



**Universidad
de Valparaíso**
CHILE

Escuela de Trabajo Social

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

**SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
DE TRABAJADORAS/ES SOCIALES EN SALUD MENTAL
PERTENECIENTES A LOS NIVELES SECUNDARIOS Y
TERCIARIOS DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
VALPARAISO – SAN ANTONIO Y VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

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

**NATALY CARRASCO ALCORTA
CLAUDIA FUENTES MARTÍNEZ
SUSAN GARCIA FLORES
PROFESORA GUÍA
KETTY CAZORLA BECERRA**

Valparaíso, 2018

Agradecimientos

Tras el término de todos estos años de estudio, de tensión, de alegrías y derrotas, de amistades y aprendizajes llega el momento en donde realizamos una retrospectiva de todo lo ocurrido y analizamos el crecimiento que ha tenido cada una dentro de estos años de estudio.

*Es por ello que queremos agradecer como equipo seminarista, el interés, el apoyo y la retroalimentación que nos otorgó nuestra profesora guía **Ketty Cazorla Becerra**, en cada reunión de trabajo haciéndose presente en cada instancia formativa de nuestro proyecto de título, además de ser una docente cercana a sus estudiantes; entregándonos confianza en este proceso formativo.*

También de forma particular, quisiéramos agradecer como equipo seminarista a los participantes que se hicieron parte de nuestro proyecto de título, ya sea en la entrega de información directa o a través del Colectivo de Trabajadores Sociales en Salud Mental.

Nataly, Claudia y Susan.

Quiero agradecer primeramente a Dios por darme esta oportunidad, por traerme de vuelta a la quinta región y por nunca dejarme. Esto es por ti y para ti.

También quiero agradecer de manera infinita a mi mamá y a mi papá. Esto también es para ustedes. Gracias por apoyarme en todo, en todo y en todo. Por estar conmigo en cada paso y apañarme en todas mis decisiones. Los amo infinito. También, quiero dar las gracias de manera muy profunda a mi hermana Fran. Te amo con todo mi ser. Gracias por estar conmigo en este proceso y por nunca faltarme.

No pueden faltar las gracias a mi papi y mi mami. Son los mejores abuelos de la historia. Gracias por estar conmigo en esto y por estar siempre para mí. Esto también les pertenece. Los amo mucho.

De igual forma quiero agradecer a mis compañeras de tesis. Gracias chiquillas por soportarme todo este año, sé que soy difícil y ustedes hicieron todo más fácil. Las quiero mucho.

Así mismo, quiero dar las gracias a mis amigas y amigos, repartidos en el VTP, Techo, VMF, universidad y en la vida misma. Si los nombro a todos terminaría haciendo otra tesis más jaja. Los amo a todos y todas y doy gracias por cada palabra de apoyo y de aliento que me otorgaron durante este año. Este triunfo es de todos.

Casi terminando, quiero dar gracias a mi compañero (jajaja) Javier. Gracias por contenerme y estar ahí. Te amo tanto.

Finalmente, quiero darle las gracias a ese ser maravilloso que no se da ni cuenta de lo que pasa. Gracias Ringo por apañarme en mis noches de estudio, por escuchar mis disertaciones y por ser el mejor perro del universo.

Nataly

Durante todos estos años universitarios hubo muchas personas que me ayudaron de alguna forma, particularmente quiero agradecer a mi abuela por soportarme, alentarme, escucharme leer y las disertaciones, entregarme su apoyo y estar ahí en diversas situaciones que se presentaron. También quiero agradecer a mi mamá la cual me proporciono todo lo necesario para seguir adelante y completar todo este proceso universitario, a ambas mujeres las quiero un montón y esto es para ellas.

Quiero agradecer a mi hermano por propinarme ayuda y los medios que requiere una estudiante para desarrollarse en la universidad, a mi hermano Johan lo quiero mucho.

Igualmente quiero agradecer a mi familia en general por facilitarme la ayuda en muchas formas, especialmente a mi tía María y abuelos maternos.

Asimismo, quiero agradecer a algunos amigos y amigas que me dieron su apoyo y me colaboraron en muchas etapas de mi carrera.

De la misma forma agradecer a mi grupo de tesis por soportar mi carácter que a veces no es el mejor, pero aun así logramos sacar adelante este proyecto de título, las quiero mucho Nataly y Claudia.

Y por último agradecer el apoyo, paciencia y amor de mi pololo el que me escucho, alentó y animo en todo este año, lo quiero mucho.

Susan

Quisiera comenzar agradeciendo principalmente a las personas que estuvieron desde el comienzo de este camino conmigo, quienes han estado conmigo año a año, día a día apoyándome en este proceso, mi familia. En primer lugar a mi mamá y mi papá, quienes me entregaron las herramientas necesarias para poder desarrollarme y quienes me dieron su apoyo incondicional en todo momento. También a mis hermanos Nataly y Matias, quienes crearon momentos de distensión cuando estaba muy nerviosa o estresada por alguna prueba o presentación, siempre creando momentos de risa y diversión. A los cuatro, muchas gracias por darme el apoyo y la fuerza de avanzar por este camino de caídas y logros, los amo familia.

Por otra parte, quisiera seguir agradeciéndole a una personita maravillosa que se integró a mi vida un año y medio antes de que culminara este camino, un hombre maravilloso que me ha apoyado, aconsejado y soportado en todo este proceso de realización de proyecto de título, conteniéndome en cada momento que lo necesite, gracias por las risas, abrazos, consejos y estar siempre a mi lado, gracias Osvaldo, te amo mi vida.

Además, quisiera agradecer a mi grupo de tesis, gracias niñas por los momentos, risas, música y trabajo, gracias por soportar mis llegadas tarde y mi malhumor de a veces, gracias por hacer de esto algo bonito, pese a los momentos tensos, gracias Susan y Nataly por todo este año de trabajo que está por terminar.

Por último, quisiera agradecer a mis amigos, los cuales estuvieron conmigo en todos estos años universitarios, con quienes viví muchas experiencias y de quienes recibí mucho apoyo y consejos en este proceso y en cuestiones más personales, y de quienes aprendí mucho. Muchas gracias Isa, Diego y Cony, son los mejores chicos, los quiero un montón.

Claudia.

Índice

Presentación General	11
Capítulo I	14
Contextos de la Experiencia	14
Contexto Programático Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría diseñado el año 2000	15
Antecedentes del Plan Nacional de Salud Mental en su versión preliminar 2016 - 2025:	24
Contexto Institucional: Centro Tratamiento Ambulatorio Para Drogodependencias Hospital de Peñablanca Villa Alemana	33
Introducción	34
□ Misión	35
□ Objetivos de la Institución	35
□ Etapa de Ingreso	36
□ Fases de Tratamiento	38
Atención a la demanda y gestión de lista de espera:	42
Trabajo en RED	48
Cobertura	51
Recursos	51
Prestaciones Otorgadas	58
Capítulo II	61
Marco de Referencia	61
Perspectivas desde las Ciencias Sociales	63
Niveles de Intervención social	65
Modelos de Intervención	67
2.1 Concepto de Salud	68
2.2. Otras visiones del concepto de Salud	68

2.3. Concepto Salud Mental	71
2.3.1 Diferencia entre Salud Mental y Enfermedad/Trastornos Mentales	72
Función directa:.....	76
Función preventiva, de promoción e inserción social:	77
Función de coordinación:	78
Capítulo III	79
Marco Metodológico	79
Fundamentación Metodológica.....	80
1. Delimitación del Proceso de Sistematización	82
2. Objetivos de la Sistematización.....	82
6. Tipo de procedimiento de validación	85
Capítulo IV	86
Resultados y Análisis	86
Resultados.....	87
Análisis de Objetivos Específico	101
Análisis de Criterios de Inclusión	110
Capítulo V	113
Conclusiones y Aprendizajes	113
Presentación.....	114
<input type="checkbox"/> Conclusiones Metodológicas desde la Sistematización en Trabajo Social en Salud Mental.....	114
<input type="checkbox"/> Conclusiones de los Ejes Temáticos: Intervención Social, Salud Mental e Intervención de Trabajo Social en Salud Mental	116
<input type="checkbox"/> Conclusiones Profesionales y Desafíos del Trabajo Social	117
<input type="checkbox"/> Formación de Pregrado en las Cátedras:	118
<input type="checkbox"/> Formación de Pregrado en las Prácticas Profesionales:	119
<input type="checkbox"/> Formación de Pregrado en Proyecto de Título:	119
Bibliografía.....	121

Anexos 124

Índice de Tablas

Tabla 1 Características institucionales.....	35
Tabla 2 Fases del Tratamiento	39
Tabla 3 Listado de Redes	50
Tabla 4 Redes de Salud	51
Tabla 5 Equipo Multidisciplinario.....	52
Tabla 6 Trabajo Social de Caso.....	89
Tabla 7 Trabajo Social con Familia	92
Tabla 8 Trabajo Social con Redes Territoriales	95
Tabla 9 Resumen de Resultados.....	101
Tabla 10 Protocolo de Entrevista	125
Tabla 11 Ficha Observación No Participante.....	128
Tabla 12 Ficha de Revisión Documental	129

Índice de Figuras

Figura 1 CTA Peñablanca.....	33
Figura 2 Flujograma de Tratamiento.....	41
Figura 3 Salud Mental y Enfermedades Mentales	73
Figura 4 Trabajo Social con Caso.....	89
Figura 5 Trabajo Social con Familia.....	92
Figura 6 Trabajo Social con Redes Territoriales.....	95

Presentación General

El presente proyecto de título, se enmarca en el proceso de titulación de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, para el año 2017, el cual se titula “Sistematizar las experiencias de intervención social que desarrollan las y los trabajadoras/es sociales de salud mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los servicios de salud Valparaíso – San Antonio y Viña Del Mar – Quillota”, el que es supervisado por la académica Ketty Cazorla Becerra y realizado por Nataly Carrasco Alcorta, Claudia Fuentes Martínez y Susan García Flores.

Este proyecto de título emana de la preocupación de algunos/as trabajadores/as sociales que se desempeñan en el área de salud mental, los cuales manifiestan la inquietud de conocer las experiencias profesionales que se efectuaban en sus quehaceres laborales, además de tener una fuerte influencia del Coordinador del CTA del Hospital de Peñablanca, Don Ramón Aguilar Ruíz. Las labores desarrolladas de los/as profesionales se enmarcan principalmente en el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”.

Para este proyecto de título se escogió la metodología de Sistematización, ya que se requiere conocer las experiencias de los/as profesionales. En el Marco Referencial los ejes temáticos que abordaron los conceptos de Intervención Social, en cuales aparecen autores tales como Ander-Egg, Nidia Aylwin, Alfredo Carballeda, pero principalmente, esta sistematización se basa en el de la Doctora Patricia Castañeda Meneses; Salud, Salud Mental, ambos conceptos emanados desde la OMS y la OPS, también se expone el concepto de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile y otros conceptos interculturales de salud; e Intervención de Trabajo Social en Salud Mental, el cual está basado principalmente en la autora Eva Garcés.

Desde la definición de la Doctora Patricia Castañeda emanan los objetivos específicos planteados en el presente proyecto de título, los cuales están vinculados con las siguientes temáticas: necesidades y problemas sociales, repertorios teóricos y conceptuales, metodología de intervención, programas de la política pública y proceso de gestión.

Para efectuar el levantamiento de información se utilizó la técnica de

entrevista con fines de sistematización, además de revisión documental y observación no participantes, para facilitar el análisis de las experiencias profesionales recolectadas para la realización de este proyecto de título.

Resumen por capítulos:

Capítulo I: Contexto de la Experiencia

- Contexto Programático y Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Contexto abarcado en aspectos de las principales líneas de acción que rige la labor profesional.
- Contexto Institucional: Centro Tratamiento Ambulatorio Para Drogodependencias Hospital de Peñablanca Villa Alemana: Se establecen las distintas características de la institución, tales como la visión, misión, sistema de objetivos y la metodología de intervención que presenta el programa para el usuario/a.

Capítulo II: Marco de Referencia: Se determinan los ejes conceptuales utilizados para llevar a cabo la sistematización. Estos son: Intervención Social, Salud Mental e Intervención del Trabajo Social en Salud Mental.

Capítulo III: Marco Metodológico: Se define la metodología utilizada para efectuar la sistematización, en ella se establecen los objetivos de sistematización, los diferentes instrumentos con fines de sistematización y los criterios de inclusión de las experiencias.

Capítulo IV: Resultados y Análisis: Son expuestos los resultados obtenidos a través de la metodología utilizada y se identifican las experiencias profesionales de los/as trabajadores sociales en Salud Mental. Cada una de estas en relación a los objetivos específicos planteados. La realización de análisis de los resultados obtenidos en base a objetivos específicos y criterios de inclusión.

Capítulo V: Conclusiones y Aprendizajes:

- Conclusiones Metodológicas
- Conclusiones de los ejes temáticos

- Conclusiones profesionales y desafíos del trabajo social.

Capítulo I

Contextos de la Experiencia

Contexto programático Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

El contexto programático en el que se basa el presente proyecto de título, está orientado por el “*Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*” del año 2000 y el borrador del año 2016 que se encuentra proceso de revisión al momento de realizar el proyecto.

. Debido a una multiplicidad de factores como alza de usuarios/as con trastornos psiquiátricos; aumento de dispositivos en salud mental, una visión comunitaria de la salud mental por parte de los usuarios/as y los profesionales y la inclusión de determinantes sociales específicos; entre otros; se reconoce el avance en materia de salud mental en el país desde el año 2000 hasta la fecha, por lo que es necesario incluir dentro del marco programático el borrador del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que está en actual revisión.

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría diseñado el año 2000

Con respecto al “*Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*” del año 2000 se reconoce como su propósito “*Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente; de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común*” (Ministerio de Salud de Chile, 2000)

1.- Valores Fundamentales:

- Desarrollo humano, por lo tanto está dirigido a personas, grupos y ambientes.
- Acceso universal: geográfica, económica y socialmente.
- Considera e integra las características y aportes de grupos con culturas minoritarias

- Involucra la participación activa y responsable del/la paciente y sus familiares en una relación interpersonal informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre éstos y el profesional o equipo responsable.
- Financiamiento asegurado para toda la población.

2.- Fundamentación del Plan Nacional de Salud Mental:

- Se basa en el concepto de salud mental de la OMS, generando acciones para favorecer la salud mental, las cuales son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales.
- Las enfermedades mentales, al ser biopsicosociales, son susceptibles a la prevención, tratamiento y rehabilitación
- Es posible mejorar la calidad de vida de las personas, ya que la afección no es causada solo por la enfermedad, sino que también por las condiciones y comportamientos sociales de la familia y la comunidad.

3.- Intersectorialidad y Salud Mental

Antecedentes:

- La salud mental depende del nivel de desarrollo económico, político-social y de salud pública
- Está determinada por el nivel de ingreso de los individuos.
- La “Carga Social” genera en la población “Estrés Crónico”, al igual que la falta de cohesión social.
- La salud mental también depende del entorno físico y relacionales (hogar, trabajo, escuela, etc.)
- Los costos sociales y económicos de las problemáticas de salud mental son solventados por el Estado.
- Las personas aspiran a mejorar la calidad de vida para aumentar su bienestar.
- Existe apoyo de la Organización Mundial de la Salud en la realización de acciones intersectoriales.

Nivel de salud mental e intersectorialidad:

La intersectorial se debe dar en todos los ámbitos organizativos de la sociedad y las acciones intersectoriales son especialmente importantes, ya que constituyen el ámbito real de la organización comunitaria.

Las acciones intersectoriales están dirigidas a:

- Promoción
- Prevención
- Detección para realizar tratamiento y rehabilitación adecuada
- Reinserción social.

Ámbitos y estrategias intersectoriales en salud mental:

Expresa, en definitiva, el modelo de desarrollo, las políticas sociales y los valores y principios en la que se basa la convivencia ciudadana de un país, principalmente a través de:

- Participación social
- Leyes y regulaciones
- Ofertas de servicios
- Recreación y deporte
- Expresiones de espiritualidad religiosa, humanista u otras
- Expresiones artísticas
- Comunicación social

A continuación se nombraran los principales ámbitos de acciones intersectoriales:

1) La salud mental en educación preescolar y escolar: En base a la experiencia y a la realidad del país, los componentes específicos en que se centra esta línea de acción, es priorizar las siguientes temáticas:

- Respeto y ejercicio de derechos humanos y solidarios
- Participación ciudadana
- Autoestima, control y expresión de afectos y emociones
- Habilidades sociales
- Estilo de vida saludable y autocuidado
- Prevención de abuso de alcohol y drogas
- Detección y ayuda a alumnos con problemas de aprendizaje
- Derivación para atención de N.N.A. con trastornos de salud mental

2) Salud mental y trabajo: Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en Chile para en el ámbito son:

- Generar iniciativas para una mayor protección de salud mental de los trabajadores en la legislación.
- Sensibilizar sobre problemas emocionales y enfermedades mentales para evitar estigmatización.
- Programa de prevención de abuso de alcohol y drogas y manejo de estrés
- Detección de depresión y problemas de alcohol y drogas
- Flexibilización al otorgar pensiones de invalidez a personas con discapacidad psiquiátrica
- Establecer porcentajes fijos de puestos de trabajo para personas con enfermedades mentales
- Generar empleos para personas con discapacidad psiquiátrica por medio de desarrollo de empresas sociales.

3) Salud Mental en Barrios, Poblaciones y Comunas: Algunas de las estrategias prioritarias para las iniciativas comunales son:

- Instalar el tema de salud mental en la agenda política del municipio.
- Promover la coordinación y articulación de las acciones de salud mental.
- Incorporar un componente de salud mental en el plan comunal de salud.
- Favorecer la participación y organización social.
- Facilitar la formación y funcionamiento de grupos de autoayuda en salud mental.
- Proveer dispositivos comunitarios que favorezcan la reinserción social.
- Disponer de centros comunitarios de Salud Mental (COSAM)

4) Salud mental de personas en conflicto con la justicia: Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en el área de la salud mental en este ámbito son:

- Definir ámbitos de competencia entre ambos sectores y mecanismos de financiamiento para los peritajes psiquiátricos.

- Consolidar y expandir a todas las regiones del país el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense.
- Desarrollar en Chile la sub especialidad de Psiquiatría Forense
- Reformar el código civil de modo de modernizar los conceptos de enfermedades mentales.
- Establecer sistemas de atención y rehabilitación en salud mental y psiquiatría para los menores en protección y problemas con la justicia.

5) Salud mental de pueblos indígenas: Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en el área son:

- Implementar y evaluar experiencias piloto de programas de salud mental con población indígena viviendo dentro y fuera de comunidades.
- Diseñar e implementar prestaciones de promoción y protección de la salud mental, de tratamiento, rehabilitación y reinserción.
- Favorecer un trabajo articulado entre agentes de salud de la propia cultura indígena con equipos de salud.
- Discriminar positivamente el ingreso a carreras de salud mental de personas de pueblos indígenas.
- Realizar investigación sobre la salud mental de pueblos indígenas.

4.- Acciones de Salud Mental y Psiquiatría

A) Actividades a nivel primario de resolución:

- Actividades para articulación entre niveles primarios y secundarios
- Actividades para promoción de factores protectores de la salud mental en la población general
- Actividades para la prevención
- Actividades para el tratamiento/recuperación y rehabilitación

B) Actividades en atención de urgencia:

- Consultoría en salud mental
- Consultoría psiquiátrica

C) Actividades para atención de niveles secundarios y terciarios de resolución en salud mental y psiquiatría.

- Actividades para la articulación entre niveles secundarios y terciarios
- Actividades de tratamiento y rehabilitación

5.- Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría

El concepto de red alude a los vínculos entre personas, grupos y/o instituciones que teniendo cada uno sus propias características, reconocen la necesidad de crear lazos para el cumplimiento de objetivos comunes, integrando un espacio de igualdad, en donde las relaciones son horizontales y se reconocen los conocimientos de cada individuo.

Al existir una red de servicios, significa que el usuario es un **usuario de la red**, y posee acceso a los diferentes servicios que se encuentran articulados entre sí para responder a las necesidades en cualquier estado del proceso de la enfermedad.

El desarrollo estratégico de la red de servicios de salud mental y psiquiatría se divide en los siguientes niveles:

Nivel Primario de Resolución (Barrio-Comuna):

- Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Consultoría de Salud Mental.
- Psicólogos en los Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos.
- Centros de Salud Mental (COSAM)

Nivel Secundario de Resolución (Comuna-Provincia):

- Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.
- Equipos de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.
- Hospital de Día.
- Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía.
- Servicio de Urgencia.
- Hogares Protegidos.
- Agrupaciones de Usuarios y Familiares.
- Comunidades Terapéuticas.

Nivel Terciario de Resolución (Provincia-Región):

- Hospital de Día para Niños y Adolescentes.
- Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para Adolescentes.
- Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía.
- Unidad de Adicciones Ambulatorias.
- Unidad de Adicciones de Hospitalización.
- Programa de Reparación Integral en Salud para Personas afectadas

por Represión Política 1973-1990 (PRAIS).

- Unidad de Psiquiatría Forense.

6.-Agrupaciones de Usuarios y Familiares

El significado de la familia y constitución de las relaciones entre sus miembros ha sido reconocido desde fines de siglo pasado, sin embargo, la consideración de la familia como un recurso de tratamiento de personas con enfermedad mental. Los antiguos sistemas de atención plantean la consideración y estudio del rol de la familia en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

La participación de los familiares apunta a los siguientes aspectos:

- Aumento del nivel de información.
- Mejoría en habilidades para enfrentar la vida.
- Reducción de la carga del cuidador.
- Mejor relación con su familiar enfermo y mayor capacidad para apoyarlo.
- Aumento de la sensación de apoyo emocional.

7.- Financiamiento

En Chile se ha realizado una inversión significativa en la creación de hospitales psiquiátricos en la región Metropolitana, pero no se consideró hacer uno en cada provincia. La inversión es insuficiente y solo se retoma en esta década con el inicio de programas de salud mental y la instalación de una red de servicios.

