sentidos, significados y continuar día tras día con la labor: el trabajo diario con las personas; junto con el deseo por adquirir conocimiento y experiencias nuevas que contribuyan a su quehacer, los profesionales logran la trascendencia.

Incluir la perspectiva de los profesionales obtenida desde su experiencia en el trabajo diario, permitiría retroalimentar y trasformar una política pública diseñada en contextos distintos a los cuales son implementadas; quienes establecen sus lineamientos, son personas que están situadas históricamente en lugares disímiles, que observan, definen y determinan las realidades que serán objeto de intervención. Por tanto, fortalecerla desde el conocimiento que otorga la práctica cotidiana, convertiría a los equipos profesionales más que en interventores, en facilitadores de procesos centrados en el desarrollo de capacidades humanas, desde abajo hacia arriba, con el fin que las propias personas determinen sus problemáticas y sean quienes, al mismo tiempo, promuevan las soluciones.

Por tanto, algunas alternativas posibles para transformar los satisfactores destructores, inhibidores y pseudo satisfactores en sinérgicos, que pueden contribuir a llenar ciertos espacios reconocidos como carentes, es potenciar el desarrollo de proyectos sociales, con los propios usuarios, dentro de sus comunidades, a partir de un diagnóstico realizado desde sus habitantes. Este es sólo un ejemplo que permitiría mejorar los problemas de ineeficacia de la política pública, pero que requiere de modificaciones sustanciales en la forma de pensar su diseño, implementación y evaluación, asumiendo un enfoque bottom-up, que admite y posibilite la toma de decisiones desde las propias comunidades, de una manera tal que las NHF sean satisfechas a partir de satisfactores endógenos, no exógenos.

Referencias

- Astete Cereceda, M., & Vaccari Jiménez, P. (2017). Políticas públicas y subjetividades en disputa: Implementación de programas sociales en la Comuna de Lota, Chile. *Psicoperspectivas*, 16(1), 31-41. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-880>

- Avello Saez, D., Román Morales, A., & Zambrano Constanzo, A. (2017). Abordaje de la intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicosocial: Un estudio de caso en dos dispositivos del sur de Chile. *Psicoperspectivas*, 16(1), 19-30. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol16-Issue1-fulltext-900>
- Barrera, M. del V. (2017). Metodología del Desarrollo a Escala Humana. En E. Fecci, C. Salazar, M. Eggers, & J. Cea Rodriguez (Eds.), *Historias de emprendizaje y sueños compartidos* (pp. 32-38). Valdivia, Chile: Ediciones UACCh.
- Carrasco, J. (2014). Salud mental y psiquiatría comunitaria en Chile: El proceso de configuración de un objeto de gobierno. En T. Yuing, & R. Karmy, (Eds.), *Biopolíticas, gobierno y salud pública* (pp. 127-153). Santiago, Chile: Ocho Libros Editores.
- Carrasco, J., & Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-415>
- Carrasco, J. (2015). La historia de la Ley de Responsabilidad Penal de menores de edad en Chile: un ejercicio genealógico y una propuesta de análisis. *Fractal: Revista de Psicología*, 27(3), 272-280. <http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5078>
- Carrasco, J. (2018). Tecnologías de intervención en adolescentes infractores de ley en Chile: Siguiendo un portafolio. *Fractal: Revista de Psicología*, 30(3), 292-301. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5940>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: SAGE.
- Charmaz, K. (2012). The power and potential of grounded theory. *Medical Sociology Online*, 6(3), 2-15.
- Ibáñez, J. (1985). Las medidas de la sociedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 29, 85-127.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000800013>
- Latour, B. (1992). *Ciencia en acción*. Madrid, España: Gráfiques 92, S.A.
- Maturana, H. (2001). *La objetividad, un argumento para obligar* (2a. ed.). Santiago, Chile: Ediciones Dolmen.
- Maturana, H., & Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Max-Neef, M. (2014). The good is the bad that we don't do Economic crimes against humanity: A proposal. *Ecological Economics*, 104, 152-154. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2014.02.011>
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1993). *Desarrollo a escala humana*. Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan-Comunidad. <https://doi.org/10.1080/10584600802686105>
- Max-Neef, M., & Smith, P. B. (2011). *La economía desenmascarada. Del poder y la codicia a la compasión y el bien común*. Barcelona, España: ICARIA.
- Menéndez, E. L. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73, 5-22. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/redcups/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf>
- MINSAL. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile.
- MINSAL. (2006). *Informe WHO AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago, Chile.
- MINSAL. (2014). *Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe*. Santiago, Chile. https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- MINSAL. (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Santiago, Chile: MINSAL. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/12/Modelo-de-Gestion-CSMC-9-febrero-172.pdf>
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2014). *Décimo estudio nacional de drogas en población general*. Santiago, Chile.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>
- Miranda Hiriart, G. (2011). Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy. *Medicina Social*, 6(3), 259-265.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3), 615-626.
- Morin, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Navarro, C. (2008). El estudio de las políticas públicas. *Revista Jurídica de La Universidad Autónoma de Madrid*, 17, 231-255.
- Olivares Espinoza, B., Winkler, M. I., Reyes Espejo, M. I., Berroeta, H., & Montero, M. (2018). ¿Y si pensamos la comunidad con derechos? *Psicología Comunitaria, derechos y políticas públicas*. Una

- relación compleja. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1-13. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-2.pcdp>
- Pardo Rojas, M. (2006). Santiago CASTRO-GÓMEZ. La hibris del punto cero. Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). *Tabula Rasa*, 4, 339-346.
- Puddephatt, A. J. (2000). Special: An interview with Kathy Charmaz: On constructing Grounded Theory. *Qualitative Sociology Review*, 2(3), 5-20.
- Reyes Espejo, M. I., Olivares Espinoza, B., Berroeta, H., & Winkler, M. I. (2015). Del discurso a las prácticas: Políticas sociales y psicología comunitaria en Chile. *Polis (Santiago)*, 14(42), 387-413. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682015000300018>
- Sabatier, P. (1986). Top-Down and Bottom-Up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21-48.
- SENDA. (s.f.). Áreas de tratamiento. Disponible en http://www.senda.gob.cl/?page_id=1000
- SENDA, & MINSAL. (2014). *Normas y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol*. Santiago, Chile: SENDA, MINSAL.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas. *Revista Argentina de Psiquiatria*, 23(101), 57-67. <http://www.polemos.com.ar/vertex101j.php>
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Testa, M. (2006). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Uceda-Maza, F., & Domínguez Alonso, J. (2017). Vinculación entre la vulnerabilidad y la exclusión social y las trayectorias delictivas. Un estudio de asociación. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.07.003>