El plan deberá ser un instrumento que atraiga y canalice recursos de otros sectores sociales para destinarlos a acciones intersectoriales y comunitarias. Es relevante el aumento de los recursos que salud asigne a estas acciones, en forma regular, y la propuesta de contenidos y estrategias cada vez más concretas.

Por lo tanto, financiar el plan mediante un aumento sostenido de recursos destinados a salud mental. En la actualidad, los recursos públicos que se invierten en salud mental en el país alcanzan al 1,2% del presupuesto total de salud, lo que es muchísimo menos que en otros países.

8.- Regulación

La implementación del plan requiere de un marco normativo que permita la regulación necesaria para asegurar la calidad y cobertura de sus acciones. Esta regulación debe expresar en lo posible el consenso de

quienes son responsables de planificar y efectuar las actividades, como también asegurará su difusión persuasiva de modo que sea percibida como un aporte a la acción clínica y administrativa.

En 1990 la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud ha realizado documentos regulatorios en salud mental, que pueden contribuir al desarrollo del plan.

Los documentos regulatorios más importantes son:

- Políticas, Plan y Gestión.
- Trastornos Hipercinéticos y de la Atención.
- Trastornos de Salud Mental asociados a Violencia.
- Depresión.
- Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas.
- Trastornos Psiquiátricos Severos: Esquizofrenia.
- Alzheimer y otras Demencias.
- Otros.

Principales líneas de mejora

Junto con el propósito, en los fundamentos del plan comienzan las primeras luces que desprenden del concepto biomédico al promover mejoras en las condiciones psicosociales, ya que favorecen la salud mental a lo largo de la vida (como en el ámbito de la familia, de escuela y trabajo). A pesar de nombrar el concepto psicosocial como favorecedor de la salud mental, el plan del año 2000 mantiene una mirada biomédica que cambia con el actual borrador que se encuentra en revisión, dando mayor injerencia a los determinantes sociales en la salud mental de las personas.

La salud es entendida como un proceso continuo de equilibrio que requiere un *“conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”*. Estos factores se denominan **Determinantes Sociales de la Salud** y son los contextos en que las personas nacen, crecen y envejecen, y estos definen la ausencia o presencia de una o varias enfermedades.

Otro aspecto de importancia que no se le otorga la relevancia correspondiente es el **Enfoque de Derecho**, según este, las personas con discapacidad mental dependen más de la inclusión social que de la atención psiquiátrica, con lo cual este enfoque en las políticas públicas se vuelve

relevante. Este enfoque apunta a establecimiento de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y al respeto mutuo y en la transparencia, por lo que, la satisfacción de las necesidades concretas y subjetivas de las personas y colectividades constituye una obligación jurídica y social, “*buscando construir mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones, y consecuentemente la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano*”. Es así, que se reconoce a las personas como sujetos de derechos dejando de ser personas con necesidades asistidas, dejando de lado la medicación y dando lugar a la participación comunitaria.

Finalmente, el **Enfoque Comunitario** en salud mental ha tenido avances en la reforma y reconversión de la asistencia psiquiátrica asilar, actualmente, persisten serias deficiencias en lo que respecta a su plena implementación. Las principales limitaciones se encuentran en la mayor cobertura y financiamiento para psicofármacos en comparación a intervenciones psicosociales y comunitarias.

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 enfatizó el rol de las agrupaciones de usuarios/as y de familiares de usuarios/as de servicios de salud mental, en el acompañamiento y ejercicio de derechos de los usuarios/as con problemáticas de salud mental. Sin embargo, si bien en la actualidad se pueden reconocer avances, hay muchas brechas al respecto. La vinculación entre servicios de salud mental y organizaciones o agrupaciones en salud mental es discontinua, así como la información es parcial, por ejemplo, en cuanto al estado actual de la organización social en salud mental, el número exacto de estas agrupaciones, su funcionamiento, participantes, entre otros.

Una participación efectiva de los usuarios/as y familiares requiere de una transformación cultural en los equipos de salud pertenecientes a la salud pública y redes asistenciales, también APS, Centro de Salud Mental Comunitaria y Servicio de Psiquiatría entre otros, como estos se relacionan con los usuarios/as, de manera que puedan acceder a un mayor poder y autonomía, obteniendo un rol activo.

Antecedentes del Plan Nacional de Salud Mental en su versión preliminar 2016 - 2025:

Antecedentes previos:

En estudios realizados por el sistema de salud en Chile se obtuvieron los siguientes resultados resumido en los siguientes puntos:

- ❖ El presupuesto asignado al área de salud mental se mantiene estable que fluctúa entre 2,14% y 2,16%, siendo este menor al establecido por el plan que es de un 5%.
- ❖ Falta de legislación específica en salud mental, ya que existen falencias en la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales.
- ❖ Existe un aumento de dispositivos en el sector público, pero aun así se puede visualizar un incremento en los tiempos de espera de atención y también hubo un aumento en personas en tratamiento.
- ❖ Realizan más atenciones fuera de los establecimientos, en comparación con unidades instaladas en hospitales.
- ❖ Tendencia a la disminución de camas de larga estadía en hospitales, aumentando las camas de corta estadía.
- ❖ Aumento de psicólogos y de sus horas de atención en APS, pero disminución de médicos capacitados en salud mental y también baja consultoría de médicos en salud mental.
- ❖ Aumento de publicaciones en salud mental, pero los profesionales del sector públicos participan en un bajo porcentaje, en donde los más involucrados son los psiquiatras.

Modelos de Atención Vigentes:

1. Sistema Público de Salud Chileno

Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, entendido este como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que a la persona individual o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales, pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

2. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Modelo Comunitario de Salud Mental como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público, intentando superar la

reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizado en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando complejas conexiones con estructuras no sanitarias que son imprescindibles para la atención integral y dar respuesta satisfactoria a las personas.

Ambos modelos entienden a la salud como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y los organismos intersectoriales

Ambos promueven la relación de los miembros de los equipos de salud con las personas, familia y territorio, en que se les pone en el centro de la toma de decisión y se les reconoce como integrante de un sistema diverso y complejo, cuyos miembros son activos en el cuidado de la salud.

Ambos modelos levantan principios de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos entre otros

Ambos modelos convergen en acciones de participación social, el empoderamiento y la organización de la población usuaria y familiares como parte de la construcción integral individual y colectiva, donde el sujeto es activo en su recuperación y manejo de la enfermedad.

- **Propósitos:**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mediante estrategias sectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención garantizada de salud mental e inclusión social.

- **Principios y valores:**

- Concepción del ser humano como ser integral
- Respeto y promoción de los derechos humanos
- No hay salud sin salud mental
- Salud mental en todas las políticas
- Modelo de Salud Mental Comunitaria
- Promoción de la ciudadanía, participación e inclusión social.
- Accesibilidad, equidad y pertenencia.

Principales Líneas De Acción

Regulación y Derechos Humanos:

El objetivo de esta línea es normar la acción pública y privada en miras de regular los D.D.H.H. y mejorar las condiciones de salud de las personas con trastornos mentales, dando cursos de acción y orientación en la práctica cotidiana.

Asimismo, define las necesidades regulatorias para la protección de la Salud Mental de las personas con trastornos mentales y la adecuada atención sanitaria de aquellos que padecen problemas mentales, por lo cual, también aumentar el grado de conciencia de las personas sobre sus derechos en materia de salud mental y definir mecanismos para la exigibilidad de estos.

Situación Actual:

Pese a que Chile ha realizado avances al suscribirse a múltiples acuerdos internacionales en materia de Derechos Humanos (Declaración universal de los Derechos Humanos de 1948, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, Convención sobre los Derechos de personas con Discapacidad del 2006, entre otros), en general, muchos de los derechos defendidos por estos tratados no cuentan con un soporte normativo local o con políticas públicas que faciliten la exigibilidad real de estos.

Según lo anterior, el Estado cumple un rol garante de cumplir con los derechos de los ciudadanos con enfermedad y/o discapacidad mental en los siguientes temas:

- Derecho a atención sanitaria y a la información
- Derecho a vivir en comunidad y al libre desplazamiento
- Derecho a la autonomía y a la capacidad jurídica
- Derecho a mantener un nivel de vida que asegura la salud, el bienestar y el trabajo
- Derecho a la salud sexual y reproductiva, y a casarse y formar familia

Pese a lo anterior, la mayoría de los documentos regulatorios del país se encuentran desactualizados y no consideran los nuevos acuerdos

internacionales, esto se puede vislumbrar algunas leyes y artículos del Código Civil, tales como:

- Art. 1447 del Código Civil el cual habla sobre las personas incapaces (dementes, impúberes y sordos o sordomudos que no pueden darse a entender) los cuales son privados de actuar por sí mismos jurídicamente y deben ser sustituidos por un curador.
- La ley número 18.60 art. 4° sobre la interdicción de las personas con problemas mentales, las cuales deben actuar a través de curadores, lo cual vulnera múltiples de los derechos que el Estado debe garantizarles.

Situación Deseada:

- Adecuar la normativa vigente a las convenciones y tratados suscritos.
- La promulgación de una Ley de Salud Mental que contemple el conjunto de normativas sobre discapacidad mental en Chile, acorde con los Derechos Humanos vigentes.
- La ley debe garantizar el derecho a la inclusión social de las personas con discapacidad mental, por medio del acceso a la salud general, a la atención y rehabilitación de salud mental de base comunitaria.
- La ley debe garantizar financiamiento para salud mental, eliminando discriminación de cobertura en seguros públicos y privados.
- Debe tener mecanismos de monitoreo y evaluación
- Comprometer el trabajo intersectorial con la promoción de Salud Mental.
- Se debe mantener actualizado los instrumentos regulatorios vigentes y generar las regulaciones necesarias para resguardar los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Provisión de Servicio de Salud Mental

El objetivo de esta línea de acción es definir los lineamientos y generar estrategias para una adecuada provisión de servicios de salud mental. La forma en que se diseñen, organicen y planifiquen estos servicios determinará la efectividad, la atención y el cuidado entregado y el impacto en la salud

mental de la población.

Situación Actual

- Insuficiencia de la participación activa de los usuarios/as y sus familiares en los dispositivos de salud.
- Insuficiencia en herramientas de gestión que favorezcan la supervisión, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la red.

Situación Deseada:

- Todas las personas que lo necesiten tendrán acceso oportuno y calidad de servicios en atención de salud mental, con acciones de promoción, prevención, atención y cuidados a lo largo del curso de la vida. La atención y el cuidado en salud mental se sustentan en la identificación y abordaje de los determinantes sociales, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los usuarios/as.

Financiación:

Su objetivo es Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que provea de una cantidad y tipo de recursos que permitan realizar acciones costo-efectivas y modificaciones organizacionales por el Plan Nacional de Salud Mental en el marco de Modelo Comunitario de Atención, asegurando así a los/as usuarios/as acceso oportuno a la atención, cobertura y prestación financiera, una atención integral en el sistema sanitario, continuidad de atención en la red y completa rehabilitación e inclusión social.

Situación Actual

El Estado financia acciones de salud mental que son efectuadas por otros entes públicos, sin a veces contar con supervisión técnica en salud, así, también se invisibilizan ámbitos en los cuales se necesita reforzamiento financiero.

La realidad actual, es que se desconocen algunos gastos en salud mental y otros son poco exactos debido a que la atención es transversal e integral, en estos últimos se pueden mencionar:

- Gastos en promoción y prevención
- Gatos de salud mental en Programa de Prestaciones Institucionales

(PPI)

- Gasto de acciones comunitarias
- Gastos en medicamento
- Gasto en capacitación
- Gastos por grupos poblacionales
- Gastos de patologías
- Gastos de prestadores privados con y sin fines de lucro
- Gastos de salud mental por otros agentes públicos
- Gastos en Gestión de Salud Mental

Situación Deseada

Adecuar sistema de gestión de recursos, con mecanismos de flexibilización para la utilización y gestión presupuestaria. De esta manera, se busca un sistema eficiente de financiación que permita identificar el presupuesto destinado a salud mental y sus brechas.

Monitoreo, evaluación, mejora continua en la calidad de investigación

Implementación de un sistema de evaluación y mejora continua de la calidad.

Mejorar y potenciar la información continua, a través de registros y monitoreo.

Fomentar y alinear la investigación con las políticas públicas.

Situación Actual

- Existencia de estándares de calidad para instituciones psiquiátricas cerradas, pero no para otros dispositivos.
- Falta de autorización sanitaria en los servicios de salud mental.
- Existencia de información de diferentes fuentes, pero hay dudas acerca de su calidad, confiabilidad y actualidad.
- Escasa investigación en Chile referida a salud mental, sólo efectuada por psiquiatras.

Situación Deseada

- Avanzar en procesos de autorización sanitaria y acreditación de calidad.
- Desarrollo de registros de información para toma de decisiones y conocimiento intersectorial para los servicios que la requieran.
- Acciones de investigación alineadas con el modelo de salud y las políticas públicas.

Recursos Humanos y formación

El objetivo de esta línea de acción es aportar estrategias para aumentar la dotación en los niveles clínicos-asistenciales, de gestión y salud pública y el mejoramiento de las condiciones laborales de quienes trabajan en salud mental.

Situación Actual

- La dotación de la red temática de salud mental ha presentado un aumento de 63% en el lapso de 8 años. Aumento no homogéneo, ni entre profesionales ni regiones.
- Condiciones de trabajo deficientes para atraer profesionales.
- No contar con definiciones claras de los roles y funciones de los equipos de salud mental y sus miembros.

Situación Deseada

- Principal objetivo es contar con equipos adecuadamente dotados, apoyados institucionalmente y constituidos por profesionales calificados para realizar acciones de salud mental.
- Potenciar la especialización dentro de las instituciones de salud mental para los/las profesionales.

Participación

Tiene por objetivo desarrollar espacios de participación social efectivos sobre políticas, planes, programas e intervenciones de salud mental, por parte de la sociedad civil y la comunidad, con especial énfasis en usuarios/as y familiares, y en aquellos grupos más vulnerables, postergados y excluidos.

Situación Actual

Un levantamiento de información realizado con la participación de 18 Servicios de Salud, 114 reportó un total de 485 agrupaciones de salud mental, con un promedio de 27 agrupaciones por Servicio de Salud.

El MINSAL realizó una evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile el año 2014 donde se recogió la información de 77 agrupaciones de usuarios/as, familiares y mixtas en salud mental, de las cuales solo un 13% señala haber participado en la formulación o ejecución de planes de salud mental y el 11,7% participó en alguna actividad de la Comisión de Protección de Personas con Enfermedad Mental en el mismo periodo. El 45,5% declaró haber realizado actividades de apoyo a las personas con enfermedades mentales. Así mismo, en relación con la coordinación de redes y otras instancias relacionadas con la gestión de participación a nivel local, sólo un 18% de los Servicios de Salud que fueron parte del levantamiento de información declararon mantener una coordinación constante entre el encargado del Programa de Salud Mental y el encargado de Participación y Trato al Usuario.

Situación Deseada

Fortalecer la implementación de espacios de participación ciudadana relacionada con sus tratamientos, así como la toma de decisiones en las políticas, planes y programas de salud mental, por parte de agentes sociales.

Intersectorialidad

Generar estrategias colaborativas entre el sector salud y otros sectores del Estado, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgos y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales.

Situación Actual: temáticas abordadas intersectorialmente

- Salud mental en las escuelas para detectar tempranamente problemáticas de salud mental

- Salud mental y trabajo para establecer los factores que afectan a los individuos
- Relación de discapacidad asociadas a trastornos mentales
- Apoyo para la vivienda para personas con discapacidad
- Consumo de alcohol y drogas desde la forma de abordar por los dispositivos que trabajan esta área
- Protección de la salud mental en situaciones de emergencia y desastres, de acuerdo al impacto que genera frente a estos catástrofes
- Poblaciones específicas: niña, niños y adolescentes, adultos privados de libertad, personas en situación de calle, personas adultas mayores

Situación Deseada

- Desarrollen acciones que promuevan una salud mental óptima, focalizadas en el fortalecimiento de condiciones individuales, familiares, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y el bienestar.
- Instalen estrategias preventivas y de detección temprana de factores de riesgo para desarrollar problemas y/o trastornos mentales, así como también para disminuir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y comunidades.
- Generen estrategias de coordinación para dar respuesta oportuna a las necesidades de atención de salud mental de poblaciones que no tiene acceso a ella de manera habitual, como son los niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos, poblaciones privadas de libertad, personas en situación de abandono o calle, entre otras.
- Desarrollen acciones tendientes a la inclusión social y reducción de discapacidad asociada en quienes presenten un trastorno mental, disminuyendo las barreras presentes en el entorno que impiden o restringen su participación plena y efectiva en la sociedad, mejorando así su calidad vida.

Contexto Institucional:
Centro Tratamiento Ambulatorio
Para Drogodependencias
Hospital de Peñablanca
Villa Alemana



Figura 1 CTA Peñablanca

Introducción

El centro de tratamiento ambulatorio para drogodependencias del hospital de Peñablanca (CTA Peñablanca) es un servicio clínico-psiquiátrico especializado, que forma parte de la Red de Salud Mental y psiquiatría del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Se inserta dentro del área de Salud Quilpué – Villa Alemana.

Como unidad clínica el CTA Peñablanca depende administrativamente del Hospital de Peñablanca y cuenta con la asesoría y supervisión técnica de la Unidad de Salud Mental del SSVQ y de SENDA región de Valparaíso.

En cuanto a la atención clínica de rehabilitación de personas con dependencias de alcohol y drogas, el CTA Peñablanca ejecuta un programa de tratamiento intensivo en modalidad diurna y vespertina. Este programa está orientado a la atención de personas, hombres o mujeres adultos (mayores de 20 años) afectados por dependencias a alcohol u otra droga y que presenten daño biopsicosocial moderado severo.

Al ser un servicio público el CTA Peñablanca se orienta a la población usuaria de Fonasa entregando un tratamiento gratuito en todas sus modalidades de atención. El ingreso se realiza mediante derivación desde otro centro de salud o a través de la demanda espontánea.

El CTA Peñablanca cuenta con un equipo de tratamiento multidisciplinario conformado por profesionales y técnicos de la salud mental. Este equipo ha diseñado un Programa de Tratamiento cuyas actividades y prácticas están basadas en ejercicios continuos de sistematización y reflexión del quehacer cotidiano del centro de tratamiento. Junto con ello existe una práctica de redes orientada a entregar a los usuarios y sus familias la mejor alternativa de atención de acuerdo a sus necesidades.

Este Programa de Tratamiento tiene validez de 12 meses, por lo que se evalúa y actualiza, al menos, anualmente.

Tabla 1 Características institucionales

Características de la Institución	
Nombre de la institución	Centro de Tratamiento Ambulatorio para Drogodependientes (CTA)
Representante Legal	Ramón Aguilar Ruíz
Tipo de Institución	Unidad de Salud Mental especializada en el Tratamiento y la Rehabilitación de personas con adicción al alcohol o a otras drogas.
Dependencia	Hospital de Peñablanca Juana Ross de Edwards, dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
Dirección	Calle Aranda N° 284, paradero 7, Villa Alemana.
Teléfono	032 - 257 58 70 / 2575871
Email	ctadrogodependencias@gmail.com

Fuente: Elaboración CTA

- **Misión**

“Proporcionar un tratamiento ambulatorio e intensivo a personas con consumo problemático de drogas. Estableciéndose como prioridad la calidad de vida y el bienestar del individuo y la comunidad”.

- **Objetivos de la Institución**

Objetivo General de la intervención:

Orientar hacia un cambio en el estilo de vida de las personas con un consumo problemático o dependiente de sustancias, favoreciendo niveles de autonomía que les permitan tomar decisiones más racionales sobre su consumo de drogas.

Objetivos Específicos

- 1) “Contribuir a disminuir el estigma social asociado a los consumidores de drogas”

- 2) “Favorecer un tratamiento en el ámbito comunitario de la persona”
- 3) “Reducir los costos en la relación a los tratamientos residenciales”
- 4) “Desarrollar costo-efectividad en el tratamiento integral de las personas con abuso o dependencia de drogas”

Objetivos Clínicos Específicos:

1. Apoyar procesos de desintoxicación ambulatoria, estabilización y motivación al cambio.
2. Orientar al usuario hacia el logro de los objetivos concordados en un plan de tratamiento individual (PTI).
3. Modificar patrones de comportamiento que favorezcan la adicción a sustancias, problematizando factores que facilitan y mantienen consumos.
4. Potenciar recursos personales, familiares y/o comunitarios orientados al cambio y la prevención de las recaídas.
5. Fortalecer conductas de autocuidado en salud general.
6. Orientar y apoyar procesos de integración e inclusión social que apoyen objetivos de cambio en el estilo de vida.
7. Preparar para un Egreso/Alta
8. Definir acciones de seguimiento posterior al Alta Terapéutica.
9. Fortalecer el ejercicio de la ciudadanía, la autonomía personal y los vínculos comunitarios.
10. Integrar y fortalecer una visión de género en los procesos de tratamiento.

➤ **Etapas de Ingreso**

La atención comienza cuando el paciente solicita una entrevista para poder ingresar a tratamiento, sea esta solicitud hecha en forma personal, vía telefónica o a través de un familiar o institución. En los casos de derivaciones desde otros dispositivos de drogas y/o salud mental de la red, se utiliza el protocolo de Referencia y Contrarreferencia. El usuario es orientado a un grupo de apoyo y orientación (Multifamiliar y/o Grupo de orientación). Luego de ello se cita a una entrevista de ingreso, la cual tiene como objetivo

conocer los requerimientos que exige el programa del CTA Peñablanca. Luego de ello se entregan las horas de atención para las evaluaciones profesionales. Es de importancia que los usuarios acudan pronto a un grupo de orientación antes de su ingreso formal. Esto debe ser al momento de solicitar la hora. El objetivo de ello es no solamente gestionar la espera (lista) de pacientes sino también motivar al ingreso y favorecer la adherencia. El taller multifamiliar cumple este objetivo.

✓ Las evaluaciones son tres:

1. Evaluación psicológica: Es aplicado el Compromiso Biopsicosocial y se elabora un diagnóstico motivacional.
2. Evaluación Familiar: Se recogen antecedentes del sistema familiar y se elabora un Genograma y una Escala de Autovaloración del Funcionamiento Familiar y una Escala de Beavers para la evaluación de competencias y estilo familiar. Eventualmente se agrega un Apgar Familiar.
3. Evaluación psiquiátrica: Se elabora el diagnóstico psiquiátrico según criterios establecidos en DSM-IV (DSM V – 2014) o CIE- 10. Además se entrega al paciente tratamiento farmacológico y se solicita exámenes médicos para establecer un diagnóstico de morbilidad.

La asistencia al Taller de Orientación de ingreso y al Multifamiliar permite al usuario y su familia comenzar el reconocimiento del CTA y establecer un compromiso con su proceso de tratamiento.

El ingreso a toda la rutina se establece luego que el equipo de tratamiento ha tomado conocimiento de las evaluaciones del paciente y decide la modalidad en que este asistirá. Las actividades de tratamiento serán personalizadas de acuerdo a la necesidad de cada usuario/a y según la etapa del proceso en que este se encuentre. Las fases de este proceso se describen a continuación.

➤ **Fases de Tratamiento**

Se concibe el tratamiento en drogodependencias como un proceso en dónde existes diversos momentos, no siempre secuenciales, los cuales tienen asociados objetivos a cumplir por el paciente, su familia y el equipo terapéutico. Cada momento tiene un Eje Central (énfasis), una Estrategia Terapéutica (Intencionalidad terapéutica) y Componentes (objetivos instrumentales). Las Etapas de Tratamiento se describen a continuación:

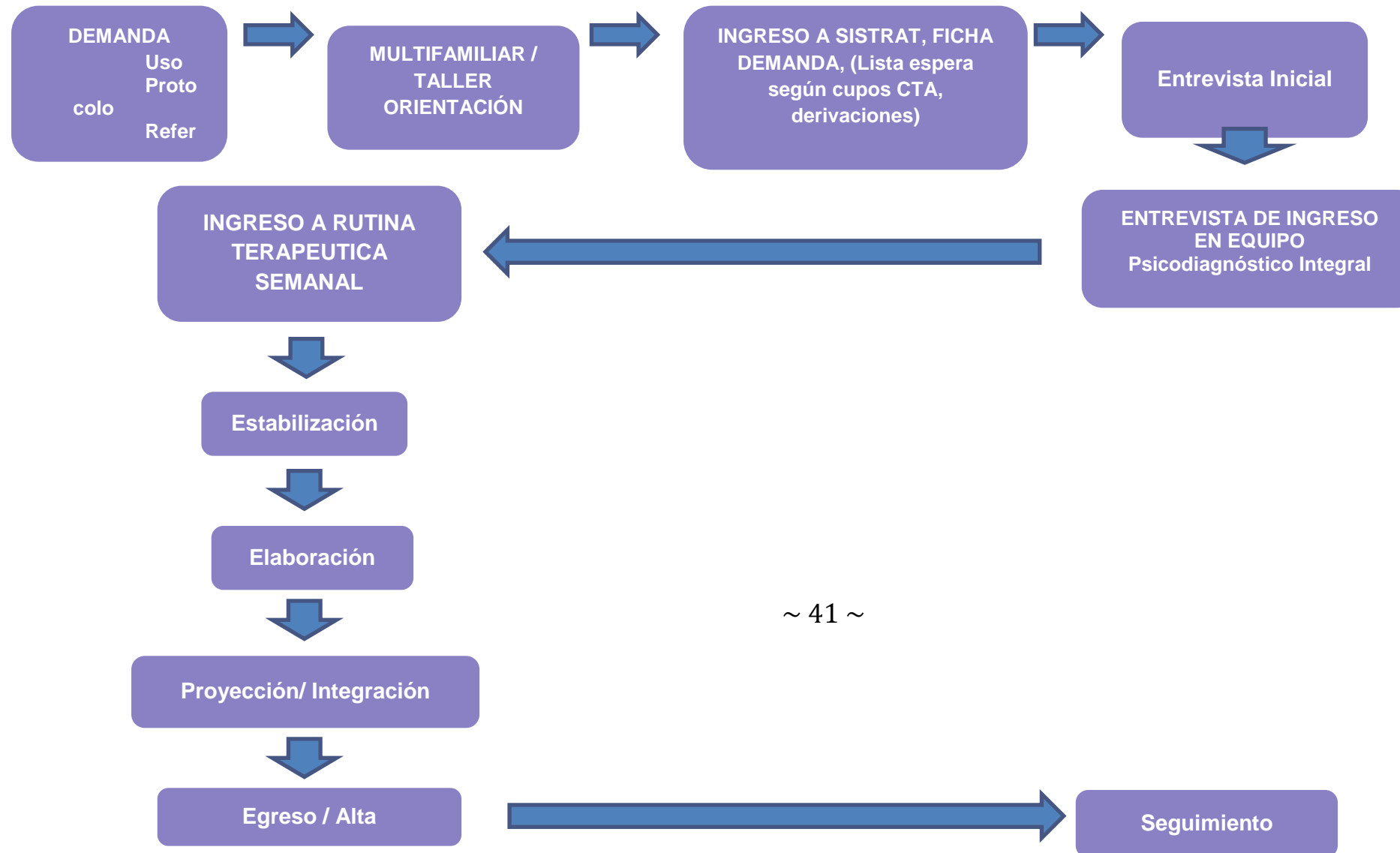
Tabla 2 Fases del Tratamiento

ETAPA	EJE CENTRAL	ESTRATEGIA TERAPEUTICA	COMPONENTES	RESPONSABLES	PLAZOS	MEDIOS VERIFICACIÓN
I	Estabilización	Contención y Vínculo.	Desintoxicación física Adherencia a tto. Farmacológico. Formular diagnósticos. Realización de exámenes. Formulación PTI. Ritualizar Ingreso a Grupo.	Médico Psiquiatra TENS. Psicólogo/a. Ps. Familiar.	3 meses	Evolución médica registrada en Ficha Clínica. Registro consulta en Ficha Clínica. Control Enfermería Screening drogas.
II	Elaboración	Movilizar recursos para el cambio.	Definición de objetivos terapéuticos y reformulación PTI. Relaciones interpersonales. Relaciones Familiares. Autoestima. Autoeficacia. Identidad. Historia, biografía, pasado y trauma.	Psicólogo Ps. Familiar T. Ocupacional	3 meses	Evolución psicológica registrada en Ficha Clínica. Evolución sociocupacional registrada en Ficha Clínica. Evolución familiar registrada en Ficha Clínica.
III	Proyección	Apoyar diseño de proyecto de vida.	Programar Alta y Seguimiento	Médico. Ps. Familiar T. Ocupacional	2 meses	Protocolo Seguimiento.
Seguimiento	Acompañamiento	Reforzar logros alcanzados en tratamiento.	Consulta salud mental – Control médico	Psicólogo/a Médico	12 meses	Registro en Ficha Clínica

Fuente: Elaboración CTA

Flujograma de Tratamiento

Figura 2 Flujograma de Tratamiento



Atención a la demanda y gestión de lista de espera:

El ingreso al programa de tratamiento se produce previa solicitud de hora de entrevista por usuario, familiar o institución que demanda la atención. Se asigna una hora de Entrevista de ingreso con el Coordinador del CTA u otro profesional para evaluar pertinencia del ingreso (perfil), motivación y cumplimiento de requisitos administrativos (FONASA). También se cita la paciente y familia al Taller Multifamiliar como una manera de comenzar acciones de motivación y adherencia a un tratamiento. En el momento de la Entrevista de Ingreso se realizan las primeras orientaciones para el paciente y su familia, y se le dan las horas de evaluación por psicólogo, médico/psiquiatra, terapeuta ocupacional y psicóloga familiar. Durante estas evaluaciones se realizará el Psicodiagnóstico Integral, se solicitarán exámenes de salud y se fijará una fecha para que el paciente comience a asistir a las actividades de asistencia diaria (grupos terapéuticos).

En el caso de que la demanda de atención sea hecha por instituciones de salud y/o dispositivos de la red de drogas, se solicitará la Ficha de Referencia y Contrarreferencia (en anexo). La Entrevista de Ingreso deberá realizarse antes de 10 días solicitada la hora de atención. En caso contrario, se buscará en la red de tratamiento otro dispositivo que pueda acoger esta demanda. En todo caso, será de decisión y criterio del paciente acoger una hora de atención en otro dispositivo de salud o esperar a que se concrete una hora de atención en este CTA. En cualquiera de los casos el paciente puede permanecer asistiendo al Taller Multifamiliar.

El sistema de asignación de horas es de manejo exclusivo del CTA Peñablanca. No incluye la participación de SOME ni otra unidad del Hospital de Peñablanca.

En los casos que requieran Derivación a otro dispositivo de la red de drogas, ésta se hace vía Protocolo de Referencia. La hora asignada por el otro dispositivo se confirma con el paciente y se registra en la Ficha Clínica del paciente. Es de exclusiva responsabilidad de quien deriva el asegurar que el paciente reciba una hora para su atención en esta primera entrevista.

- Ingreso de Casos Especiales:

Se entenderá que existen casos que requieran atención prioritaria cuando sean mujeres en estado de gestación o con hijos/as lactante. Cuando el paciente sea derivado dentro del contexto de Tribunales de Tratamiento de Drogas o cuando existan criterios de urgencia en salud mental (paciente dual que necesite derivación a la red de salud mental con objetivos de compensación psiquiátrica).

En estos casos se dará una hora dentro de los 5 días siguiente a la fecha en que se hizo la solicitud. Esta atención constituirá la Entrevista de Ingreso, y luego seguirá las atenciones de acuerdo a lo ya estipulado anteriormente.

Los casos que no resulten pertinentes para un ingreso al programa intensivo, ya que no cumplen con el perfil biopsicosocial o no existe voluntariedad del paciente, serán orientados a la red de salud de atención primaria o a otro dispositivo de la red de drogas (hospitalización, comunidad terapéutica, programas básicos, etc).

➤ **I Etapa**

Eje Central: Estabilización.

Se busca la estabilización sintomatológica del paciente, lo que incluye la desintoxicación física, la reducción del craving y la estabilización anímica. Es también un período de adaptación a la rutina terapéutica por parte del paciente y su familia.

Estrategia Terapéutica: Contención y Vínculo.

El objetivo de la estrategia es comenzar construir un vínculo con el paciente y la familia, además de comenzar a construir una primera figura de intervención, fijar temáticas para abordar (individual y familiarmente). Formular PTI que tendrá una duración de 3 meses aproximadamente.

Componentes:

- **Desintoxicación Física:** Proceso médico y psicológico, supervisado, a través del cual los pacientes disminuyen/detienen el consumo de sustancias y logran estabilidad fisiológica, mental y emocional. Los resultados son medidos a través de relato de paciente, de la familia, la observación y dopping semanal.

La desintoxicación se realiza en forma ambulatoria. Se indica la

desintoxicación hospitalaria cuando el paciente no responde en forma adecuada al tratamiento médico psicológico señalado, en casos de alteraciones mentales (confusión, delirio, etc), físicas (convulsiones, signos vitales inestables, etc) o riesgo vital. Junto con estas alternativas existe un Protocolo de Desintoxicación Domiciliaria (En Anexo).

- **Adherencia al Tratamiento Farmacológico:** Esquema farmacológico en apoyo a la desintoxicación y estabilización de sintomatología aguda de la adicción.

- **Formular diagnósticos:** Familiar e individual: diagnóstico integral del usuario, evaluando el grado de compromiso biopsicosocial, el estadio motivacional, situación familiar y social, evaluación sociocupacional, evaluación médica de salud mental y chequeo de salud general. Los diagnósticos dan paso al Análisis de Caso y al primer PTI (Plan de Tratamiento Individual) del paciente.

- **Realización de exámenes:** En apoyo al chequeo de salud general y con objetivos de formular diagnósticos de comorbilidad y/o descartar patología dual.

- **Ritualizar Ingreso a Grupo:** Decisión tomada en Reunión Técnica e informada a paciente y familia.

➤ **II Etapa**

Eje Central: Elaboración.

Se busca Intervenir en los factores mantenedores del consumo y que el paciente reflexione y profundice variables asociadas al consumo de sustancias, personalidad, estilos relacionales/familiares, estilo de vida, etc.

Estrategia Terapéutica: Movilizar recursos para el cambio.

El objetivo es facilitar procesos de responsabilización sobre el cambio a través de la movilización de recursos psicológicos, familiares y sociales que orienten y apoyen objetivos de autocuidado en salud física y mental; y además, modifiquen factores mantenedores del consumo de drogas.

Componentes:

- Autoeficacia: Valoración de la experiencia personal. Entendida como grado en que el paciente logra incidir o afrontar factores riesgosos y potenciar factores protectores asociados al del cambio de conducta.
- Definición de objetivos terapéuticos: En conjunto con el paciente, medible, con plazos y responsable. Todo ello contenido en el PTI del paciente.
- Relaciones interpersonales: Visualizar redes de apoyo y relaciones de bajo riesgo.
- Relaciones Familiares: Fomentar vínculos de apoyo, mejorar estilos comunicación y disminuir estrés.
- Identidad: Favorecer conocimiento y análisis personal para el reconocimiento de características individuales que inciden en conductas problemáticas.
- Historia, biografía, pasado y trauma: Otorgar un espacio para la resignificación y/o reelaboración de la experiencia y la historia vital.

➤ **III Etapa**

Eje Central: Proyección.

Se busca preparar y apoyar al paciente en su Alta y en el diseño de un proyecto vital que mantenga los logros alcanzados en tratamiento.

Estrategia Terapéutica: Apoyar diseño de proyecto de vida.

El objetivo es ayudar al paciente a reelaborar los aspectos de su vida que favorezcan integración social.

Componentes:

- Formato de seguimiento en clave de Acompañamiento

Funciones Del CTA Para Drogodependencias

1. Otorgar tratamiento a personas con abuso y/o dependencia por alcohol y otras drogas y con un perfil moderado a severo.
2. Fortalecer la Red de Tratamiento y Rehabilitación, ofreciendo una alternativa intermedia entre el tratamiento ambulatorio y el residencial.

3. Favorecer la continuidad de tratamiento para pacientes provenientes de comunidades terapéuticas residenciales o en período de post alta de una hospitalización cerrada, tanto en jornada diurna o vespertina.
4. Servir de nexo entre la persona tratada y el sistema de salud general, asegurando una atención integral y acceso a otras especialidades.
5. Servir de nexo entre la persona tratada y sus redes de apoyo con organizaciones comunitarias que pudieran ser de utilidad durante el tratamiento y luego del alta.

Perfil De Usuario

La definición de un perfil de usuario o pacientes que el CTA está en condiciones de atender se constituye considerando los protocolos del programa contenido en el convenio Senda-MINSAL y las guía y orientaciones que entregan estas instituciones mandatarias. Además, es importante contemplar las características de las instalaciones del CTA, los recursos técnicos y administrativos, y los requerimientos de la red local de salud mental y psiquiatría. Los pacientes en condiciones de ingresar a tratamiento:

1. Personas con consumo perjudicial y/o dependencias a sustancias, con una problematización mínima de sus conductas adictivas.
2. Hombre o mujeres mayores de 19 años.
3. Usuarios de FONASA.

Se recomienda y orienta a los usuarios para que integren a su familia y/o una red social mínima como estrategia de apoyo a sus objetivos terapéuticos. De esta manera se espera reforzar logros y gestionar a su favor los recursos propios de estas redes.

No existen exclusiones para el ingreso a tratamiento, sin embargo, es necesario definir acciones especiales para perfiles que presenten cierta complejidad. Estos casos son:

1. Personas con patología psiquiátrica no compensada y otra condición que los incapacite para integrar a las actividades del centro. Serán orientados y derivados asistidamente al Programa de patología Dual del Hospital del Salvador (Playa Ancha). En caso de no ser posible se orientaran y derivara asistidamente a la Unidad de Salud

Mental del Hospital de Quilpué (CAE Quilpué) para control médico Psiquiátrico con objetivos de compensación de sintomatología activa. Luego se evaluara en consultoría un ingreso a este CTA.

2. Personas que manifiesten conductas antisociales que imposibiliten el respeto de las normas mínimas de convivencia. Se orientara su trabajo terapéutico alrededor de estrategias de atención individual (terapia, consejería, etc.).

Aspectos Del Funcionamiento

El CTA Peñablanca ofrece dos modalidades de atención: la Modalidad Diurna funciona de 09:00 a 17:30 hrs. de lunes a viernes. En tanto la Modalidad Vespertina está diseñada para pacientes trabajadores y su horario es de lunes a jueves de 18:30 a 21:00 hrs.

Para la Etapa de Acogida debe considerarse necesidades, posibilidades de asistencia, su compromiso y disposición del paciente antes de definir el ingreso a una de las modalidades.

El proceso de tratamiento comienza con el primer contacto que establece la familia, el paciente o el equipo de salud que deriva el caso. El paciente es invitado a participar en las reuniones Multifamiliares que realiza el CTA junto a su apoderado y se le entrega una hora para entrevista motivacional con el Coordinador o Técnico en Rehabilitación. Luego de esta entrevista el paciente comienza un ciclo de evaluaciones: con psicólogo se define el Compromiso Biopsicosocial del paciente y establece los primeros elementos para el diagnóstico, con psicóloga de familia se construye el Genograma, la Historia Familiar y los elementos que caracterizan la funcionalidad y problemática familiar. Con Médico Psiquiatra se realiza el diagnóstico según CIE – 10 (eventualmente también con DSM – IV) y se elabora el primer esquema de tratamiento farmacológico. En algún momento de estas evaluaciones se define el ingreso completo del paciente a terapias de grupo según criterios de adaptación, contención u otro criterio técnico.

A los 30 días de ingresado se elabora con el paciente el Plan de tratamiento Individual (PTI) de ingreso (ver anexo). Casos especiales (paciente dual descompensados, paciente calle, etc.) ese usuario es orientado y derivado en forma asistida a otro centro o dispositivo de la red de

tratamiento con capacidad para atender su especificidad.

Trabajo en RED

El CTA Peñablanca, se plantea como desafío la necesidad de contar con una estrategia de redes, que le permita gestionar las relaciones y vínculos con otras instituciones de salud, servicios públicos, organizaciones de la sociedad civil y las familias de nuestros usuarios, con el objetivo de poder brindar, facilitar y potenciar una mejor calidad de servicio e intervención, centrada en las necesidades específicas y propias de los usuarios y sus familias.

Como CTA se establece una ruta lógica para la realización de su estrategia de redes. La cual parte por;

1. Visibilidad y posicionamiento comunal y regional.
2. Intercambio de conocimientos, visiones y perspectivas.
3. Movilización de recursos complementarios financieros, tecnológicos, humanos y logísticos
4. Desarrollo de capacidades, aprendizajes y capital humano.

Siendo los objetivos los siguientes:

1. Identificar a los distintos actores y agentes institucionales locales con quienes podamos relacionarnos de manera productiva y funcional respecto los objetivos propios de nuestra institución. Describiendo objetivos comunes y los escenarios o plataformas propicios para una vinculación.
2. Describir formas de relación, asociativa y perspectivas de colaboración entre los diversos agentes y actores locales.
3. Favorecer la programación de actividades que colaboren y faciliten la vinculación con otras instituciones, con el fin de ir construyendo una red que permitan gestionar oportunidades de relevancia para los usuarios y nuestra institución.
4. Desde lo individual, favorecer la valoración y uso desde las personas

a los espacios comunitarios y sociales, cargados de sentido y significado para ellos y ellas, no sólo en el contexto de tratamiento sino en la esfera integral de su vida, contexto social, familiar, laboral y espiritual.

Listado de Redes: (Última Actualización: Octubre 2015).

CTA se encuentra en los contextos de redes de los catastros SENDA y MILSAL, para situar el trabajo de este presente año, se ejemplificará con las instituciones con las que se han generado nuevos contactos y se ha mantenido a la fecha un trabajo en el marco de los tratamientos individuales de los usuarios y usuarias.

Es importante señalar que si bien existe en el centro un encargado del trabajo en red: *Terapeuta Ocupacional, Camilo Marcos*; quien es el responsable de visualizar y ordenar las acciones en esta área transversal intervenida, las acciones direccionales se llevan a cabo por todo el equipo, que según sus visiones y cercanías a diferentes aspectos del tratamiento de usuarios y usuarias van movilizándolo a la red.

Tabla 3 Listado de Redes

Nombre de la RED	Función y contacto de la RED
Casa de Acogida del Adulto Mayor	Coordinadora: Teresa Guerra Teléfono: 32-2530243 Función: espacio creado para el acompañamiento del adulto mayor, donde proporcionan servicio respecto a talleres temáticos, actividades con significados y alimentación para los usuarios asociados a esta casa.
Gimnasio Municipal Luis Cruz Martínez de Villa Alemana.	Contacto: Rosa Álvarez E-Mail: rosavarez_8@hotmail.com Función: Proporcionar una alternativa para lograr un equilibrio en rutina de los usuarios del CTA, entregando una opción para los usuarios respecto a un mejor bienestar y complementar el proceso de intervención de forma más integral basado en sus intereses propios.
OPD (Oficina de Protección de derechos) de Villa Alemana	Contacto: Marylyn Olivares E-Mail: opdvalemana@yahoo.es Función: Centro de apoyo de derivación ante casos de vulneración de derechos de la infancia. También participación en reuniones de red de infancia.
PPF (programa de reparación en maltrato infantil grave y abuso sexual infantil)	Antilhue Contacto: Mauricio Muñoz E-Mail: centroantilhue@gmail.com Irqichakuy Contacto: Vanesa Sánchez E-Mail: ppf.villaalemana.irqichakuy@gmail.com Illary Contacto: Alejandra García E-Mail: ppf.villaalemana.illary@gmail.com
CESFAM Villa Alemana	Dirección: Quinta #032 Fono Secretaria: 32-3243512 / 32-3243497 Función: Centro de atención de Salud primaria de algunos usuarios y usuarias, donde existe vinculación para conocer tipo de tratamiento o prestaciones recibidas y agilizar tratamientos.
OMIL Villa Alemana	Con objetivos de colocación laboral. Se realiza coordinación con encargada. Participación en Ferias laborales.
Centro de la mujer SERNAM	Se mantiene relación/coordinación a propósito de casos y temáticas de educación prevención víf.
Centro cultural Gabriela Mistral	Participación de usuarios/as en actividades culturales, cine, ferias y exposiciones.
Fundación EMPLEA	Oportunidades de apresto laboral, capacitación, formación y empleabilidad.

Fuente: Elaboración CTA

Red de Salud Mental

Responsabilidad: Coordinador Trabajador Social Ramón Aguilar R.

Tabla 4 Redes de Salud

Instancia	Objetivos
Mesa Técnica SENDA	Reúne a dispositivos de tratamiento de drogodependencias en convenio con Senda. El objetivo es coordinar acciones tendientes a mejorar las atenciones.
Mesa Salud Mental MINSAL	Reúne a dispositivos asistenciales del Servicio Alud viña del Mar – Quillota. Con objetivo de coordinar acciones tendientes a la mejora de la atención en salud mental a nivel de especialidad.
Mesa Técnica Integración <ul style="list-style-type: none"> · Regional · Comunal 	Reúne a dispositivos de atención en drogodependencias en convenio con Senda. El objetivo es coordinar la implementación del programa de integración.
Red Previene Comunal	Red intersectorial de la comuna de Villa Alemana. Reúne programas e instituciones que se coordinan para mejorar la respuesta de atención en la comuna.

Fuente: Elaboración CTA

Cobertura

El CTA abarca territorialmente la totalidad de la extensión geográfica del SSVQ (Servicio de Salud Viña del mar-Quillota), la cual corresponde a 18 comunas, con una extensión de 7.506 km² y una población asignada de 1.007.080 personas, los cuales en su mayoría se concentran en localidades urbanas, sin embargo en la práctica al CTA actualmente asisten personas de las comunas de Villa Alemana, Quilpué y Viña del Mar.

Recursos

➤ Recursos Humanos:

Conformado por un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que constituyen el equipo interdisciplinario de intervención conformado por:

Tabla 5 Equipo Multidisciplinario

N°	Nombre	Profesión/Oficio	Hrs. Contratadas
1	Felipe Perez	MEDICO GRAL.	11
2	Álvaro Catalán	MÉDICO PSIQUIATRA	4
3	Mauricio Nuñez	PSICÓLOGO (VESPERTINO)	11
4	Claudia Ruz	PSICÓLOGA (DIURNO)	22
5	Cristina Silva	PSICÓLOGA (FAMILIAR)	22
6	Camilo Marcos	TERAPEUTA OCUPACIONAL	44
7	Antón Perez	PSICOLOGO	22
8	Nancy Araya	EDUCADORA DE PÁRVULOS	22
9	Macarena Estay	TÉCNICO ENFERMERÍA	44
10	Alejandra Villegas	OPERADOR TERAPEUTICO	45
11	Juan Gutierrez	OPERADOR TERAPEUTICO	45
12	Jocelyn Rodriguez	ADMINISTRATIVA	44
13	Ramón Aguilar	TRAB. SOCIAL (COORDINADOR)	44
14	Jessica Palma	AUXILIAR DE SERVICIO	22
15	Katherine Herrera	SECRETARIA	44

Fuente: Elaboración CTA

Descripción De Cargos

Coordinador CTA Drogodependencias (44 hrs.):

- Velar por el buen funcionamiento del CTA en los aspectos técnicos y administrativos: Programación, implementación, ejecución y evaluación de planes de tratamiento.
- Coordinar las reuniones del Equipo Clínico (técnicas, administrativas y de programación).
- Gestionar y coordinar un modelo de atención clínica y de rehabilitación consistente con el ámbito de acciones de un CTA.
- Elaborar proyectos, programas, planificaciones, evaluaciones y otros documentos técnicos que se requieran.
- Diagnosticar necesidades e implementar actividades de capacitación del equipo.
- Participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención de salud, con el Programa de Salud Mental del SSVQ y/o intersectoriales.

- Participar en reuniones clínica técnicas y de coordinación con el equipo y con instancias fuera de la red sanitaria.
- Evaluar y calificar desempeño laboral de cada miembro del equipo de tratamiento.

Con relación a las funciones como Trabajador Social (Hrs):

- Efectuar talleres psicoeducativos a usuarios y/o familiares del CTA Peñablanca.
- Realizar informe Social y/o de caso para tribunal u otras instituciones que lo requieran. Asistir a Audiencias y programar reuniones con red de justicia.
- Entregar orientación a pacientes y familiares sobre recursos u ofertas existentes en la red institucional que las pueda favorecer.
- Dar orientación y/o consejería a familiares o pacientes.
-

**Psicólogo clínico CTA Drogodependencias - Modalidad Diurna (22 hrs.)
y Vespertino (11 hrs):**

- Realizar diagnóstico y evaluación psicológica y psicosocial de factores que gravitan sobre el curso clínico, pronóstico y el proceso de rehabilitación (factores de personalidad, historia vital, organicidad, etc).
- Definir objetivos y medios de intervención psicológica para participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Tratamiento Individual (PTI).
- Efectuar intervenciones terapéuticas individuales según modelo teórico específico y diseño definido.
- Entrenar a pacientes en habilidades psicosociales, resolución de conflictos, craving, afrontamiento, relajación y manejo de ansiedad, etc. En Taller de Desarrollo Personal.
- Realizar entrevistas de Pre Ingreso según protocolo.
- Intervenir en crisis y efectuar contención emocional.
- Participar en derivaciones a otros profesionales de la red de salud mental y/o general.
- Participar en reuniones clínico técnicas, administrativas, de coordinación u otras del CTA.

- Participar en diagnóstico e implementación de actividades de capacitación del equipo del CTA.
- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.

Médico-Psiquiatra CTA Drogodependencias (11 hrs.):

- Efectuar evaluación y diagnóstico psiquiátrico.
- Participar en la formulación del Plan de Tratamiento Individual.
- Indicar tratamiento psicofarmacológico y psiquiátrico.
- Referir en interconsulta a otros especialistas, dispositivos de red y contrarreferir según protocolo. Participar en el diseño y ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Tratamiento Individual (PTI).
- Entregar información a usuarios y familiares.
- Intervenir en crisis y realizar contención emocional.
- Participar en reuniones clínico técnicas, administrativas, de coordinación u otras del CTA.
- Participar en diagnóstico e implementación de actividades de capacitación del equipo del CTA.
- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.

Psicóloga Terapeuta Familiar (22 hrs.):

- Efectuar diagnóstico y evaluación del usuario y su grupo familiar.
- Participar en la realización de Pre Ingresos según Protocolo.
- Participar en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Tratamiento Individual (PTI).
- Promover la participación activa de familiares en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los usuarios.
- Realizar actividades de terapia, consejería y orientación familiar.
- Participar en reuniones clínico técnicas, administrativas, de coordinación u otras del CTA.
- Participar en diagnóstico e implementación de actividades de

capacitación del equipo del CTA.

- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.

Terapeuta Ocupacional (44 hrs.):

- Efectuar evaluación funcional en las distintas áreas de la ocupación.
- Elaborar e implementar Plan Individual de Rehabilitación dentro de Plan de Tratamiento Individual del paciente.
- Apoyar desempeño de roles satisfactorios en las distintas áreas de la ocupación humana.
- Entrenar en habilidades funcionales en las distintas áreas de la ocupación.
- Supervisar ejecución de actividades de la vida diaria previamente planificadas con Técnicos en Rehabilitación y Coordinador.
- Diseñar, ejecutar y evaluar Taller de Desarrollo Personal con pacientes del Vespertino.
- Ejecutar y evaluar Programa “Abriendo Puertas”.
- Participar en reuniones clínico técnicas, administrativas, de coordinación u otras del CTA.
- Participar en diagnóstico e implementación de actividades de capacitación del equipo del CTA.
- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.
- Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria.
- Supervisar labores de técnicos en rehabilitación.

Terapeuta Ocupacional área Apego y competencias (M) Parentales (11 Hrs):

- Planificar y organizar atención a pacientes con hijos pequeños en área de apoyo al apego y las competencias (M) parentales.
- Sugerir y orientar al equipo de tratamiento en el área antes descrita.
- Participar en reuniones clínicas, informativas o de coordinación con la

red de salud en general y la red intersectorial.

- Participar en diagnóstico e implementación de actividades de capacitación del equipo del CTA.
- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.

Técnico Enfermería (44 hrs.):

- Participar, en conjunto con el equipo profesional y técnico del CTA, en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual para cada paciente.
- Ejecutar procedimientos y técnicas de enfermería requeridos según prioridades establecidas en el Plan de Tratamiento Individual.
- Participar en actividades de refuerzo de adherencia de tratamiento.
- Efectuar y/o supervisar toma de Tests (doping) a usuarios. Hacer consejería al respecto.
- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.
- Participar en reuniones clínico técnicas, administrativas, de coordinación u otras del CTA.

Operador Terapéutico (44 hrs.):

- Ejecutar con componentes del Plan de Tratamiento Individual
- Participar, en conjunto con el equipo profesional y técnico del CTA, en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual para cada paciente.
- Participar en programación de actividades del CTA.
- Participar en la evaluación del equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.
- Participar en reuniones clínico técnicas, administrativas, de coordinación u otras del CTA.
- Realizar Ingresos según protocolo.
- Apoya talleres en caso que se requiera.
- Apoya y participa en actividades de seguimiento y rescate de pacientes.
- Apoya actividades de coordinación y gestión comunitaria.

- Evalúa, registra e informa periódicamente al equipo el grado de participación, motivación, comportamiento social, adherencia y otros aspectos que muestran la evolución del paciente en el proceso de tratamiento y rehabilitación.
- Apoya administración de bodega de materiales e insumos.

Secretaria (44 hrs):

- Administrar la existencia de insumos en general (materiales de oficina y aseo).
- Mantener stock de fichas, hojas de evolución, hojas de registro estadístico, etc.
- Mantener sistemas de archivo, registro estadístico y administrativos.
- Solicitar y decepcionar insumos, almuerzos y otros.
- Registro de fondo fijo y otras cuentas.
- Recepción y orientación de consultantes.
- Participar en programación de actividades de la unidad.
- Participar en el diseño y ejecución de actividades relacionadas con el área administrativa del CTA.
- Participar en la evaluación de equipo del cumplimiento de los objetivos trazados.

Auxiliar de Servicio (22 hrs.):

- Aseo diario de dependencias del CTA.
- Mantención y control de stock de materiales de aseo.
- Dentro de los Protocolos utilizados en el CTA Peñablanca, existe una “Evaluación de Desempeño” orientada a mejorar nuestras prácticas y retroalimentar nuestro trabajo. Esta evaluación de Desempeño es de uso exclusivo del CTA Peñablanca y no se vincula al Contrato o Convenio que tiene el SVQ con el trabajador del centro.

➤ **Recursos Financieros:**

El CTA recibe recursos económicos de dos fuentes:

- S.E.N.D.A (Servicio Nacional de Drogas y Alcohol)
- S.S.V.Q (Servicio de Salud Viña del mar-Quillota)

Prestaciones Otorgadas

Evaluación Y Diagnóstico Integral: Proceso de Evaluación y Diagnóstico efectuado por el equipo del CTA que incluye aspectos clínico-psiquiátricos, psicológicos, de función y disfunción socio-ocupacional, familiar y psicosocial. Su objetivo es contribuir a definir en un plazo de 30 días luego del primer mes de tratamiento un Plan de Tratamiento Individual (PTI), que junto con lograr la mejoría clínica, permita actuar eficazmente sobre factores que influyan negativamente en las respuestas futuras a los objetivos de estabilidad clínica y ajuste psicosocial. Se realiza al inicio del proceso y se actualiza en caso de observar cambios relevantes.

- Consulta Médica Y/O Psiquiátrica: Atención profesional, otorgada por médico gral y/o psiquiatra del CTA a un paciente para diagnóstico y tratamiento de la drogodependencia en forma ambulatoria. Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, solicitud de exámenes y respuesta a interconsultas, indicación de tratamiento, prescripción de psicofármacos (típicos y atípicos, orales y parenterales, de efecto corto). Derivación a hospitalización. Atención debe realizarse, al menos, una vez al mes. La atención realizada deberá quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente.
- Consulta Psicológica: Intervención efectuada por psicólogo(a) del CTA, fundada en técnicas psicoterapéuticas, efectuadas en el marco del PTI a un paciente individual. Incluye diagnóstico, apoyo emocional, intervención en crisis, entrenamiento en comportamiento de autoayuda, indicaciones y/o derivaciones que correspondan. La atención se realizará al menos dos veces cada mes. La atención realizada deberá quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente.
- Psicoterapia Individual: Actividad realizada por psicólogo clínico a un paciente individual. Incluye actividades con técnicas de

psicoterapia de acuerdo a diagnóstico específico y a evidencia de costo/efectividad. La atención es semanal. La atención realizada deberá quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente.

- Consulta De Salud Mental: Atención otorgada por profesional Terapeuta Ocupacional, Enfermera, Trabajador(a) Social, T. en Rehabilitación a paciente, familiar o apoderado. Incluye acciones de apoyo emocional, educación para el autocuidado, refuerzo adhesión a tratamiento, mejorar la capacidad de la familia o apoderado para cuidar al paciente y a sí mismo(a). Se realiza diariamente. La atención realizada deberá quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente.
- Intervención Psicosocial De Grupo: Atención profesional otorgada por psicólogo, t. social, enfermera, t. ocupacional, t. en rehabilitación a un grupo de pacientes y/o familiares. Tiene como finalidad entregar apoyo emocional, educación para el autocuidado, autoayuda, manejo abstinencia, refuerzo adhesión adherencia, mejorar la capacidad de la familia para acompañar/cuidar a un paciente y a sí misma, para rehabilitación psicosocial, reinserción ocupacional, social u ocupacional, etc. Se realizan diariamente. Estas atenciones se realizan diariamente como parte de la rutina terapéutica de cada paciente
- Terapia Familiar: Atención profesional efectuada por psicólogo(a) a paciente e integrantes de su grupo familiar. Incluye actividades con técnicas de psicoterapia familiar de acuerdo a diagnóstico específico y a evidencia de costo/efectividad. La atención realizada deberá quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente. se realiza al menos cada 15 días.
- Visita De Salud Mental Especializada: Es la atención profesional efectuada por psicólogo, enfermera, t. social, t. ocupacional u otro profesional de salud mental a un paciente y a su familia en el lugar de residencia, trabajo o establecimiento educacional. Incluye

algunas de las siguientes actividades: evaluación, diagnóstico social, laboral y familiar, rescate, psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades sociales, manejo ambiental, inserción red de apoyo, apoyo a la crianza y competencias (m) parentales, etc. La atención realizada deberá quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente. Se define según necesidad en cada caso que se presente.

- Mesa Terapéutica: Estrategia de reforzamiento de objetivos y alianza terapéutica que consiste en reunir en una sola sesión al paciente, su familia y a los terapeutas que lo atienden en forma individual. Se conversa sobre el proceso de tratamiento y se construyen los objetivos de continuidad del mismo. Se programan solo en caso de necesidad.
- Desintoxicación Domiciliaria: Protocolo de apoyo a la desintoxicación ambulatoria en domicilio que busca que paciente logre un periodo de abstinencia mínimo de 30 días de manera de hacer viable la atención en el CTA. En caso contrario se indica y deriva para una hospitalización de desintoxicación.
- Intervención En Apego: Orientado al apoyo de competencias (m) parentales de pacientes con hijos pequeños que acuden al centro. Es una atención especializada que implica el registro en video de actividades de o la paciente, uso de consentimiento informado y feedback. Incluye coordinación con tribunales y organismos colaboradores de SENAME. Se realiza en casos especiales.
- Coordinación Institucional: trabajo de orientación, información y/o terapéutico en conjunto con otras instituciones de la red de salud o intersectorial. Actividad se realiza semanalmente.

Capítulo II

Marco de Referencia

Intervención Social

En el marco de la Ciencias Sociales el concepto de intervención social se destaca por su amplitud de significados. Son variadas las posturas de autores que se adscriben a múltiples definiciones del quehacer social, otorgando una multiplicidad de perspectivas provenientes de cada uno de los campos disciplinarios de las ciencias sociales por lo que no existe unanimidad en su conceptualización.

Desde la disciplina del Trabajo Social se encuentran autores/as que se adscriben a múltiples posturas frente al término de intervención. Algunos de estos la definen de manera operativa metodológica, mientras que otros/as se adscriben a un enfoque sociológico-reflexivo, y existen otros que dialogan más con la mirada político-crítica al definir la intervención.

Etimológicamente la palabra intervención proviene del latín *“intervenio”* que puede ser traducido como *“venir entre”* o *“interponerse”*. Este verbo está formado por el prefijo *“inter”* que significa entre y por el verbo *“venio”*, que significa venir. Por lo que puede ser traducido como la acción y el efecto de venir entre, de intervenir, de entrometerse. De ahí que *“intervención”* puede ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación y, por otra parte, de intromisión, injerencia o instrucción. Por otro lado, el término social tiene su origen del latín *“socialis”* es todo aquello que se entiende que pertenece a la sociedad (Definición.de).

Siguiendo esta línea etimológica, el término intervención social es traducido como una acción o transformación sujeta a la sociedad.

En este sentido, se puede entender la intervención como la acción entre un profesional y una problemática que afecta al sujeto perteneciente a la sociedad y que tiene como resultado una transformación social.

Siguiendo esta lógica, intervenir es un procedimiento que actúa y hace actuar, que genera consecuencias a través de una demanda que nace de una necesidad de sujetos que acuden a las instituciones, las organizaciones y establecimientos. Sin embargo, también la demanda es generada desde las instituciones, las políticas públicas, los medios de comunicación

presentes en la actualidad, entre otros.

En el terreno de las ciencias sociales, la intervención es una acción específica del Trabajo Social en relación a procesos humanos para producir cambios que desarrollen la capacidad e iniciativa del usuario para estimularlo a recuperar su propia facultades de llevar a cabo sus acciones, emprendiendo actividades, gestiones y orientaciones que sirvan para eliminar las causas de su situación de malestar. Para la disciplina el concepto ha sido apadrinado por completo otorgando una exclusividad en su quehacer profesional.

Perspectivas desde las Ciencias Sociales

1.2 Desde una perspectiva operativa-metodológica:

De acuerdo a Castañeda *“La intervención social es un concepto que deviene de la tradición tecnocrática de Trabajo Social y alude a la relación asimétrica que se establece entre un o una profesional que interviene y un sujeto específico que es intervenido”* (Castañeda, 2014). Esto se refiere al conjunto de conocimientos que posee el trabajador(a) social frente al sujeto que demanda la intervención, ya que está sujeto al marco legal que le otorgan las facultades de acción dentro una organización determinada. Asimismo, agrega que intervención social se entiende como el *“manejo especializado de repertorios técnicos y el acceso a una gama de recursos y beneficios que serán movilizados en relación a la necesidad o problema social que demanda ser intervenido. La solicitud por parte del sujeto, desencadena asociadas a criterios y esquemas teóricos, conceptuales, metodológicos, de política pública y de gestión social”* (Castañeda, 2014). En otras palabras, esto quiere decir que la intervención requiere la utilización de todas las estrategias y herramientas del profesional para intentar solucionar la problemática demandada por el sujeto.

La intervención social según Aylwin puede ser definida como *“toda acción científica (que) se fundamenta en una triple alianza entre la práctica, la teoría y el método. Estos tres elementos están estrechamente interrelacionados. El método no puede utilizarse sin una orientación teórica, la teoría se desarrolla por la aplicación de métodos científicos y ambos, método y teoría, son indispensables para otorgar un carácter científico a la práctica social”* (Nidia

Aylwin, 1999). Se puede entender según la definición, que la práctica, la teoría y el método son procesos complementarios, por lo que no hay una claridad respecto a cuál de estos se origina como primera acción, debido a que la intervención es un proceso flexible, que se adapta a diferentes contextos de las demandas sociales, en tal caso, se puede decir que la intervención no existiría si faltase alguno de estos tres elementos.

1.3 Desde una perspectiva Sociológica- Reflexiva:

Dentro de este paradigma y parafraseando al pedagogo y sociólogo E. Ander-Egg, la intervención social es una forma de actuar que tiene un fin específico que es buscar la obtención de resultados prácticos, modificando situaciones reales. Como señala el autor Ander-Egg *“Todo método de intervención social es, en su formulación, una reducción/simplificación de un proceso de actuación, dentro de un sector delimitado y determinado de la realidad social”* (Ander-Egg, 1997). Este procedimiento de acción conlleva de forma implícita una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar y sentir de los individuos en su inserción social. Además, señala que es un *“el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado”* (Ander-Egg, Diccionario de Trabajo Social, 1995). De acuerdo a lo anterior, la intervención consiste en una pequeña acción (tareas, actividades, talleres, entre otras) en un subsistema social en donde se sitúa el profesional del área, que puede generar un gran cambio para mantener el equilibrio en la realidad social.

1.4 Desde una perspectiva Política- Sociocrítica Política:

En cuanto a Carballada, en el libro *“La intervención en lo social”* define la intervención como un *“conjunto de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden o la cohesión de lo que denominamos sociedad”* (Carballada, 2002).

El trabajo social intenta solucionar las problemáticas del gobierno para

mantener la tranquilidad de la sociedad, siendo el intermediario/a entre el sujeto de intervención y la institución en que se encuentra inserto/a. Por otra parte, los planes y programas que se llevan a cabo en los servicios se encuentran alejados/as de la realidad, ya que involucra diversos perfiles y problemáticas estandarizadas de los sujetos de atención, por lo que los profesionales tienen que adaptar las problemáticas vinculándola con lo que se realiza en la institución.

En lo que respecta al término de intervención social al cual ceñirse para efectuar la sistematización, se utiliza la propuesta de la Dra. Castañeda, debido a que se encuadra de una forma operativa al apuntar a determinados aspectos de las temáticas que interviene el/la trabajador/a social en su quehacer profesional orientado al conocimiento de sus repertorios teóricos y metodológicos. Por otra parte, este término de intervención social ordena el proceso de sistematización y facilita el análisis de la información obtenida de las prácticas profesionales.

Para realizar intervención en Trabajo Social, es necesario conocer los sujetos con quienes vamos a trabajar y en qué contextos (sociales, políticos, circunstanciales, entre otros) se encuentran, por lo que existen diferentes niveles y modelos que ayudan a efectuar la intervención social.

Niveles de Intervención social

1.1 Nivel de caso individual

En este nivel de intervención se designa la ayuda social que se presta a nivel individual utilizando una serie de procedimientos que configuran el llamado método de caso individual. Es por esto, que se puede definir como *“el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio”* (Ander-Egg, Introducción al Trabajo Social, 1996).

1.2 Nivel de Familia:

La intervención del trabajador/a social en el campo de la familia es multifacética, se da a nivel directo e indirecto y, por esencia, no está ceñida estrictamente a determinados parámetros establecidos rígidamente, sino que

está abierta a la creatividad y a la colaboración con otras disciplinas en la búsqueda de respuestas a los complejos problemas que enfrenta la familia en nuestra sociedad (Aylwin, 2002).

1.3 Nivel de grupo:

El trabajo social de grupo es un método que tiene múltiples aplicaciones. El sentido y el valor del trabajo de grupo radica en la relación que establecen los miembros entre sí dentro del grupo, y en la situación de grupo en sí misma, que actúa como “contexto y medio de ayuda” para el individuo y para el propio grupo (Vinter, 1969).

2.4 Nivel Comunitario:

La intervención comunitaria es el resultado de la confluencia de dos desarrollos metodológicos separados que, por otra parte, pretenden ser respuestas a problemáticas diferentes: el desarrollo de la comunidad y la organización de la comunidad (Ander-Egg, Introducción al Trabajo Social, 1996). El trabajo social comunitario debe ser considerado como una forma de intervención práctica que exige una base teórica y de conocimiento que es más sociológica que psicológica a diferencia de lo que ocurre en otros niveles de intervención de trabajo social (Diez, 2005).

2.5 Redes Territoriales:

El territorio en el que interviene el/a trabajador/a social se define como *la base sobre la cual se desarrollan actividades de convivencia de una sociedad, de sustento económico y relaciones sociales básicas, de organización y desarrollo comunitario, institucional, cultural y religioso* (Ramírez, 1996). Para intervenir en un territorio el/a profesional debe identificar las relaciones que tienen las personas, a través de un mapa, que facilita la visualización de la realidad de un grupo determinado. Además de identificar las diversas instituciones y/u organizaciones sociales que forman parte de la intervención.

Modelos de Intervención (Hermosilla, 2006)

3.1 Modelo Psicosocial:

Este modelo deposita su confianza en la condición humana y pone énfasis en el apoyo de los patrones sanos de crecimiento y desarrollo, definiendo como objetivo de la intervención el establecer las condiciones óptimas para que dicho desarrollo se cumpla, ayudando al cliente a que consiga una forma plena y satisfactoria de autorrealización a sus capacidades y potencialidades.

3.2 Modelo de Resolución de Problemas:

Este modelo focaliza su acción en ayudar a personas a enfrentar y resolver problemas y dificultades a los cuales no encuentran solución por sí solas, y tiene como meta el que estas personas aumenten su competencia consciente en esta tarea.

3.3 Modelo de Intervención en Crisis:

En este modelo los individuos y las familias están sujetos a períodos de relativa calma estabilidad, alternados con otros de creciente tensión que alteran este equilibrio normal. El modelo no considera un periodo de diagnóstico normal sino que teniendo en cuenta que el periodo de crisis y por lo tanto, el de mayor receptividad, suelen ser breves, el diagnóstico y tratamiento deben efectuar de manera prácticamente simultánea.

3.4 Modelo Centrado en la Tarea:

Se basa en la psicología cognitiva y se desarrolló como un modelo de atención breve con prácticas de tiempo limitado, cuya función esencial es ayudar al asistido a avanzar en soluciones de problemas psicosociales que ellos mismos definen y desean resolver.

3.5 Modelo Ecológico o de Vida:

Este modelo posee una visión adaptativa y evolutiva de los seres humanos, quienes se encuentran en constante intercambio con todos los elementos de su ambiente. En esta interacción mutua, las personas cambian su medio ambiente físico y social y son cambiados por estos a través del proceso de continua adaptación recíproca.

Salud Mental

2.1 Concepto de Salud

El concepto de Salud es un término que ha sufrido transformaciones con el paso del tiempo. Es un término dinámico que en la actualidad cuenta con una perspectiva amplia que integra las concepciones de factores tanto culturales como sociales. Por lo cual está sujeto a la relevancia que le otorgue quién o quiénes lo exponen, generando espacios de debate y evaluación.

En el año 1946 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Organización Mundial de la Salud, 1946). Aunque sigue siendo la definición más utilizada y la con mayor adherencia de las naciones, ha sido objeto de diversas críticas, una de las principales dice relación con que, la salud, más que un estado se debe entender como un proceso continuo de recuperación del equilibrio. Según lo anterior, se puede entender que se debe ver a la persona de manera holística, lo cual, considerando todos los factores que afectan al individuo (sociales, económicos y físicos).

2.2. Otras visiones del concepto de Salud

El reconocimiento que se da al concepto de salud a nivel mundial descrito por la OMS con anterioridad está basado en el modelo biomédico que se basa principalmente desde la perspectiva patológica, otorgando un protagonismo al método científico para la resolución de ésta.

En base a ampliar la gama de aristas del concepto de salud se estima de importancia incluir las visiones indígenas; alternativas y espirituales.

Para incluir estas visiones sobre el concepto de salud; es necesario esclarecer el término interculturalidad. Según OMS, la interculturalidad puede ser entendida como: *“la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad”* (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Incluir la interculturalidad en el concepto de salud permite mirar más allá del paradigma biomédico occidental-tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud.

- **Perspectiva Indígena/Natural**

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales como la vida, la muerte, la salud, la enfermedad. Dicho esto, los pueblos indígenas comprenden el concepto de salud *“como un bienestar o armonía entre los individuos, las comunidades, la tierra y el universo. Este concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad en condiciones de equidad”* (OPS, 2009). Los pueblos indígenas han desarrollado prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejos y estructurados en sus contenidos y en su lógica interna. *“Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad”* (OPS, 2009).

La cosmovisión Mapuche entiende que el cuerpo está interconectado con la espiritualidad, las emociones y los pensamientos. Dentro del sistema curativo mapuche hay sujetos con roles para buscar el equilibrio y reordenar los elementos restableciendo la salud y el bienestar, los principales son: la Machi que es la encargada de la curación natural y única/o autorizado/a para conectarse con los espíritus sanadores; el Lawenche, persona encargada de conocer los poderes curativos de las hierbas; el Ngütamchefe, persona conocedora de las posiciones de los huesos y músculos y Püñeñelchefe, persona especialista en maternidad y con conocimiento de cómo debe nacer un niño.

- **Perspectiva Terapias Complementaria/Alternativas**

Para la OMS la definición de las Terapias Complementarias/Alternativas radica en un aspecto cultural, ellos las definen como *“un conjunto amplio de*

prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal” (OMS, 2002-2005)

Según el MINSAL por medio del decreto N° 42 del 17 de junio de 2005, se entenderá por Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior”. Esto le da una posición de importancia al concepto de salud alternativa dentro de la sociedad, abriéndose campo dentro del sistema de salud biomédico occidental o sistema tradicional.

Entre las MCA que se practican en el país están la Homeopatía, Acupuntura, la Naturopatía, la Quiropraxia, Sintergética, las Terapias Florales, Apiterapia, etc.

Otras prácticas aparentemente menos complejas son el Reiki, la aromaterapia, el quiromasaje.

- **Perspectiva Espiritual**

El concepto de salud desde una mirada espiritual o de la fe está enmarcado en cómo ésta afecta el pensamiento de los usuarios frente a un estado sano o patológico de sí mismo. Es la mente la que juega un papel determinante a la hora de salir de cualquier enfermedad o de mantener el concepto saludable. Poner en práctica pensamientos positivos ayuda a incrementar el conocimiento de uno mismo y la autoconfianza.

Jesús en una oportunidad expresó que no es lo que entra en la boca lo que contamina al hombre, sino lo que sale de su corazón, es decir de sus pensamientos (Mateo 15).

Los profesionales de la salud que desarrollan intervenciones con usuarios/as que mantienen este tipo de espiritualidad en el concepto de salud y más bien de buena salud, tienden a mantener un modo pragmático de ver las cosas, siendo que esto parece ser influencia del pensamiento

científico que predomina en la mentalidad de los profesionales de nuestra cultura.

Es esencial que los grupos interdisciplinarios que desarrollan intervenciones biopsicosociales mantengan una misma filosofía respecto al tema y no difieran en las metas de trabajo.

2.3. Concepto Salud Mental

Así como en el concepto de salud, los elementos sociales, económicos y físicos dan forma a las vivencias de salud mental de los individuos, y componen factores de riesgo, los cuales se asocian a la inequidad social. Es por esto, que tanto la OMS (Organización Mundial de la Salud) como la OPS (Organización Panamericana de la Salud) abordan estos conceptos para definir la salud mental *“como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2004). De esta forma, la salud mental es la base fundamental para el bienestar de un individuo, familia, grupo y comunidad. Este concepto es amplio y dinámico, por lo cual se puede adaptar a las diferentes culturas.

El concepto de salud mental no solo implica sentirse bien, sino que estar dispuesto a mantener un estado de resiliencia continuo frente a las posibles dificultades que se presentan en el diario vivir.

La definición de salud mental del Ministerio de Salud de Chile, es un adaptado del concepto desarrollado por el ministerio de salud de Canadá, en el año 1998, el cual la define como *“la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas afectivas relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”* (MINSAL, 2007). Esta definición busca fomentar el bienestar propio del sujeto aumentando sus facultades psicológicas y afectivas generando vínculos con el medio a través de redes. De esta manera, el individuo vive y ayuda a vivir, involucrándose y resolviendo problemas de otros miembros de

la sociedad por medio de la participación en temáticas individuales y sociales.

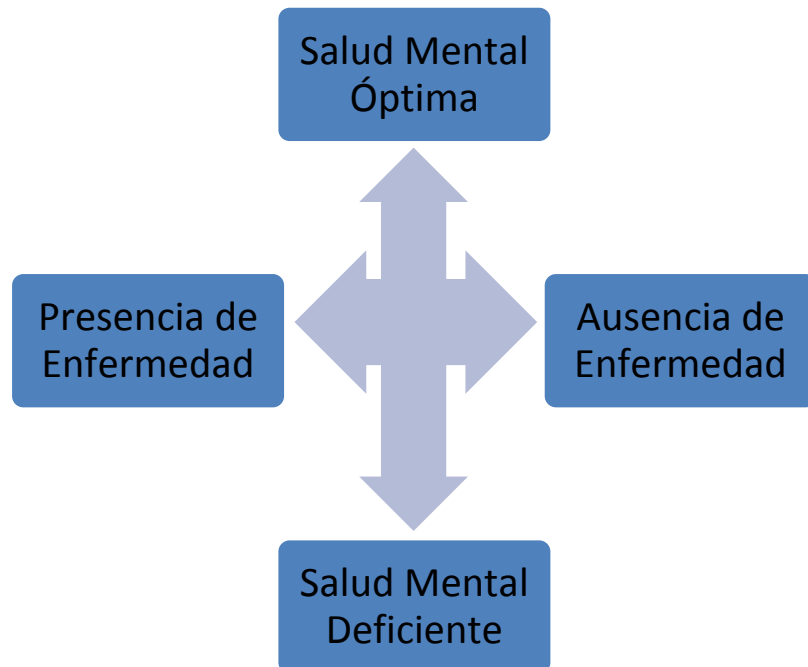
2.3.1 Diferencia entre Salud Mental y Enfermedad/Trastornos Mentales

El trastorno o enfermedad mental es *“concebido como una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento en donde quedan afectados procesos básicos que dificultan la adaptación de la persona”* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2005).

Las enfermedades/trastornos mentales, responden a factores biológicos y psicosociales que permiten la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Esto requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores.

Los conceptos de salud mental y enfermedad mental no son equivalentes, pero tampoco son opuestos, como se muestra en el siguiente esquema:

Figura 3 Salud Mental y Enfermedades Mentales



Fuente: Elaboración propia

Este esquema nos muestra cómo distinguir salud mental y enfermedad mental, se explica de la siguiente manera:

Un usuario/a puede no presentar una enfermedad mental, sin embargo, puede poseer un nivel de salud mental deficiente, si no cuenta con las oportunidades de realización personal, de relaciones sociales nutritivas y fructíferas, y tampoco contar con las competencias para lidiar con los problemas que lo aquejan.

Por otra parte, el usuario/a puede padecer una enfermedad mental severa, sin embargo, goza un nivel salud mental óptimo, debido a que cuenta con capacidad de acceder a los diversos recursos que están disponibles para resolver sus problemas mentales.

Intervención Social en Salud Mental

Como se ha señalado con anterioridad, la salud mental de los usuarios/as está sujeta a múltiples factores sociales, físicos y económicos los cuales pueden ser considerados de riesgo o protectores dependiendo de las circunstancias en las que se encuentre el sujeto de intervención. En este sentido las enfermedades mentales producen la aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del sistema cliente.

De acuerdo a la OMS las enfermedades mentales son consideradas como deficiencias, discapacidades y minusvalías que impide el óptimo uso de las capacidades para realizar las actividades cotidianas y sociales, lo que dificulta su participación en el ámbito social. Por esta razón, se requiere de diversos modelos de intervención que trabajen tanto con la causa y el efecto de la problemática y de esta manera transformar la visión que tiene la sociedad sobre las personas con trastorno mental.

Dentro del ámbito del Trabajo Social, debido a la dificultad de tratar estas temáticas es necesario contar con metodologías, técnicas y modelos de intervención adecuadas que nos permitan entender de mejor manera las diversas situaciones psicosociales de los/as usuarios/as para de manera holística y para ayudarlo en su proceso de desarrollo social.

Los trabajadores/as sociales son los encargados de la intervención en el área social con los/as usuarios/as que poseen trastornos mentales, con la finalidad de aumentar sus habilidades psicosociales en un ámbito individual, mejorando sus recursos personales, centrando la intervención en el caso/individuo, la familia, el grupo y la comunidad. De esta manera, los/as profesionales de Trabajo Social se han integrado a este campo, ya que poseen su facultad de saber hacer y abordar la complejidad de una manera holística.

Según la autora Eva Garcés describe al Trabajo Social en salud

mental como *“un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares”* (Garcés, 2010). De acuerdo a lo mencionado anteriormente, quiere decir que es un trabajo especializado en la problemática conociendo los distintos aspectos del individuo, aplicando diversas estrategias y modelos de intervención que se adapten al individuo según su necesidad.

Por otra parte, A. Ituarte agrega a esta definición que *“se realiza un proceso de ayuda a personas, familias, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psicosociales, de manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social”* (Ituarte, 1992). A esta definición esta autora aborda todos los niveles de intervención, además de incorporar una mirada hacia al futuro con respecto al problema y no solo situándose en la situación actual, fomentando las capacidad y habilidades que posee el usuario/a para enfrentar las diversas circunstancias que se le presente.

Según I. Antipan y D. Reyes los trabajadores/as sociales clínicos es una rama del Trabajo Social que es *“ejercida por un profesional trabajador social, formado y capacitado para intervenir en materia de salud mental, con la finalidad de reconocer problemas de patología mental, como también para contener y enfrentar situaciones de alto stress emocional y de deterioro en la*

salud” (Reyes). La realidad para los trabajadores/as sociales en Chile es que dentro de su formación de pregrado existe escasa preparación para trabajar en el área, teniendo que especializarse en otros países para poder desempeñarse de manera óptima en la temática de salud mental.

Según Eva Garcés, no es frecuente que las instituciones que contratan al trabajador/a social en el ámbito de salud mental definan las funciones que tiene que desempeñar, es decir, **no existe un quehacer profesional definido**, por lo que son los mismos profesionales los que van abriendo su espacio para determinar sus funciones.

Las funciones del trabajador/a social son diferentes de acuerdo a la institución en la que se desempeña el profesional, sin embargo, **Eva Garcés en su publicación “El Trabajo Social en Salud Mental”** define las siguientes funciones como básicas:

Función directa:

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

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
- Acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización.
- Entrevistas con el/la usuario/a dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.
- Trabajo dirigido a informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre.
- Seguimiento y evaluación del proceso de intervención.
- Realizar visitas a domicilio para valoración e intervención.
- Apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio.

- Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
- Conexión y derivación del usuario/a recursos adecuados.
 - Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.

Función preventiva, de promoción e inserción social:

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

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

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador/a social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales.

Por tanto, los trabajadores/as deben conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios/as y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. De hecho, las actividades de los trabajadores/as sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos sociolaborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos/as y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos.

El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del enfermo/a, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad para cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él/ella pudieran depender, es decir, el profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en

el plan de intervención.

Función de coordinación:

Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador/a social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del enfermo/a mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales.

Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los/as usuarios/as y a las familias como a los compañeros/as del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. De hecho, las actividades de los trabajadores/as sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos sociolaborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos/as y a sus familias a transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos.

El proceso de evaluación de Salud Mental abre la posibilidad del estudio de habilidades, aptitudes, cualidades, intereses, carencias del enfermo/a, valorando su función en la familia y en el medio social así como la capacidad para cubrir necesidades básicas propias y la de aquellas personas que de él/ella pudieran depender, es decir, el/la profesional debe identificar y evaluar riesgos a corto y medio plazo así como las capacidades conservadas que actúan como soportes para orientar el tratamiento que se determine en el plan de intervención.

Capítulo III

Marco Metodológico

Fundamentación Metodológica

“La sistematización puede ser definida como un proceso de generación de conocimientos a partir del análisis y reflexión realizada desde la propia práctica social” (Catañeda, 2014) , entendiendo la práctica social como un escenario que permite profundizar los conocimientos en la realidad social desde la perspectiva de los mismos actores.

Esta estrategia de generación de conocimientos nace específicamente en América Latina en los años ochenta cuando los gobiernos dictatoriales toman el poder de países como Argentina, Perú, Bolivia, Chile, entre otros; por lo que fue necesario rescatar las experiencias de intervención vividas, facilitando su comunicación y se instala como concepto de referencia en el marco de la intervención social. *“Estas particulares características generan su inmediata acogida en las profesiones vinculadas al mundo social, quienes reconocen las potencialidades derivadas desde un claro cariz socio crítico, produciendo una favorable respuesta que validó tempranamente sus aportes a las oportunidades de generación de conocimiento desde el propio terreno”* (Catañeda, 2014). Es por ello que el trabajo social reconoce su importancia a través de la descripción de las intervenciones realizadas, de forma que sean comprendidas, interpretadas y comunicadas. Para ello, debe haber un proceso analítico reflexivo y abierto entre los participantes de las intervenciones sociales realizadas.

En base a lo que establece la autora, **no existe práctica sin teoría y teoría sin práctica** (Catañeda, 2014), por lo tanto, la sistematización permite rescatar los referentes conceptuales y/o teóricos sustentados en las intervenciones sociales.

A pesar de la cotidianidad de las prácticas, éstas son el principal aporte para la generación de conocimientos desde la sistematización. Según Oscar Jara la sistematización ofrece tres aportes a las prácticas (Jara, 1996):

- Tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos, con el fin de mejorar nuestra propia práctica.
- Compartir con otras prácticas similares las enseñanzas surgidas de la experiencia.
- Aportar a la reflexión teórica (y en general a la construcción de teoría)

conocimientos surgidos de prácticas sociales concretas.

Según Zurita *“las prácticas son dominios relativamente cerrados, que proveen los significados con los cuáles los individuos comprenden y otorgan legitimidad a lo que hacen en ellas, y por otro lado, comprenden y proyectan significados a los que viene de fuera de ellas (conocimiento experto, tecnologías, entre otros)”* (Catañeda, 2014). De la definición anterior, se puede decir que las experiencias de los profesionales se encuentran cerradas, ya que no son transmitidas a otros/as profesionales de manera formal, generando un intercambio de conocimientos de forma superficial debido a que los/las trabajadores/as sociales se encuentran insertos en las temáticas que la institución trabaja dependiendo de su rubro laboral.

Al comunicar los aprendizajes que deja una sistematización; se abren los espacios para que los propios actores reflexiones sobre su quehacer; ya sean grupos populares o educadores.

De acuerdo a la autora Castañeda las prácticas se entienden *“como referentes capaces de reestructurar los desempeños a través de la reflexión activa de los colectivos profesionales involucrados”* (Catañeda, 2014). Por medio de las prácticas los profesionales adquieren diversos saberes que permiten conocer desde múltiples aristas como intervenir una problemática determinada.

Por tanto, *“a toda sistematización le antecede una práctica que puede recuperarse, contextualizarse y analizarse a partir del conocimiento adquirido”* (Oltremari-Arregui), es decir, no existe sistematización sin experiencias previas, ya que el quehacer profesional requiere un orden para obtener una fotografías de las labores que están realizando, de esta manera poder analizar de mejor manera y generar conocimiento por medio de las prácticas. Por lo tanto *“la sistematización asume que sí es posible la generación de conocimiento desde la práctica, reconociendo su potencial formativo y de generación de nuevos conocimientos, en la medida que la memorización de conocimientos, la amplificación del razonamiento y el aumento de la capacidad procedimental son mediatizados por el desempeño, permitiendo la explicitación de los métodos y lógicas subyacentes y haciendo posible, por tanto, la comprensión e intelección de los mismos”* (Catañeda, 2014).

La metodología de sistematización fue escogida debido a que se necesita conocer qué están haciendo los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental para lograr generar y transmitir los conocimientos, además de entender cuáles son las prácticas profesionales reales que están efectuando los profesionales en la intervención social con los sujetos de atención.

Se puede entender como experiencia profesional para efectos de sistematización lo siguiente:

La experiencia profesional comprende un conjunto de conocimientos y técnicas que se utilizan en el puesto de trabajo y que han sido adquiridos primeramente en el pregrado y con el transcurso del tiempo, desde la práctica misma en el desempeño profesional.

1. Delimitación del Proceso de Sistematización

La presente sistematización se desarrolla en torno las experiencias de los ámbitos de intervención social que desarrollan los trabajadores/as sociales en el área de salud mental en los centros dependientes de los Servicios de Salud de la V Región (Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio y Aconcagua) a nivel de atención secundario y terciario.

2. Objetivos de la Sistematización

Objetivo General

Sistematizar las experiencias de intervención social que desarrollan las y los trabajadoras/es sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Objetivos Específicos

Identificar las necesidades o problemas sociales frecuentes que intervienen los y las trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Señalar los principales elementos teóricos y/o conceptuales que emplean las y los trabajadores/as sociales al intervenir en Salud Mental

pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Definir las metodologías de intervención utilizados por las y los trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Indicar los principales programas e instituciones de la política pública referidos en la intervención de las y los trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Describir los procesos de gestión efectuados en el marco de la intervención por las y los trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependiente de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

3.- Criterios para la Definición de experiencias de intervención social en salud mental con fines de sistematización

Las experiencias de intervención social en salud mental serán seleccionadas para el análisis a partir de los siguientes criterios:

- Contar con la participación voluntaria de al menos un representante de la experiencias.
- Adscripción de la unidad o programa, en que se circunscribe la experiencia, a los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar- Quillota.
- Pertenencia de la unidad o programa, en que se circunscribe la experiencia, al nivel secundario o terciario de la red asistencial de salud mental vigente.
- Participación directa y presencial del trabajador/a social en la intervención social en salud mental.
- Abordar una temática directamente ligada a la salud mental,

considerando el marco dado por el Plan de Salud Mental y Psiquiatría vigente hasta el 2017, como también por el Plan propuesto en formato borrador para el periodo entre el 2017 al 2025.

- Tener a lo menos dos años de ejecución en el programa o unidad respectiva, contando con una frecuencia semanal o mensual de desarrollo.
- Constituirse en una experiencia de intervención social relevante para el programa o unidad.

4. Estrategias de recolección de información sobre los ámbitos de intervención social definidas para sistematizar

Entrevista con fines de sistematización:

Esta técnica supone la interacción verbal y no verbal entre la persona que entrevista y la persona que es entrevistada o las personas que son entrevistadas. El guion de la entrevista se basa en preguntas, formulaciones, reformulaciones e interpretaciones que buscan reconstruir la experiencia de quien o quienes comparten sus impresiones.

Observación no participante con fines de sistematización:

Se refiere a la observación pasiva de las dinámicas, rutinas, actividades y tareas ligadas a la experiencia, sin interferir en el curso de los acontecimientos. En esta modalidad, la persona que observa es considerada externa al equipo de trabajo.

Revisión Documental con Fines de Sistematización:

Esto se refiere a la información emerge desde diversas fuentes, las que son consideradas por sí mismas evidencias que pueden ser utilizadas en forma indistinta como respaldo del proceso de análisis.

5. Plan de Análisis

El plan de análisis de la presente sistematización

1. Análisis de cumplimiento de criterios de selección
2. Sistemas categoriales del concepto de intervención social:
 - Necesidades o problemas sociales en salud mental

- Elementos teóricos y/o conceptuales de salud mental utilizados
- Metodologías de intervención utilizados y salud mental
- Programas e instituciones de salud mental de la política pública implementados a través de la experiencia
- Procesos de gestión en salud mental efectuados

Estos sistemas categoriales se trabajarán en forma integrada a partir de cada experiencia sistematizada, a fin de revisar en forma dinámica el despliegue de los componentes de la intervención social en el contexto institucional y temático en que se implementan.

6. Tipo de procedimiento de validación

Mecanismo de Triangulación Interna: el cual consiste en la *“contrastación de los procesos de análisis y de los resultados obtenidos en la sistematización con referentes disponibles dentro de los límites de la experiencia particular que se sistematiza”* (Catañeda, 2014).

Triangulación de Fuentes: *“Se refiere al uso simultáneo de dos o más fuentes que permitan acceder a información relevante de la experiencia”* (Catañeda, 2014).

La fuente definida para realizar esta sistematización es:
Colectivo de trabajadores/as sociales en salud mental / profesionales participantes de la entrevista.

Capítulo IV

Resultados y Análisis

Resultados

De acuerdo a la información recogida por medio de técnicas tales como entrevista con fines de sistematización, observación no participante y revisión de documentos a las y los trabajadoras/es sociales del área de Salud Mental en nivel secundario y terciario; se establecen las siguientes experiencias profesionales que se llevan a cabo con mayor frecuencia y que representan, a juicio de los/as profesionales, un aporte desde el trabajo social al quehacer en el área; a través del mecanismo de triangulación interna.

A continuación se presentan las Fichas de Sistematización que describen las principales experiencias de intervención del trabajo social en el área de Salud Mental a nivel secundario y terciario.

Las fichas siguientes utilizarán como ejes ordenadores, estos ejes son los enunciados por los objetivos específicos de la presente sistematización, es decir:

1. Identificar las necesidades o problemas sociales frecuentes que intervienen los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.
2. Señalar los principales elementos teóricos y/o conceptuales que emplean las y los trabajadores(as) sociales al intervenir en Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.
3. Definir las metodologías de intervención utilizados por las y los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

4. Indicar los principales programas e instituciones de la política pública referidos en la intervención de las y los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.
5. Describir los procesos de gestión efectuados en el marco de la intervención por las y los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Las experiencias de intervención de trabajo social sistematizadas en las fichas corresponden a las siguientes:

1. Intervención de Trabajo Social de Caso: En este nivel de intervención se designa la ayuda social que se presta a nivel individual utilizando una serie de procedimientos que configuran el llamado método de caso individual. Es por esto, que se puede definir como *“el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio”*.
2. Intervención de Trabajo Social de Familia: La intervención del trabajador/a social en el campo de la familia es multifacética, se da a nivel directo e indirecto y, por esencia, no está ceñida estrictamente a determinados parámetros establecidos rígidamente, sino que está abierta a la creatividad y a la colaboración con otras disciplinas en la búsqueda de respuestas a los complejos problemas que enfrenta la familia en nuestra sociedad.
3. Intervención de Trabajo Social de Redes Territoriales: El territorio en el que interviene el/a trabajador/a social se define como *la base sobre la cual se desarrollan actividades de convivencia de una sociedad, de sustento económico y relaciones sociales básicas, de organización y desarrollo comunitario, institucional, cultural y religioso*. Para intervenir en un territorio el/a profesional debe identificar las relaciones que tienen las personas, a través de un mapa, que facilita la visualización

de la realidad de un grupo determinado. Además de identificar las diversas instituciones y/u organizaciones sociales que forman parte de la intervención.

Tabla 6 Trabajo Social de Caso

Figura 4 Trabajo Social con Caso

Intervención de Trabajo Social de Caso



1.- Necesidades o Problemáticas Sociales:

En el ámbito que abarca la carencia de recurso se pueden asociar situaciones donde el/la usuario/a se encuentra inhabilitado para resolver su problemática ya que no poseen una red de apoyo familiar y social, además de no contar con los recursos económicos necesarios debido a la falta y pérdida de empleo, lo que se traduce en algunas ocasiones que el individuo se encuentre en situación de calle y eso dificulta que supere su necesidad. Producto de esto, los/las profesionales que atienden caso toman una postura asistencialista y de contención hacia la persona, donde éstos/as requieren una coordinación institucional para resolver temas como pensiones de invalidez, credenciales de invalidez y entregar una orientación adecuada.

Esto se visualiza en el siguiente fragmento: *“la mayor problemática es la carencia de recursos ya, la situación de calle, el tema de las pensiones de invalidez el tema de las credenciales de invalidez que eso hay que darle mucho apoyo y la coordinación por ejemplo de beneficios por ejemplo de un subsidio de arriendo”* (Trabajador/a Social nº1)

Por otra parte, se observa dentro del quehacer profesional en caso, la orientación jurídica que efectúa el/la profesional hacia los/las usuarios/as está asociada a la vulneración de derechos que en la mayoría de los casos

se vincula al trastorno mental que posee el sujeto de atención; lo que desencadena una deserción escolar, falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Aquello se visualiza en el siguiente relato: “...desde lo social son disfunción familiar y dentro de ello, competencia en habilidades parentales de la índoles de maltrato en concepto disciplinar, vulneraciones y derechos asociados en cuanto a negligencia parental o temas culturales, que inciden que las personas devalúen los tratamientos farmacológicos y no se le den a los niños como está indicado y eso también expone a riesgos y los lleva a deserción escolar...” (Trabajador/a Social nº4)

2.-Repertorios teóricos/conceptuales:

Los/as profesionales del área para realizar las intervenciones al nivel de caso, utilizan conocimientos y herramientas adquiridos durante la formación de pre-grado, y por otra parte, ligados a especializaciones realizadas posterior a la formación universitaria.

Las teorías y conceptos adquiridos en pregrado y utilizados en el quehacer profesional son las siguientes: Ciclo vital personal, teoría de Erickson, genogramas y el Pass stress. Así mismo, en el ámbito socio jurídico, podemos encontrar las leyes de menores, ley de violencia intrafamiliar y la comisión internacional de derecho de la infancia.

Esto queda esclarecido en el siguiente relato “...desde el área de salud eso ya ha ido como evolucionando, más se utilizan lo que es la medicina familiar y ahí se puede usar el concepto de ciclo vital familiar, tipos de familia, vinculación, habilidades parentales y esos son los que más se podrían utilizar.” (Trabajador/a Social nº1)

Por otra parte, dentro de los repertorios teóricos adquiridos en especializaciones posteriores se encuentran asociadas los siguientes temas: Importancia de la educación en trabajo social del autor Paulo Freire, competencias parentales y por último, la ley de responsabilidad adolescente.

3.- Metodología:

Los/las profesionales desarrollan la consulta social en la que el sujeto de atención solicita información para realizar diversos trámites como la obtención de credenciales y subsidios de invalidez. Para una intervención más profunda, el/la asistente social realiza la consulta psicosocial que abarca una orientación, entrevista motivacional, derivación, coordinación y

seguimiento del paciente y además diagnóstico social del usuario. Esto se aprecia en el siguiente fragmento: *“siempre está la consulta como social que es una consulta corta que en realidad la persona viene a preguntar algo puntual...”* (Trabajador/a Social nº1)

La visita domiciliaria también es una metodología nombrada por los/las profesionales, en donde éste/a utiliza recursos como el ecomapa y el genograma para conocer las personas que componen el grupo familiar del usuario/a y el entorno social en que se encuentran insertos. Así mismo, se utiliza el Modelo Constructivista en donde la familia o sujeto de atención conoce la problemática y quieren generar cambios, por lo que comprenden la situación en la que viven.

4.- Programas:

Los/as profesionales en este nivel de intervención se apoyan en todos los programas de salud mental, además el borrador “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025”. Esto queda esclarecido en:

“Es el Plan Nacional de Salud Mental. De ahí está el trabajo de nosotros. El plan nacional de salud mental hay un apartado que tiene que ver con infancia y hay una línea que es intersectorialidad. En intersectorialidad estaría todo lo de gestión de redes”. (Trabajador/a Social nº4)

5.- Gestión:

Los/las profesionales que desarrollan trabajo de caso generan gran cantidad de redes institucionales para identificar y coordinar la prestación de servicios para los/as usuarios. Esto se refleja en el siguiente párrafo *“...aquí las mayores gestiones que se realizan son todo lo que tiene que ver con pensión de invalidez, credenciales, traslado de pacientes, derivaciones a los centros de salud...”* (Trabajador/a Social nº1)

Estas redes a las cuales se derivan los/as usuarios/as, son principalmente todos los servicios de salud, dentro de este se encuentran los CESFAM, COSAM, CTR de la región. Otras redes que corresponden al ámbito intersectorial son los tribunales de justicia y tribunales de familia, en donde se encuentran instituciones como PPF, PIE, PAE, OPD y SENAME. Las municipalidades y SERVIU; además se suman a estas redes las instituciones los colegios pertenecientes a la corporación de educación. Por otra parte,

existen algunas instituciones no gubernamentales como son el Hogar de Cristo, centros comunitarios e iglesias. Una vez realizada la gestión de derivación de usuario/a a estas redes, se realiza la gestión de acompañamiento para que exista un mejor seguimiento del caso al ingresar a la red.

Tabla 7 Trabajo Social con Familia

Figura 5 Trabajo Social con Familia

Intervención de Trabajo Social de Familia



1.- Necesidades o problemáticas sociales:

Los/as profesionales abordan temáticas relacionadas con la disfunción familiar representada en violencia, negligencia y falta de habilidades parentales que derivan en medidas de protección. Esto se observa en el siguiente fragmento:

“Los problemas más frecuentes desde lo social son disfunción familiar y dentro de ello, competencia en habilidades parentales de la índoles de maltrato en concepto disciplinar, vulneraciones y derechos asociados en cuanto a negligencia parental...” (Trabajador/a Social n°4).

2.-Repertorios teóricos/conceptuales:

Las teorías y conceptos adquiridos en pregrado y utilizados en el quehacer profesional son las siguientes: Ciclo vital familiar, los tipos de familia, habilidades parentales. Así mismo, en el ámbito socio jurídico, podemos encontrar las leyes de menores, ley de violencia intrafamiliar y la comisión internacional de derecho de la infancia. Postgrado se encuentran teorías y

autores como la educación en trabajo social del autor Paulo Freire, competencias parentales y mediación familiar. De acuerdo a lo anterior, esto se visualiza en el siguiente fragmento:

“Paulo Freire es un gran referente, en relación con el tema de la educación y como uno tiene que hacer la educación, la importancia de la educación en el trabajo social.” (Trabajador/a Social n°1)

“más se utilizan lo que es la medicina familiar y ahí se puede usar el concepto de ciclo vital familiar, tipos de familia, vinculación, habilidades parentales y esos son los que más se podrían utilizar.” (Trabajador/a Social n°1).

3.- Metodología:

Los/as profesionales utilizan herramientas como la terapia familiar, en los cuales se puede encontrar el Modelo Estructural Funcionalista en el cual la familia no tiene problematizada la situación que genera la necesidad, además del Modelo Constructivista en donde la familia o sujeto de atención conoce la problemática y quieren generar cambios, por lo que comprenden la situación en la que viven.

La visita domiciliaria también es una metodología nombrada por los/las profesionales, en donde éste/a utiliza recursos como el ecomapa y el genograma para conocer las personas que componen el grupo familiar del usuario/a y el entorno social en que se encuentran insertos, además de un diagnóstico familiar. Esto se evidencia en el siguiente fragmento:

“El Modelo Estructural Funcionalista, ese para algunos casos más complejos que requieren generar una problematización para llegar a un cambio y el Modelo Constructivista cuando las personas ya tienen desarrollada la primera fase de problematización y ya pueden empezar a generar nuevos discursos, nuevas formas de comprender lo que están viviendo.” (Trabajador/a Social n°4).

4.- Programas:

Los/as profesionales en este nivel de intervención se apoyan en todos los programas de salud mental, además el borrador “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025”. En relación a lo anterior, esto se plasma en el siguiente relato:

“Es el Plan Nacional de Salud Mental. De ahí está el trabajo de nosotros.”
(Trabajador/a Social n°4).

5.- Gestión:

Los/as profesionales que desarrollan trabajo de familia generan gran cantidad de redes institucionales para coordinar una mejor prestación de servicios para los/as usuarios. Estas redes son principalmente todos los servicios de salud, dentro de este se encuentran los CESFAM, COSAM, CTR de la región. Otra redes que corresponden al ámbito intersectorial son los tribunales de justicia y tribunales de familia, en dónde se encuentran instituciones como PPF, PIE, PAE, OPD y SENAME. Las municipalidades y SERVIU; además se suman a estas redes las instituciones los colegios pertenecientes a la corporación de educación. Por otra parte, existen algunas instituciones no gubernamentales como son el Hogar de Cristo, centros comunitarios e iglesias. Esto se refleja en el siguiente relato:

“uno utiliza en salud todas las redes de salud, recurre a todas las redes de salud tanto la Valparaíso- San Antonio y en mi caso particular yo tengo que tener conexión con Viña del Mar-Quillota y San Felipe- Los Andes, porque me toca el traslado de todos pacientes que van a los hospitales en Quilpué, San Martín de Quillota, San Felipe- Los Andes o los COSAM respectivos Concón que se yo, también uno tiene redes por ejemplo el Hogar de Cristo, Rostros Nuevos, todos los CTR, los PPF, tribunales, Tribunales de Justicia y Tribunales de Familia, específicamente Tribunal de Familia, SERVIU, los municipios...” (Trabajador/a Social n°1).

Tabla 8 Trabajo Social con Redes Territoriales

Figura 6 Trabajo Social con Redes Territoriales

Intervención de Trabajo Social de Redes Territoriales



1.- Necesidades o problemáticas sociales:

Los/as profesionales que trabajan en este nivel de intervención, tratan con problemáticas las cuales se pueden dividir en Problemáticas de derivación y Problemáticas de institución a la cual se deriva.

En el primer grupo se pueden encontrar temáticas como: Maltrato, abuso y negligencia, ya que la institución en algunos casos no abordan estas temáticas, por lo que se hace necesaria la derivación a otros programas. Se puede generar el abandono del tratamiento farmacológico, debido a la carencia de recursos, que decanta en una deserción escolar, lo que hace obligatorio trabajar con otras instituciones asociadas a la problemática. Debido a la demanda de instituciones educacionales se realiza contención en crisis a nivel escolar, además, red SENAME solicita ayuda con tratamientos y ajustes farmacológicos. Esto se puede desprender de los siguientes fragmentos:

“Y ahí aparece el tema de redes, hay cosas que nosotros no podemos abordar totalmente, por ejemplo, un chico que presenta una historia de maltrato, negligencia, abuso (...)si vemos que es un tema relevante y no nos compete a nosotros, debemos que derivar y aparece el ¿Dónde derivamos?, etc. O lo mismo pasa con vivienda, o con violencia, o con cesantía, o a veces con cosas más pequeñas también, ocupación del tiempo libre, formas de

relación, actividades culturales” (Trabajador/a Social n°2)

“...la problemática que dio origen a la mesa era que la Corporación municipal para poder ingresarlos al Programa PIE, que es el programa de apoyo de educación especial, necesitaba un profesional neurólogo o psiquiatra conformará el diagnóstico. Entonces, lo que hacía la Corporación era comprar en el sistema privado una consulta y este médico, claro, les hacía el documento les indicaba el fármaco, pero después los papás tenían que mantener eso, pero no era posible porque no tenían los recursos necesarios para pagar una consulta psiquiátrica que carísima. Entonces los niños, estaban en el PIE, pero como estaban sin medicamento, no lograban mantenerse en aula” (Trabajador/a Social n°3)

“Sería asesoría respecto de cómo ayudar a los niños a contenerlos cuando presentan alguna crisis en el medio escolar (...) Desde los proyectos de SENAME, ayuda respecto al tratamiento farmacológico, ajuste farmacológico”(Trabajador/a Social n°4)

Por otra parte, en el segundo grupo, podemos encontrar temáticas tales como la acogida del programa a los individuos y su problemática, que el ingreso sea de manera expedita y no se entrampe en listas de espera. Además se hace necesario la realización del diagnóstico de la red cercana al individuo y establecer si las redes son funcionales en relación a la necesidad de éste. Lo que se visualiza en el siguiente fragmento:

“...hay programas que tienen listas de espera larguísimas (...) Igual nos hemos encontrado con casos en que uno deriva a un programa y que el otro programa no acogió al caso, lo reboto “no mira, no corresponde”, lo mando para otro lado, lo tramitó y un poquito se pierde ahí, y eso pasa, y pasa más de lo que uno quisiera incluso.”(Trabajador/a Social n°2)

2.-Repertorios teóricos/conceptuales:

Las teorías y conceptos adquiridos en pregrado y utilizados en el quehacer profesional son las siguientes: Ciclo Familiar, Teoría de Sistemas y Ecológico, una visión social de Salud Mental, Trabajo Social en Crisis, formación de grupos, habilidades parentales y normas jurídicas. Postgrado se encuentran teorías y autores como la Teoría del Conflicto, especialización en Red de Redes, además de algunas normas técnicas de déficit atencional,

normas de educación y normas de atención primaria. Así también algunas herramientas las cuales consisten en parentalidad positiva, definición clínica de déficit atencional y otros trastornos, fichas de atención a adolescentes y los métodos narrativos. Lo que se puede observar en los siguientes fragmentos:

“...teorías de sistemas, o más amplio, las teorías de la complejidad, dentro de la cual esta sistema, sobre todo con el abordaje o la comprensión de temas de familia, y temas de redes también, yo creo que ahí es muy útil (...)Y el otro tema que a mí me hace mucho sentido, son las teorías más relacionadas con el conflicto,(...) donde ahí aparecen las personas, las familias, los grupos los programas de usos “conflictuado”, entender el conflicto, la tensión como parte de una dinámica que no es ni buena ni mala (...) me está haciendo harto sentido ahora, que tienen que ver con lo narrativo, que ahora la mayoría de los psicólogos están definiéndose con métodos narrativos, que se yo, del transcurso, del contar la historia, etc.”
(Trabajador/a Social n°2)

“Desde lo clínico utilizamos la Norma Técnica de déficit atencional, que era lo que nos convocaba. Desde el trabajo social específico utilizamos todas las teorías de redes y dentro de las estrategias aprendidas en pregrado, fue la formación de grupo.” (Trabajador/a Social n°3)

“...ocupó el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner para comprender la situación o el fenómeno y luego la Red de Redes, esa teoría para poder intervenir de Dabas.” (Trabajador/a Social n°4)

3.- Metodología:

Los/as profesionales no cuentan con metodologías específicas de trabajo, pero se nombra y describe la metodología de Investigación Acción-Participativa, la cual consiste en es un programa anual que se basa en objetivos para abarcar nudos críticos que se abordan en consultorías de salud. Además de basarse en planes estratégicos para la realización de actividades. Lo que se puede desprender de los siguientes fragmentos:

“Mira, por lo que yo hago acá, ocupó como algunas, no sé si llamarlas metodologías, si unas estrategias importantes” (Trabajador/a Social n°2)

“Bueno, lo que utilizamos inicialmente fue investigación-acción participativa para poder sistematizar esta experiencia” (Trabajador/a Social n°3)

“¿Las metodologías de intervención realizadas? A ver, no sé si estará muy bien, pero en gestión de redes lo que ocupamos es... no tengo una metodología específica porque no la hemos encontrado y la estamos desarrollando nosotros” (Trabajador/a Social n°4)

4.- Programas:

Los/as profesionales en este nivel de intervención se apoyan en todos los programas de salud mental, además el borrador “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025” y programas de SENDA. Visualizados en los siguientes fragmentos:

“Esos son como los programas, desde el ministerio el Plan Nacional de Salud Mental, desde SENDA, los protocolos que acompañan los programas, en este caso los programas... protocolos intensivos, que es lo que nosotros hacemos, los grandes referentes.” (Trabajador/a Social n°2)

“...la mesa se enmarca dentro del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica que se ejecuta acá, en el hospital. En la Corporación se enmarca en la línea de Salud Mental infanto-juvenil. Y en la Corporación de Educación se enmarca dentro de Servicio Social del área de educación.” (Trabajador/a Social n°3)

5.- Gestión:

Los/as profesionales que desarrollan trabajo de redes territoriales, realizan gestiones de trabajo tales como derivaciones, seguimiento y monitoreo, además debe identificar y mover recursos dentro de la red, por otra parte se ven temáticas de consultorías tales como análisis y síntesis de casos. Dentro de un ámbito más comunitario de la red, se realizan convocatorias, gestión de expositores y capacitaciones a la comunidad y a las instituciones. Observado en los siguientes fragmentos:

“...en términos como de gestión, es movilizar recursos en la red, identificar recursos en la red y movilizarlos (...) la estrategia de nosotros es que mientras no ingrese en otro programa lo acompañamos desde acá, lo seguimos viendo desde acá” (Trabajador/a Social n°2)

“Primero la convocatoria. Segundo, el análisis de caso, porque cada uno de los componentes de la mesa lleva casos específicos y eso implica un estudio de caso previo a la reunión” (Trabajador/a Social n°3)

“...realización y organización de espacio de capacitación continua e

intersectorial entre ellos. Usamos hartos tiempos en eso. Gestionar también expositores para esas instancias educativas. Hacemos seguimiento y monitoreo a los pacientes que han sido derivados” (Trabajador/a Social n°4)

Las instituciones con las cuales se trabaja en red se pueden dividir en tres grandes grupos, los cuales son:

- Red de salud y salud mental: en esta se encuentran los CESFAM y en relación a psicología infantil, se hace necesaria la vinculación con el equipo de psiquiatría adulto.
- Intersector: en este punto podemos encontrar instituciones relacionadas con: Educación, Trabajo y vivienda. Así mismo, existe relación con tribunales, PIE, SENAME, OPD, PPF, PAE, programas residenciales, centros de reparación y equipos de peritaje los cuales se encuentran en un ámbito más jurídico.
- Instituciones no gubernamentales: donde encontramos las empresas y particulares, iglesias, centros comunitarios y en un ámbito más investigativo la PUCV.

Esto lo podemos observar en los siguientes fragmentos:

“Yo diría, la red de salud, salud mental y la red de adicciones (...) todo lo que es educación, todo lo que es trabajo, lo que es vivienda, y es como una red que está un poquito más afuera, ahí también hay conducto regular, también hay unas mesas de trabajo, de coordinación (...) ONG’s, otros programas, empresas también, en particulares” (Trabajador/a Social n°2)

“Además de salud y educación, está la OPD. Está los PIE de Viña en general, los PPF, los centros de reparación (...) Con tribunales tenemos una bien cercana relación. Con el equipo de psiquiatría adulto, con el equipo de peritaje” (Trabajador/a Social n°3)

“...la PUCV con su área de magíster que ahora también nos está apoyando hartos para sistematizar la experiencia” (Trabajador/a Social n°4)

Al momento de realizar una derivación a cualquiera de las instituciones o programas mencionados anteriormente, se realizan seguimientos en todos los casos, sin especificar tiempo, y se realiza a través de la institución o por el programa que realizó la derivación. Lo cual es mencionado en los siguientes fragmentos:

“Si, hay un protocolo de seguimiento, nosotros tenemos que definir, y es

evaluado, es supervisado por instancias” (Trabajador/a Social n°2)

“Sí, por 6 meses a 1 año. Y se hace a través del hospital o se hace a través del programa de acompañamiento psicosocial de atención primaria” (Trabajador/a Social n°3)

“Sí, siempre. Fase de monitoreo. Cuando yo derivo algo obviamente yo lo dejo marcado o registrado” (Trabajador/a Social n°4)

Análisis de Objetivos Específico

A continuación se presenta una tabla que pretende resumir los principales elementos asociados a cada experiencia profesional sistematizada:

Tabla 9 Resumen de Resultados

Objetivo Específico	Necesidades o Problemáticas Sociales	Repertorios teóricos/conceptuales	Metodología	Programas	Gestión
Experiencias Profesionales					
Intervención de Trabajo Social de Caso	Orientación y entrega de beneficios sociales.	Utilización principalmente de repertorios teóricos de estudio de pregrado, como por ejemplo el Ciclo Vital Personal.	No existe claridad con metodologías utilizadas, se habla de estrategias e instrumentos de	No se basan en programas de salud específico, pero se guían por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	Derivación y coordinación en prestaciones de servicio. En temas de derivación existe un seguimiento de usuarios/as, pero no se determina un tiempo específico de éste.

			recolección de información.	de 2000 – 2010 y el borrador actual del mismo.	
Intervención de Trabajo Social de Familia	Falta de habilidades parentales y vulneración de derechos.	Utilización predominante de teorías de pregrado, donde se encuentra por ejemplo el Ciclo de Vida Familiar.	No existe una metodología específica, se habla de estrategias e instrumentos de recolección de información.	No se basan en programas de salud específico, pero se guían por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 – 2010 y el borrador actual del mismo.	Derivación y coordinación con redes institucionales. En temas de derivación existe un seguimiento de usuarios/as, pero no se determina un tiempo específico de éste.
Intervención de Trabajo Social de Redes Territoriales	Derivación efectiva y acogida de la misma.	Utilización principal de teorías de postgrado y de pregrado la más nombrada en redes es la teoría de sistemas y ecológica.	No existe metodología específica, se habla de estrategias e instrumentos de recolección de información.	Se guían por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 – 2010 y el borrador actual del mismo y programas del SENDA.	Trabajo con redes territoriales, derivación, seguimiento y monitoreo en la red, además de identificación y movilización de recursos. En temas de derivación existe un seguimiento de usuarios/as, pero no se determina un tiempo específico de éste.

Fuente: Elaboración propia

Análisis por Objetivos Específicos

1.- Identificar las necesidades o problemas sociales frecuentes que intervienen los y las trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota

Al abordar el presente objetivo es posible destacar que tal como señala el Marco Referencial, el/a trabajador/a social dentro del equipo multidisciplinario posee como función incorporar los determinantes sociales a los problemáticas de salud mental, generando una continuidad en los cuidados del usuario/a mejorando aportes de recursos, integración y reinserción a la sociedad, por lo tanto, es relevante tener en consideración las solicitudes y demandas de recursos y beneficios que requiere el usuario en relación a sus necesidades y problemas de intervención.

Dentro de la sistematización realizada, las experiencias profesionales más frecuentes del trabajador/a social que se desempeña en salud mental se encuentran intervención de Trabajo Social de Caso, intervención de Trabajo Social de Familia e intervención de Trabajo Social de redes territoriales.

Las necesidades y problemáticas que se intervienen con mayor reiteración dentro de estas experiencias profesionales corresponden a las siguientes:

- **orientación y entrega de beneficios a las/os usuarios**
- **falta de habilidades parentales y vulneración de derechos**
- **derivación efectiva y acogida de la misma.**

En relación a las necesidades y problemáticas que frecuentan la labor del/a trabajador/a social en salud mental, se establece que son exclusivos del quehacer del profesional, siendo éste el encargado/a de llevar a cabo una intervención social en relación a los procesos del usuario/a para generar cambios que desarrollen la capacidad e iniciativa del usuario/a para recuperar sus propias facultades de llevar a cabo sus acciones, emprendiendo actividades, gestiones y orientaciones que sirvan para eliminar las causas de su situación de malestar.

Según lo anterior, estas necesidades y problemáticas están ligadas al quehacer del trabajo social abocado al área de salud mental, entendiendo como salud mental, según la OMS/OPS *“como un estado de bienestar en el*

cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, en donde el/a trabajador/a social en conjunto con el individuo buscan solucionar las problemáticas y necesidades nombradas para que el/la usuario/a lograr un estado de bienestar óptimo y le permite vincularse con el medio.

De acuerdo al concepto de salud mental anteriormente mencionados, se puede entender que las necesidades y problemáticas abordadas en el quehacer diario de trabajo social en salud mental, no son exclusivas de esta área, sino que se desarrolla en todas las áreas del trabajo social y niveles de atención, es decir, que los/as trabajadores/as sociales que trabajan en el área de salud mental, en su mayoría no atienden problemáticas específicas clínicas ligadas a las psicopatologías de los/as usuarios/as, debido a que no existe una especialización en salud mental en general.

2.- Señalar los principales elementos teóricos y/o conceptuales que emplean las y los trabajadores/as sociales al intervenir en Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

El desarrollo de este objetivo de sistematización nos permite señalar que los/as Trabajadores/as sociales en el área de salud mental utilizan diferentes repertorios teóricos para resolver las problemáticas que demandan los individuos para que estos puedan involucrarse y solucionar inquietudes de ellos/as mismos/as y de otros miembros de la sociedad.

Para lograr una mejor atención, los/as profesionales se nutren de diversos elementos teórico-conceptuales para intervenir en los diferentes niveles de atención (caso, familia, grupo y comunidad), entre ellos el que es utilizada de manera más recurrente es **El Modelo Ecológico o de Vida**, el cual nos habla acerca del constante intercambio con elementos externos y la persona, esto es de ambas parte, por lo cual es necesaria una constante adaptación.

Además de la teoría anteriormente nombrada, existen variedades de teorías en el área de las ciencias sociales, que son utilizadas por diferentes

profesionales en diversas áreas de intervención humana, estas son llamadas las Teorías Transdisciplinarias, que también son utilizadas por el trabajo social, la cual corresponde a la **Teoría de Sistemas**. También se puede destacar que una gran cantidad de las teorías y concepto utilizados son aprendidos en pregrado, aunque existe un importante aporte en el nivel de posgrado para el trabajo en el área de salud mental, el cual ayuda a mejorar el nivel de la intervención según la especialización del/la profesional.

De acuerdo a lo obtenido por medio de los instrumentos con fines de sistematización se logró identificar el empleo más frecuentes de los siguientes repertorios teóricos conceptuales son: **Ciclo Vital Personal y Familiar y Teoría de Sistemas y Ecológica**.

Los repertorios teórico conceptuales utilizados en el quehacer profesional de trabajo social en salud mental, están ligados a la definición que plantean La definición de salud mental del Ministerio de Salud de Chile, el cual la define como *“la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas afectivas relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”*. De esta forma, la salud mental es la base fundamental para el bienestar de un individuo, familia, grupo y comunidad. Este concepto es amplio y dinámico, por lo cual se puede adaptar a las diferentes culturas, además, esta definición busca aumentar las facultades psicológicas y afectivas generando vínculos con el medio a través de redes. De esta manera, el individuo vive y ayuda a vivir, involucrándose y resolviendo problemas de otros miembros de la sociedad por medio de la participación en temáticas individuales y sociales.

3.- Definir las metodologías de intervención utilizados por las y los trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Los/as Trabajadores/as sociales en el área de salud mental poseen diversas funciones dependiendo de las problemáticas demandada por los usuarios, por lo que el/la profesional no tiene un quehacer definido, por lo que son los profesionales, debido a la flexibilidad del proceso de intervención, por lo tanto, son los mismos trabajadores sociales los que van determinando sus funciones, debido a la dificultad de tratar diversas temáticas es necesario contar con metodologías, técnicas y modelos de intervención adecuados, aun así **no existe claridad con metodologías utilizadas por los/as profesionales**, más bien se habla de estrategias e instrumentos de recolección de información, tales como la entrevista motivacional, la consulta psicosocial, visita domiciliaria, técnicas de terapia familiar, entre otras.

Sin embargo, existe una línea de acción en la que se basa una de las experiencias profesionales, la cual fue más clara al mencionar una metodología en su institución, la cual se refiere a la **Investigación Acción Participativa**.

Uno de los modelos utilizados para resolver las problemáticas demandados por los/as usuarios/as es el **Modelo de Resolución de Problemas** el cual consiste en focalizar la acción en ayudar a personas a enfrentar y resolver problemas y dificultades a los cuales no encuentran solución por sí solas, y tiene como meta el que estas personas aumenten su competencia consciente en esta tarea. Asimismo, existe **El Modelo Psicoeducativo** en grupo, donde el/la profesional conoce y capacita a otros profesionales del área de salud mental, para la aplicación de este modelo

Según lo obtenido por medio de los instrumentos con fines de sistematización se puede decir que este objetivo específico no se cumplió debido a que los/as profesionales no saben identificar las metodologías que utilizan para realizar intervenciones sociales. Por otra parte, si existen metodologías que deben ser renovadas y actualizadas según las necesidades de los/as usuarios/as.

4.- Indicar los principales programas e instituciones de la política pública referidos en la intervención de las y los trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Los/as Trabajadores/as Sociales en el área de salud mental no cuentan con un programa específico para intervenir, debido a que atienden múltiples problemáticas, por lo cual se adhieren a diferentes programas de la política pública. Sin embargo, su principal medio para intervención es **El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**, tanto el del año 2000-2010, como el borrador actual, en donde se encuentran las siguientes líneas de acción:

- Regulación y Derechos Humanos
- Provisión de Servicios y de Salud Mental
- Financiación
- Monitoreo, Evaluación, Mejora Continua en la Calidad de Investigación
- Recursos Humanos y Formación
- Participación
- Intersectorialidad

Además, para las intervenciones con problemáticas de consumo de alcohol y drogas, los/as profesionales se basan en los diferentes programas del SENDA para su intervención.

Por otra parte, existe un gran desfase entre el plan y la labor que realizan los/as trabajadores/as sociales, ya que, desde hace un tiempo los/as profesionales intervienen en diversos aspectos que el plan recién está contemplando dentro de sus líneas de acción, sin embargo, si se realiza una división por niveles de atención que permite tener una guía para realizar la intervención.

Asimismo, se utiliza como contexto programático el Programa Eco, ya que éste sirve como piloto para la creación de nuevas metodologías de intervención en relaciones con otras instituciones. Este programa consiste en relacionarse con diversas instituciones territoriales en búsqueda de mejorar las intervenciones que se efectúan a nivel infanto-juvenil en tratamientos de salud mental, otorgando apoyo en las diversas problemáticas que pudieran presentarse en relación al sujeto de intervención.

5.- Describir los procesos de gestión efectuados en el marco de la intervención por las y los trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependiente de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.

Los procesos de gestión realizados por los/as Trabajadores/as Sociales en el área de salud mental son una de las actividades que se efectúan con mayor frecuencia dentro del área laboral, ya que implican un contacto directo e indirecto con diversas redes institucionales, *“en relación a la necesidad o problema social que demanda ser intervenido”* (Catañeda, 2014).

Dentro de la gestión del/la profesional, uno de los principales propósitos es producir un impacto determinado en el/la usuario/a a través de la derivación y coordinación en prestaciones de servicio, con redes institucionales y territoriales en dónde pasan por un proceso de monitoreo, además de la identificación y movilización de recursos para responder ante la demanda del/la usuario/a, así como señala la Doctora Castañeda en su definición de intervención social esto consiste en *“el acceso a una gama de recursos y beneficios que serán movilizados en relación a la necesidad o problema social que demanda ser intervenido”* (Catañeda, 2014). Debido a lo anterior el/la profesional mantiene un contacto permanente con las otras instituciones para realizar un seguimiento en el proceso de derivación e intervención de la persona, este proceso de seguimiento no posee un tiempo determinado de monitoreo, ya que dependerá de la institución a la que el/la profesional pertenezca.

En relación a la gestión social existe la llamada alta institucional disciplinaria, la cual consiste en la suspensión del tratamiento al/la usuario/a, reingresado este/a la atención primaria de salud, esto sucede ya que el sujeto de atención no muestra interés a asistir a sus citaciones con los profesionales que lo atienden en su problemática de salud mental.

Por otra parte, se observa que existen diversas redes privadas con la que se vinculan las instituciones del área de salud mental, ya sea por tratamiento y obtención de recursos, o también para la realización de investigaciones en el área como se efectúa en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, la cual se vincula con instituciones para apoyar en este ámbito.

De acuerdo al concepto de intervención social utilizado en el marco referencial está se refiere al *“Manejo especializado de repertorios técnicos y el acceso a una gama de recursos y beneficios que serán movilizados en relación a la necesidad o problema social que demanda ser intervenido. La solicitud por parte del sujeto, desencadena asociadas a criterios y esquemas teóricos, conceptuales, metodológicos, de política pública y de gestión social”*. Esta definición realizada por la Doctora Patricia Castañeda habla acerca de los diversos elementos que componen el quehacer de los/as profesionales, utilizando las distintas herramientas obtenidas en su formación, ofrecidas por la política pública y dentro de su labor profesional, las cuales permiten el mejor manejo de recursos al momento de la intervención en la problemática de salud mental que aqueja al sujeto.

Análisis de Criterios de Inclusión

Las experiencias profesionales fueron seleccionadas con los siguientes criterios de inclusión preestablecidos en el marco metodológico:

- Contar con la participación voluntaria de al menos un representante de la experiencias.
- Adscripción de la unidad o programa, en que se circunscribe la experiencia, a los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar- Quillota.
- Pertenencia de la unidad o programa, en que se circunscribe la experiencia, al nivel secundario o terciario de la red asistencial de salud mental vigente.
- Participación directa y presencial del trabajador/a social en la intervención social en salud mental.
- Abordar una temática directamente ligada a la salud mental, considerando el marco dado por el Plan de Salud Mental y Psiquiatría vigente hasta el 2017, como también por el Plan propuesto en formato borrador para el periodo entre el 2017 al 2025.
- Tener a lo menos dos años de ejecución en el programa o unidad respectiva, contando con una frecuencia semanal o mensual de desarrollo.
- Constituirse en una experiencia de intervención social relevante para el programa o unidad.

Los criterios anteriormente nombrados al realizar la elección de experiencias para sistematizar se cumplieron en su totalidad, debido a que se contaba con el vínculo con el Colectivo de Trabajadores/as Sociales en el Área de Salud Mental, el cual es un conjunto de trabajadores/as sociales que se desempeñan sus labores en salud mental en los servicios de salud Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota, pero sin contar con la participación de Aconcagua lo que dificultó la adherencia a este proyecto de título de profesionales de dichos servicios de salud, por lo cual se decidió eliminarlo de la propuesta inicial.

Asimismo, se escogieron las experiencias profesionales de trabajadores/as sociales participantes de dicho colectivo, ya que contaban con años de experiencia laboral en el área de salud mental a nivel secundario y terciario ya que en su mayoría está compuesto por ellos/as, por lo que la información y conocimientos que se recibiría de ellos/as por medio de los instrumentos con fines de sistematización (entrevista, observación no participante y revisión de documentos) sería más fidedignas y de mayor envergadura para la realización del análisis de intervención social de los/as trabajadores/as sociales en el área.

Igualmente, todos/as los/as profesionales participantes del colectivo conocen la temática a tratar en el proyecto de título, de forma previa, debido a que fue expuesto en el colectivo de trabajadores/as sociales, asimismo, a cada uno de los/as participantes para contar la experiencia profesional se les fue entregado un consentimiento informado donde era explicado su participación y confidencialidad el cual fue firmado de forma voluntaria por cada uno/a de ellos/as.

Finalmente, se establecen dos categorías de perfiles profesionales que se desarrollan dentro de la sistematización. Se desarrolla en una primera instancia la categoría de perfil por nivel o número de usuarios con lo que interviene el/la trabajador/a social; y en segunda instancia la categoría con perfiles más abocados a la intervención directa e indirecta.

Categoría 1: Número de usuarios

- **Profesional que interviene con individuos:** Este/a profesional se desempeña principalmente en el ámbito casuístico en el área de salud mental, interviniendo a usuarios que no cuentan con una red de apoyo por lo cual el/ella se encarga de la formación de la misma, entregar las herramientas para que la persona a intervenir resuelva su problemática de forma independiente. Todos los entrevistados de esta sistematización están dentro de esta categoría.
- **Profesional que interviene con colectivos:** Aquel profesional que ejerce su rol laboral en modalidad de comunitaria; trabajando con colectivos e instituciones que buscan un mismo propósito, resolver las necesidades o problemas de un colectivo o territorio determinado. Dos

de los/as profesionales entrevistados/as se encuentran dentro de este perfil.

Categoría 2: Intervención directa o Indirecta

- **Intervención Directa:** En esta categoría el profesional interviene en los/as usuarios mediante un contacto directo, practicando intervención cara a cara y generando cambios en la situación de los/as sujetos de atención.
- **Intervención Indirecta:** En esta categoría el/la profesional ejerce una atención frente al usuario/a de forma más global. Si bien, genera un cambio en la situación problemática del sujeto de atención, esta proviene de una derivación desde otra institución.

Todos los/as entrevistados intervienen de **forma directa** con los usuarios.

Capítulo V

Conclusiones y Aprendizajes

Presentación

El presente proyecto de título nace ante la preocupación de los/as profesionales trabajadores/as sociales que se desempeñan en el área de salud mental, para conocer las experiencias profesionales que se están llevando a cabo dentro del área. Tras este deseo, las estudiantes toman este desafío como Proyecto de Título, bajo la mirada de la Sistematización de las experiencias profesionales de los/as trabajadores sociales que forman parte del Colectivo de Trabajadores Sociales en el área de Salud Mental de la Quinta Región.

Bajo esta mirada, se establecen criterios de inclusión para realizar entrevistas con fines de sistematización, revisión de documentos y observación no participante a los/as profesionales que se desempeñen en el área de salud mental dentro de los Servicios de Salud Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar- Quillota y que pertenezcan a los niveles secundarios y terciarios.

A continuación se presentarán las conclusiones de la sistematización realizada con la finalidad de mostrar los aprendizajes que se desprenden del proceso.

Conclusiones Metodológicas desde la Sistematización en Trabajo Social en Salud Mental

La metodología utilizada de sistematización puede ser definida según Castañeda como *“un proceso de generación de conocimientos a partir del análisis y reflexión realizada desde la propia práctica social”*, esta metodología fue escogida ya que se hacía necesario conocer el quehacer profesional de los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental para lograr generar y transmitir los conocimientos, además de entender cuáles son las prácticas profesionales reales que se realizan en el área al momento de la intervención con los sujetos de atención, esto por medio de los instrumentos con fines de sistematización.

Se puede decir que las experiencias de los profesionales se encuentran cerradas, ya que no son transmitidas a otros/as profesionales de manera formal, generando un intercambio de conocimientos de forma superficial

debido a que los/las trabajadores/as sociales se encuentran insertos en las temáticas que la institución trabaja dependiendo de su rubro laboral. Desde el Trabajo Social, existe una deuda pendiente, con esta metodología, ya que si se reconoce su utilidad, pero no se le da la relevancia necesaria a nivel de la investigación y evaluación social, por lo cual al realizar la recolección de información muchos de los/as entrevistados/as no tenían mayor conocimiento acerca de esta metodología de generación de conocimientos, por lo que fue necesario efectuar una explicación previa sobre esta para poder aplicar los instrumentos con fines de sistematización.

Por lo cual la *“teoría es hija de la experiencia”*, es decir, no existe sistematización sin experiencias previas, ya que el quehacer profesional requiere un orden para obtener fotografías de las labores que están realizando, de esta manera poder analizar de mejor manera y generar conocimiento por medio de las prácticas.

Es por ello que se reconoce su importancia a través de la descripción de las intervenciones realizadas, de forma que sean comprendidas, interpretadas y comunicadas, para poder transferirlas a otros/as profesionales y también poder realizar mejoras en intervenciones como también ayudar a la formación de futuros profesionales de Trabajo Social.

La sistematización de las experiencias profesionales de los/as trabajadores/as sociales en el área de salud mental, arrojaron como principales resultados:

- **No existe claridad con metodologías utilizadas por los/as profesionales**, más bien se habla de estrategias e instrumentos de recolección de información.
- Las necesidades y problemáticas abordadas en el quehacer diario de trabajo social en salud mental, **no son exclusivas de esta área**, sino que se desarrolla en todas las áreas del trabajo social y niveles de atención.

Conclusiones de los Ejes Temáticos: Intervención Social, Salud Mental e
Intervención de Trabajo Social en Salud Mental

Intervención Social

El concepto de intervención social utilizado en el marco de la presente metodología de sistematización al cual se adscribe este proyecto de título corresponde al de la Doctora Castañeda el cual la define como el “*manejo especializado de repertorios técnicos y el acceso a una gama de recursos y beneficios que serán movilizadas en relación a la necesidad o problema social que demanda ser intervenido. La solicitud por parte del sujeto, desencadena asociadas a criterios y esquemas teóricos, conceptuales, metodológicos, de política pública y de gestión social*”. Esta propuesta permite ir desglosando por medio de los instrumentos de forma operativa los diferentes objetivos específicos planteados para la sistematización realizada, además, los elementos expuestos en esta definición nos permite visualizar los aspectos que interviene el/la trabajador/a social en su quehacer profesional.

Salud Mental

En la sistematización realizada se utilizaron dos conceptos de salud mental los cuales emanan de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, además del Ministerio de Salud de Chile, los que abordan este concepto como las facultades que tiene el propio sujeto de afrontar sus problemáticas y tensiones de la vida para mejorar su bienestar y sus diferentes potencialidades, para poder relacionarse de forma óptima con el medio con el que se relaciona.

Estas definiciones se ven reflejado en el quehacer diario del/la profesional que se desempeña en el área de salud mental, ya que en sus labores intentan solucionar las problemáticas por medio de vincularlas con su medio, utilizando los recursos que ofrece la política pública y por las diversas redes a las que pueden recurrir para la intervención.

Intervención de Trabajo Social en Salud Mental

En lo referente a este eje temático se puede observar que la bibliografía específica para la temática de trabajo social en salud mental es escasa, por lo que se puede evidenciar que los/as profesionales del área no han efectuado un trabajo de sistematizar y comunicar los distintos quehaceres que se realizan en su labor profesional.

La realidad para los trabajadores/as sociales en Chile es que dentro de su formación de pregrado existe escasa preparación para trabajar en el área, teniendo que especializarse en otros países para poder desempeñarse de manera óptima en la temática de salud mental, por lo que al contratar trabajadores/as sociales en el ámbito de salud mental no existe una definición clara del quehacer profesional y de esta manera son los/as profesionales quienes determinan sus funciones en el equipo de trabajo.

Los trabajadores/as sociales son los encargados de la intervención en el área social con los/as usuarios/as que poseen trastornos mentales, con la finalidad de aumentar sus habilidades psicosociales en un ámbito individual, mejorando sus recursos personales, centrando la intervención en el caso/individuo, la familia, el grupo y la comunidad. De esta manera, los/as profesionales de Trabajo Social se han integrado a este campo, ya que poseen su facultad de saber hacer y abordar la complejidad de una manera holística, debido a la dificultad de tratar estas temáticas es necesario contar con metodologías, técnicas y modelos de intervención adecuadas que nos permitan entender de mejor manera las diversas situaciones psicosociales de los/as usuarios/as para de manera holística y para ayudarlo en su proceso de desarrollo social.

Conclusiones Profesionales y Desafíos del Trabajo Social

De acuerdo a la información levantada con los instrumentos con fines de sistematización, se han categorizado los resultados de las experiencias profesionales en dos grandes temáticas: estas son **formación de pregrado y quehacer profesional**.

Formación de Pregrado

Dentro de la formación en pregrado, existe una constante crítica a la malla curricular de la carrera, en dónde se encuentran diversos obstáculos al momento de enfrentar las situaciones profesionales que se abordan en el área de salud mental. Esto se debe a la escasez de horas pedagógicas dedicadas a impartir conocimientos referentes al área. En relación a lo anterior se establecen estas críticas en tres subcategorías: en las cátedras, en las prácticas profesionales y en proyectos de títulos.

- Formación de Pregrado en las Cátedras:

Las experiencias profesionales indican que debe haber un estudio en ramos relacionados con los niveles de intervención específicos de Comunidad y Redes Territoriales, debido a que estos están inmersos en el quehacer profesional de la totalidad de los trabajadores sociales que se desempeñan en el área de salud mental y no son abordados con la profundidad necesaria dentro del pregrado.

Continuando con la crítica a las cátedras de formación de la malla curricular, existe un vacío en cuanto a temáticas de Administración de Recursos Humanos y realización de informes de Peritaje Social; en donde no existe una cátedra específica que enseña a realizar de forma escrita y oral este instrumento de investigación que es aplicado en área de salud mental dentro de la temática judicial.

En cuanto a administración de recursos humanos; el área de salud mental solicita en muchas ocasiones que profesionales se desempeñen en labores de gestión y coordinación, donde este adquiere un rol de líder del equipo interdisciplinario; contando con los conocimientos teóricos pero no con la experiencia práctica necesaria para desarrollarse en este ámbito. Así mismo, ocurre con la aplicación de leyes, las cuales son nombradas y memorizadas; pero la aplicación de éstas no es enseñada para trabajar en el área.

Finalmente, los/as profesionales del área de salud mental indican que no existe una prioridad dentro de las cátedras del pregrado en relación al autocuidado y habilidades blandas; siendo estas necesarias de

sobremanera para todos/as los/as profesionales que ejercen dentro del área de salud mental ya que tratan con usuarios/as con trastornos mentales los cuales generan un desgaste físico y emocional en el/la profesional.

De acuerdo a las habilidades blandas, estas son enseñadas teóricamente y de forma breve y superficial, pero no se llevan a cabo de forma práctica. Estas debieran ser identificadas y entrenadas para un mejor desempeño en del/a profesional en el área.

- Formación de Pregrado en las Prácticas Profesionales:

Según la información recolectada de las experiencias profesionales, se obtuvo que no existía una práctica profesional especializada dentro del área de salud mental en Redes y Observación Participante. La práctica de redes es fundamental en el desarrollo de pregrado, ya que la formación en esta es transversal en todos los niveles de intervención del/a trabajador/a social, además para trabajar en la temática de redes se deben conocer las diversas teorías y formas de utilizar esta.

En relación a la práctica profesional de observación participante, esta es necesaria para el desarrollo del individuo en formación, ya que ayuda a desenvolver y a tratar diferentes situaciones que se pueden presentar en el futuro quehacer profesional.

- Formación de Pregrado en Proyecto de Título:

De acuerdo a la formación de los profesionales durante el período de realización de proyectos de título, se plantea que esta cátedra se prolongue durante un año, sin cursar ramos, ya que al poseer mayor cantidad de horas dedicadas a este proyecto se podrá realizar un trabajo más profundo y completo, otorgando mayor experiencia al momento de presentarse en el contexto laboral.

Quehacer Profesional

Los/as trabajadores sociales en el área de salud mental, se observan diversos elementos de importancia para el desempeño profesional como lo es la formación especializada en diversas temáticas contingentes relacionadas con los sujetos de atención, es por esto que los/as profesionales se ven forzados a estar en constante actualización de materias como migración, género, transgénero y maternidad. Es necesario que el/la profesional del área de salud mental esté preparado para abordar de forma transversal y sin ningún tipo de juicio los distintos contextos de los cuales provienen los/as usuarios/as.

Así mismo, dentro de las experiencias descritas anteriormente, se adquieren conocimientos transversales para todas las áreas en las que se puede desempeñar un/a trabajador/a social, pero que no todos son específicos para la intervención en salud mental, pero sí generan un gran aporte para el quehacer diario en la institución en la cual se desempeñan.

La intervención del trabajador/a social en grupos no presenta una prioridad dentro de sus quehaceres laborales, ya que normalmente son gestores o coordinadores de grupos y no participan en la intervención in situ. Este trabajo se ha visto desplazado por profesionales como psicólogos o terapeutas ocupacionales; ambos se encargan de realizar grupo con usuarios con trastornos mentales ya que éstos cuentan con la especialización para llevar a cabo la temática. El trabajador/a social se encarga de coordinar grupos, de socio educar a sus pares colegas y a otros profesionales que trabajan con el mismo tipo de usuarios/as (profesores, red SENAME).

Bibliografía

Bibliografía

- Alejandro Diaz Mujica, M. P. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión Mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería*, 9 - 16.
- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Ander-Egg, E. (1996). *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Lumen/HVManitas.
- Ander-Egg, E. (1997). *Metodología de la Acción Social*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. Virginia, E.E.U.U.
- Carballeda, A. (2002). *La Intervención en lo Social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Definición.de. (s.f.). *definición.de*. Recuperado el Mayo de 2017, de definicion.de/social/
- Diccionario Actual. (s.f.). *diccionarioactual.com*. Recuperado el Mayo de 2017, de direccionarioactual.com/intervención/
- Diez, E. R. (2005). *Modelos de Intervención en Trabajo Social Comunitario*.
- Hermosilla, M. A. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en Individuo y Familia*. Santiago, Chile: Departamento de Trabajo Social UTEM.
- Isabel Antipan, D. R. (s.f.). *El Trabajo Social en la Salud Mental: ¿Un Trabajo Social Clínico?* Temuco, Chile.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid, España: Madrid: siglo XXI.
- Castañeda, P. (2014). *Propuestas Metodológicas para Trabajo Social e Intervención Social y Sistematización*. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso.
- Ministerio de Salud. (24 de Septiembre de 2015). www.minsal.cl. Recuperado el Mayo de 2017, de www.minsal.cl/medicinas-complementarias/
- Nidia Aylwin Acuña, M. S. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.
- Nidia Aylwin, M. J. (1999). *Un enfoque operativo de la metodología del*

- Trabajo Social. Argentina: Lumen/HVManitas.*
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estrategia de OMS sobre medicina tradicional*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos, estrategias y prácticas*.
- Trullenque, E. G. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuaderno de Trabajo Social*, 333 - 352.
- USM, USMI, UME, HD, UR. (s.f.). *Intervención del/ la Trabajador/a Social en las unidades de apoyo de Salud Mental*.
- Le Boterf, Guy *"Ingeniería de la competencia"* 1ª Edición, Barcelona, 2001
- Madrid, J. C. (3 de Marzo de 2016). *Eldesconcierto.cl*. Recuperado el 26 de Mayo de 2017, de <http://www.eldesconcierto.cl/2016/03/17/plan-nacional-de-salud-mental-criticas-y-alternativas-desde-la-comunidad/>
- Ministerio de Salud Chile. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Unidad de Salud Mental.
- Ministerio de Salud Chile. (2016). *Primer BORRADOR Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Ministerio de Salud Chile.
- Oltremari-Arregui, J. y.-F. (2007). Una experiencia Metodológica para la Sistematización de Proyectos Participativos de Desarrollo Forestal Local en Chile. *Revista Chapingo*, 45-53.
- Frances, F. (s.f.). *personal.ua.es*. Recuperado el 23 de junio de 2017, de *Técnicas de investigación social para trabajo social*: https://personal.ua.es/es/francisco-frances/materiales/tema4/observacin_externa_o_no_participante.html
- Sack y Ramírez, (1996)

Anexos

**Protocolo de Entrevista para Sistematización de las experiencias
 profesionales de los/as trabajadores sociales del área de Salud Mental**

La experiencia profesional comprende un conjunto de conocimientos y técnicas que se utilizan en el puesto de trabajo y que han sido adquiridos primeramente en el pregrado y con el transcurso del tiempo, desde la práctica misma en el desempeño profesional.

Tabla 10 Protocolo de Entrevista

<p>Preguntas Introdutorias</p>	<p>¿Podría decir por favor su cargo profesional, edad, universidad de origen, institución y servicio de salud al cual pertenece?</p> <p>¿Podría decir por favor los años de experiencia que posee en el área de Salud Mental y si ha realizado alguna especialización en el área?</p> <p>¿Podría mencionar cuáles son los profesionales que integran su equipo de trabajo?</p> <p>¿Podría señalar cuál es el perfil general del usuario/a con el cual Ud. Trabaja?</p> <p>Considerando su actual desempeño profesional, ¿podría indicar cuales son a su juicio las experiencia(s) profesional (es) relevante (s) para el ejercicio profesional en el nivel de intervención de caso – familia /</p>
--------------------------------	--

	<p>grupo / comunidad – territorio/ consultorías/ redes?</p> <p>De estas experiencias mencionadas, ¿Cuál cree Ud. que representan mayor aporte del trabajo social para el área de salud mental? ¿Podría definirla brevemente?</p>
<p>Identificar las necesidades o problemas sociales frecuentes que intervienen los y las trabajadores/as sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota.</p>	<p>Dentro de la experiencia profesional nombrada, ¿podría identificar y describir cuáles son los problemas o necesidades sociales más frecuentes demandadas por los (as) usuarios (as)?</p>
<p>Señalar los principales elementos teóricos y/o conceptuales que emplean las y los trabajadores/as sociales al intervenir en Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.</p>	<p>Con respecto a la experiencia profesional nombrada, ¿podría mencionar cuáles son los repertorios teóricos/conceptuales que utiliza al momento de realizar la experiencia? ¿Cuáles de estos fueron adquiridos en su formación de pregrado?</p> <p>¿Podría reconocer cuáles son los repertorios teóricos/conceptuales que más utiliza dentro de la experiencia nombrada?</p>

<p>Definir las metodologías de intervención utilizados por las y los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.</p>	<p>Con respecto a la experiencia profesional nombrada, ¿podría Ud. describir cuáles son las metodologías de intervención utilizadas?</p>
<p>Indicar los principales programas e instituciones de la política pública referidos en la intervención de las y los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependientes de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota.</p>	<p>¿Podría Ud. describir el programa o proyecto social en el que se desarrolla la experiencia profesional descrita?</p>
<p>Describir los procesos de gestión efectuados en el marco de la intervención por las y los trabajadores(as) sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención dependiente de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota</p>	<p>¿Podría reconocer cuales son las gestiones que se realizan con mayor regularidad dentro de la experiencia mencionada?</p> <p>¿Podría Ud. identificar las principales redes (institucionales, organizaciones, comunitarias, otras) con las cuales existe una mayor vinculación con respecto a la experiencia profesional mencionada?</p> <p>En relación a la experiencia nombrada, ¿existe seguimiento de los sujetos derivados a otras instituciones o profesionales?</p>

<p>Pregunta de Cierre</p>	<p>De todo lo conversado, ¿existe alguna temática que no haya sido tratado y desea agregar?</p> <p>¿Desea realizar algún ajuste o sugerencia al tema abordado?</p> <p>Muchas gracias por su participación en la entrevista.</p>
---------------------------	---

Pauta de registro para observación no participante con fines de sistematización

Tabla 11 Ficha Observación No Participante

Observación No Participante		
Trabajador/a Social		
Institución	Cargo	
Fecha	Hora de Inicio	Hora de Término
Participantes		
Descripción Inicio: Desarrollo: Final:		

Pauta para revisión Documental con Fines de Sistematización

Tabla 12 Ficha de Revisión Documental

Revisión Documental	
Trabajador/a Social	
Institución	Lugar
Fecha	
Redes/Participantes	
Objetivo General	
Periodicidad de reunión	
Descripción	
Evidencia	

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN SISTEMATIZACIÓN DE PROYECTO DE TÍTULO

“Sistematización de los ámbitos de intervención social que desarrollan las y los trabajadoras/es sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota”

1. Información sobre el levantamiento de información de sistematización del proyecto de título.

Usted ha sido invitado/a a participar de un proyecto de título que busca sistematizar los ámbitos de intervención social que desarrollan las y los trabajadoras/es sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota, con el resultado de visibilizar las experiencias profesionales de los y las trabajadores/as sociales en el área de salud mental que no se transfieren de forma oficial entre los/as colegas.

La información que usted proporcione en la entrevista en profundidad quedará registrada en una grabación de audio y será sometida a análisis, en total confidencialidad. No será conocida por nadie fuera de las alumnas que integran el equipo de proyecto de título y su profesor/a guía. La entrevista en profundidad será con fines de sistematización, donde el/la profesional describirá las intervenciones diarias que realiza en la institución de salud. Estas intervenciones formarán las experiencias profesionales de acuerdo a los niveles de intervención de Trabajo Social que serán sistematizadas. Además, se utilizará la técnica de observación no participante para levantar información del entorno donde se desarrolla el/la profesional.

La información producida en esta sistematización será mantenida en estricta confidencialidad. Una vez firmado el consentimiento de participación, a cada persona se le asignará un seudónimo (Trabajador/a Social I, Trabajador/a Social II, etc). Sólo si el propio entrevistado/a lo solicita, se mantendrá los datos sin modificar. Al analizar la información se producirá un informe final,

donde se mantendrá igualmente el anonimato de los/as entrevistados/as.

Le estoy invitando a participar de esta sistematización de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse de estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. Lo único que le puedo ofrecer es conocer los avances y resultados de la misma y una copia del documento final. También si usted lo desea y solicita podrá contar con una copia de la entrevista escrita o en audio. Usted no tiene que aceptar participar de esta sistematización y tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja, y a ponerse en contacto con la profesora guía del proyecto de título, sra. Ketty Cazorla Becerra, de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso, en caso que lo considere necesario.

Este documento es una garantía de que usted no corre ningún riesgo, y que su participación en esta sistematización no le significará ningún gasto de dinero, pues los costos de movilización y traslado serán cubiertos por el equipo de proyecto de título. Por lo tanto, no se anticipan riesgos ni beneficios directamente relacionados con esta sistematización.

Muchas gracias por su aporte.

Equipo Proyecto de Título

Contacto 1

Nombre: Nataly Carrasco Alcorta

Teléfono: 9-57643037

Correo Electrónico: natacarrascoa@gmail.com

Contacto 2

Nombre: Claudia Fuentes Martinez

Teléfono: 9-57423821

Correo Electrónico: cvanessa.fm@gmail.com

Contacto 3

Nombre: Susan García Flores

Teléfono: 9-82622532

Correo Electrónico: susanvgf@gmail.com

Profesora Guía Proyecto de Título

Nombre: Sra. Ketty Cazorla Becerra

Docente de planta de la Escuela de Trabajo Social perteneciente a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso.

Dirección: Avenida Colón #2128

Teléfono: 32-2508653

Correo Electrónico: ketty.cazorla@uv.cl

2. Documento del Consentimiento informado

Participante:

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la sistematización de proyecto de título han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: “Sistematización de los ámbitos de intervención social que desarrollan las y los trabajadoras/es sociales de Salud Mental pertenecientes a los niveles secundarios y terciarios de atención de los Servicios de Salud Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota” y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en una entrevista. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma: _____

Ciudad y fecha:

Persona que coordina la aprobación del consentimiento informado:

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la sistematización del proyecto de título a la persona participante, y que ha dado su consentimiento libremente. Le he proporcionado una copia de este documento completo de Consentimiento Informado.

Equipo de sistematización:

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Ciudad y fecha: