



Universidad de Valparaíso.
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.
Escuela de Trabajo Social.



**TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA
EN SALUD MENTAL:
CONTRIBUCIÓN PROFESIONAL AL PROCESO DE
GESTIÓN DE SECTORIZACIÓN Y DERIVACIÓN DE
PACIENTES DEL POLICLINICO DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO DEL SALVADOR.**

*INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO
PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL.*

Institución Patrocinante:
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL SALVADOR

Profesora Guía:
DRA. PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

Coordinadora Institución Patrocinante:
A.S. MARÍA CECILIA TORRES ESCOBAR

Alumnas:
TERESA CISTERNAS ASTUDILLO
MARÍA FERNANDA DÍAZ PÉREZ

VALPARAÍSO, 2012

ÍNDICE TEMÁTICO

Resumen.	5
PRESENTACIÓN GENERAL	7
CAPÍTULO I : CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA.	10
Presentación.	11
1.1.- Contexto Institucional.	12
➤ Antecedentes Históricos Hospital Psiquiátrico del Salvador.	12
➤ Política Institucional.	14
1.2.- Contexto Organizacional.	15
1.3.- Contexto Administrativo.	22
➤ Organigrama General.	23
1.4.- Contexto Profesional: “Trabajo Social en la Institución”	24
➤ Roles y funciones de Trabajo Social en la Institución	24
1.5.- Contexto Territorial.	25
1.6.- Contexto Sujeto de Atención.	28
➤ Atención Abierta.	28
➤ Atención Semi Cerrada.	29
➤ Atención Cerrada.	30
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA.	32
Presentación.	33
2.1.- Eje Temático N° 1: Salud y Salud Mental.	34
➤ Salud.	34
➤ Salud Mental.	40
2.2.- Eje Temático N° 2: Gestión en Salud Mental.	48
2.3.- Eje Temático N° 3: Perfil General de Patologías Psiquiátricas.	67
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.	79
Presentación.	80
3.1.- Sistema de Objetivos.	82
➤ Objetivo N° 1.	82
➤ Objetivo N° 2.	85
➤ Objetivo N° 3.	87
3.2.- Sistemas de Registro.	89

CAPÍTULO IV: DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.	92
4.1.- Elaboración catastro de pacientes susceptibles de ser derivados del Hospital Psiquiátrico del Salvador.	93
A. Construcción de catastro de pacientes susceptibles de ser derivados del Hospital Psiquiátrico del Salvador.	94
Presentación.	95
➤ Registros de reuniones de trabajo para la elaboración de catastro.	96
➤ Registros de actividades de trabajo.	101
B. Resultados de catastro de pacientes susceptibles de ser derivados del Hospital Psiquiátrico del Salvador.	105
➤ Resultados de variables correspondientes al catastro	106
4.2.- Fortalecimiento del equipo de trabajo interno y la red institucional externa de Salud Mental.	114
Presentación.	115
A. Fortalecimiento del equipo de trabajo interno	116
➤ Registro actividad de gestión	118
➤ Registro reuniones de trabajo	120
B. Fortalecimiento de la red Institucional externa de Salud Mental	134
➤ Registro actividad de gestión	136
➤ Registro reuniones de trabajo	139
4.3.- Puntos Críticos	148
Presentación.	149
A. Desde la experiencia de los pacientes	150
➤ Registro actividad de gestión	152
➤ Registro de acompañamiento a pacientes	154
➤ Registro de puntos críticos	161
B. Desde la experiencia de los equipos de Salud Mental de los Hospitales Gustavo Fricke, Quilpué y Quillota	163
➤ Hospital Gustavo Fricke	165
➤ Hospital de Quilpué	167
➤ Hospital San Camilo de Quillota	169
CAPÍTULO V: REFLEXIONES PROFESIONALES.	171

Presentación.	172
➤ Salud, Salud Mental y Perfil General de Patologías Psiquiátricas.	173
➤ Gestión en Salud Mental	176
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	179
Presentación.	180
6.1.- Conclusiones Temáticas	181
➤ Salud y Salud Mental	181
➤ Gestión en Salud Mental	182
➤ Perfil General de Patologías Psiquiátricas	183
6.2.- Conclusiones Metodológicas	184
6.3.- Conclusiones Profesionales	186
Bibliografía General	190
Glosario	194

RESUMEN

Palabras Claves: Trabajo Social – Salud Mental – Gestión Hospitalaria

Una de las principales funciones del Hospital Psiquiátrico del Salvador es la protección y recuperación de la Salud Mental de los pacientes, para esto su gestión ha ido en constante evolución, buscando el mayor bienestar de los usuarios y sus familias. Actualmente, se guía por los lineamientos de la psiquiatría comunitaria, la cual se plasma en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000-2010, creando una nueva propuesta de distribución de trabajo por sectores en el policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador, lo que permitirá trabajar a cada equipo con poblaciones de menor tamaño, mejorando así la calidad de la atención.

Dentro de esta iniciativa, se han manifestado problemáticas relativas a los pacientes que no son considerados dentro de la sectorización, por no pertenecer al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, sino al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y que se resisten a la derivación. Además existe una falencia en la coordinación con la red asistencial del SSVQ.

Bajo este contexto, se formulan los objetivos de trabajo del presente Seminario de Título que corresponden a:

Objetivo N° 1: Elaborar un catastro de pacientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador no pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, susceptibles de derivación al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota; utilizando las variables: N° de ficha, Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, RUN, Edad, Sexo, Estado civil, Previsión, Comuna de origen, Dirección, Teléfono, Fecha de ingreso, Diagnostico(s), Tratamiento(s), Medicamento(s), N° de Hospitalizaciones, Fecha de último control, Tiempo de tratamiento, Servicio de salud al que pertenece, Sector actual de atención.

Objetivo N° 2: Fortalecer el equipo de trabajo interno y la red institucional externa de Salud Mental a fin de optimizar el proceso de derivación de pacientes.

- Interno: Funcionarios de Hospital Psiquiátrico del Salvador
- Externo: Jefaturas de Salud Mental y Asistentes Sociales del área de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Objetivo N° 3: Identificar puntos críticos del proceso de derivación Hospital Psiquiátrico del Salvador - Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, desde la experiencia de los y las pacientes derivados y los equipos de Salud Mental de las siguientes instituciones:

- Hospital Gustavo Fricke
- Hospital de Quilpué
- Hospital de Quillota

Como resultado de los objetivos, se identifican a través de un catastro, los pacientes susceptibles de ser derivados, que no son parte del SSVSA. Se gestiona de manera interna (con funcionarios y profesionales de HDS) cómo llevar a cabo dichas derivaciones y de forma externa (autoridades y profesionales de los diferentes Centros de Salud Mental del SSVQ) se socializa el proceso, por medio de reuniones en que se plantea la derivación y se reciben comentarios, críticas y sugerencias al respecto. Además, se buscan e identifican los puntos críticos surgidos de las gestiones llevadas a cabo con las instituciones de Salud Mental y con pacientes que se encuentran en proceso de traslado, los cuales son plasmados en los resultados obtenidos del desarrollo de la experiencia.

Finalmente se evidencia la falta de conocimiento por parte del HDS del universo de pacientes susceptibles de ser derivados, junto con sus características más relevantes, como tipo de trastornos, periodos de tratamientos y hospitalizaciones, entre otros.

Por otra parte, sale a la luz la carencia de una comunicación eficiente entre el HDS y los Centros de Salud Mental del SSVQ y la falta de manejo de la información del proceso de derivación por parte de profesionales y funcionarios del policlínico.

Se concluye con la identificación de aquellas situaciones que producen desacuerdos por parte de las instituciones que recibirán a los pacientes derivados y éstos.

PRESENTACIÓN

GENERAL

PRESENTACIÓN

El presente Seminario de Título se plantea en el marco de una temática de Gestión Hospitalaria en Salud Mental, que dice relación con el proceso de derivación de pacientes no pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio atendidos en el Policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador, hacia los Centros de Salud Mental correspondientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, pertenecientes a sus domicilios.

El proceso de derivación viene a resolver la situación de un exceso de demanda de atención no cubierta y de una inadecuada distribución de los pacientes de Salud Mental. Lamentablemente, no favorece la condición de los pacientes, quienes en su mayoría se sienten desorientados y perjudicados con dicha decisión del Hospital Psiquiátrico del Salvador, ni tampoco la de los Centros de Salud Mental que deberán recibir a los usuarios que serán referidos desde el policlínico, quienes ven un aumento en la demanda de pacientes en sistemas de salud ya colapsados.

Es por esto que se crea una necesidad desde la institución, específicamente desde el área de Trabajo Social del policlínico de la misma, de cuantificar el número de pacientes susceptibles de ser derivados y posteriormente crear, gestionar y fortalecer redes con los Centros de Salud Mental más importantes del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

En cuanto a la estructura del documento que se presentara a continuación, consta de seis capítulos, que exponen el proceso de Gestión Hospitalaria en Salud Mental realizado por las alumnas seminaristas.

El Primer Capítulo, se denomina **Contextos de la Experiencia**, donde se expone el *Contexto Institucional*, que describe la institución patrocinante del presente Seminario de Título. Luego, en el *Contexto Organizacional*, se identifican los niveles de atención en salud existentes en Chile, considerando la evolución histórica de ésta. El *Contexto Administrativo* da cuenta de la estructura y coordinación del sistema hospitalario al interior de HDS. Posteriormente, el *Contexto Profesional* da a conocer los roles y acciones que desempeñan los profesionales Asistentes Sociales en el HDS. A continuación, a través del *Contexto Territorial*, se hace referencia a la

posición que ocupa el Hospital Psiquiátrico del Salvador en referencia a otros Centros de Salud Mental en el país, en cuanto a población que se atiende y cobertura geográfica. Finalizando este primer Capítulo se describe el *Contexto Sujeto de Atención*, en el que se caracteriza el tipo de pacientes que es atendido en el Hospital del Psiquiátrico del Salvador, tanto en atención abierta como cerrada.

El Segundo Capítulo da cuenta del **Marco de Referencia**, utilizado en Seminario de Título, el cual presenta aspectos teórico – conceptuales que enmarcan el proceso de gestión, asociados a la Salud y Salud Mental, Gestión en Salud Mental y Patologías Psiquiátricas. En el Tercer Capítulo **Marco Metodológico**, la que plantea los objetivos a alcanzar y presenta los referentes metodológicos del proceso en que se enmarca la Gestión Hospitalaria en Salud Mental.

El Cuarto Capítulo, correspondiente al **Desarrollo de la Experiencia**, presenta las acciones desarrolladas y resultados obtenidos en el marco del Seminario de Título. Posteriormente, en el Quinto Capítulo, se plantean las **Reflexiones Profesionales** surgidas del aprendizaje adquirido durante el proceso de elaboración del Seminario de Título. Por último el Sexto Capítulo da conocer las **Conclusiones** planteadas por el equipo seminarista posterior al proceso de análisis, y sugiere el diseño de un producto que fortalezca el proceso de derivación.

CAPÍTULO I

CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

PRESENTACIÓN

El siguiente capítulo, contempla los Contextos Institucional, Organizacional, Administrativo, Sujeto de Atención y Territorial, los que se desglosan de la siguiente manera:

1.1.- Contexto Institucional:

- Antecedentes Históricos Hospital Psiquiátrico del Salvador
- Política Institucional

1.2.- Contexto Organizacional

1.3.- Contexto Administrativo

- Organigrama General
- Roles y funciones de Trabajo Social en la Institución
- Problemáticas sociales más frecuentes

1.4.- Contexto Profesional

- Roles y funciones del Trabajo Social en la Institución

1.5.- Contexto Territorial

1.6.- Contexto Sujeto de Atención

- Atención Abierta
- Atención Semi Cerrada
- Atención Cerrada

1.1.- CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Psiquiátrico del Salvador es uno de los cuatro hospitales que a nivel nacional se encuentran dedicados a la atención psiquiátrica, el cual tiene como características dedicarse exclusivamente a la atención de patologías relacionadas con la Salud Mental, a través de modalidades de atención abierta, semicerrada y cerrada.

Conforme a las reformas de salud, se clasifica como Hospital de Especialidades, en patologías psiquiátricas, con la particularidad de contar con un policlínico adosado, es decir, este hospital no se clasifica según nivel de complejidad.

➤ **Antecedentes Históricos Hospital Psiquiátrico del Salvador**

El Hospital Psiquiátrico del Salvador se fundó como Hospital San Juan de Dios el año 1860, siendo éste un Hospital Asilar Respiratorio-Infecioso, reconocido por su especialización con enfermos de Tuberculosis Terminal y Viruela. Posteriormente, con motivos de la Guerra del Pacífico (1879), es convertido en Hospital de Sangre. Sin embargo, con el avance de la ciencia, y el control de la T.B.C., fue quedando vacío, constituyéndose así en un Hospital Psiquiátrico.

La atención a pacientes psiquiátricos se desarrolla en el Hospital Gustavo Fricke, en 1940 a cargo del Dr. Virgilio Capelli. El equipo compuesto por Psiquiatras, Enfermeras y una Asistente Social, se constituye en 1962 como un grupo de Líderes Comunitarios de Salud Mental, muy visionarios para la época.

La llegada de post-graduados de la Universidad de Chile, permite estructurar definitivamente el servicio de Psiquiatría. En 1970 el Dr. Julio Dittborn, organiza el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso. El aumento sostenido de la población psiquiátrica, motiva a las autoridades de salud a decidir en 1973 su traslado al Hospital Psiquiátrico del Salvador, el cual se convertirá definitivamente en sede de todos los recursos psiquiátricos de Valparaíso, siendo su primer director el Dr. Carlos Molinari Domínguez. En sus primeros años su orientación era básicamente de carácter asilar apuntando a la atención de pacientes crónicos, los cuales pasaban una larga estadía en el hospital.

En los años 90' se crean los llamados Hogares Protegidos a los cuales se enviaban los usuarios crónicos que estaban dados de alta. Esto marca uno de los primeros pasos respecto del plan de desinstitucionalización del HDS como respuesta a la reforma psiquiátrica de la carta de Santiago. Desde el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, propone la transformación de los servicios de rehabilitación al servicio de psiquiatría de mediana estadía, buscando un trabajo de redes, que permitan la reinserción psicosocial del paciente.

En los continuos esfuerzos para modernizar la institución se han creado distintos programas de rehabilitación psiquiátrica-comunitaria, los que grafican el actual énfasis institucional y/o psicosocial, con acento en la reinserción social y familiar de los pacientes.

Actualmente el Hospital Psiquiátrico del Salvador, atiende a pacientes agudos que consultan por patologías psiquiátricas y por consumo de alcohol y drogas, ingresados voluntariamente o por resolución administrativa (resolución del servicio de salud determinada por sus propios familiares) o por orden judicial. Su atención se ubica a nivel terciario, es decir, apunta a la rehabilitación de las secuelas resultantes de algún trastorno mental. Además cuenta con un Policlínico adosado, tres Hospitales Diurnos, una Posta Antialcohólica, además del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria ubicado en la subida El Peral.

-Identificación de la Institución: Hospital Psiquiátrico del Salvador.

-Tipo de Institución: Hospital de especialidades en patologías psiquiátricas.

-Dirección: Carvalho Nº 200, Playa Ancha, Valparaíso

-Fono: (32) 225-3041

-Fax: (32) 221-2160

-Tipo de Atención: Atención Psiquiátrica Integral (Modelo Biopsicosocial de Atención); Preventiva, Curativa y de Rehabilitación.

-Cobertura: El HDS atiende anualmente aproximadamente a unas seis mil personas con problemas de Salud Mental. Las patologías más frecuentes corresponde a: Esquizofrenia, Depresión, Psicosis, Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad, como también personas dependientes de alcohol y drogas.

-Radio de Acción: La institución depende de la dirección del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, comprendiendo la Quinta Región Costa, en la jurisdicción de Valparaíso, San Antonio, Casablanca, y sólo para hospitalizaciones, se considera a pacientes provenientes del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, Aconcagua y Cuarta Región.

-Infraestructura: El Hospital cuenta con Portería, Unidad de Estadística, Contabilidad y Servicios Generales. Las áreas de atención a pacientes, se reparten en seis edificaciones:

1. Unidad de Electroencefalografía (EEG), Policlínico, SOME y Oficina de Dirección.
2. Unidad de Mediana Estadía (UME).
3. Sala de Pacientes Agudos Femeninos (Sala Azócar) y Unidad de Desintoxicación.
4. Sala de Pacientes Agudos Masculinos (Sala Valenzuela)
5. Unidad de Fármaco – dependencia.
6. La unidad más nueva de la institución, recién inaugurada este año, alberga el área de pacientes Infanto Juvenil.

También es posible identificar la OIRS, Farmacia, la Unidad de Cuidados Especiales (UCE), la Posta Dental, la Unidad de Alimentación, el Comedor, Baños para el Personal, la Capilla, la Cancha Deportiva, el Jardín Infantil para hijos de funcionarios y la Cafetería.

➤ **Política Institucional**

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, se rige por las políticas de salud que determina el MINSAL, las cuales están destinadas a favorecer a toda la población de Chile, independiente del estrato social, grupo etario, etc. Contempla entre sus lineamientos, principios integradores dentro de los cuales se destacan la equidad, universalidad, calidad, derechos ciudadanos, participación comunitaria, entre otros.

-Objetivo de la Institución: “Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y logre desenvolverse en su medio familiar y social”.

-Visión: “Ser un establecimiento de mediana y alta complejidad regional, inserto en Una Red de Salud Mental”

-Misión: “Trabajar juntos por la Salud Mental de las personas”

-Valores: “Excelencia, dignidad, servicio y compromiso”

-Promesa: “Dar satisfacción a necesidades de coordinación, capacitación y supervisión de la red y hacernos cargo de los casos clínicos más complejos en forma oportuna y digna.”

-Funciones: Se desarrollan por medio de planes y programas, siendo los más relevantes el Programa de Depresión en atención primaria, secundaria y terciaria; el Programa Unidad Mediana Estadía, el Programa de Transtorno Psiquiátrico Severo y el Programa de Alcohol y Drogas.

1.2.- CONTEXTO ORGANIZACIONAL

El sistema de salud - en su aspecto formal - comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa hospitalaria de enfermos y menesterosos. En complemento, la dimensión informal o comunitaria del sistema de salud es la medicina o atención de salud tradicional. Está estrechamente ligada a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria. El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional.

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. En el transcurso del siglo XX entre 1917 – 1952 emergieron importantes y pioneras medidas tendientes al desarrollo y seguridad social, incluyendo aspectos de salud. El SNS fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzado una importante cobertura del sector asistencial del país.

El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo. Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de

planificación central. Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario. A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. En los años 80, se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

Desde 1990, los gobiernos han asumido una responsabilidad gubernamental que ha consistido principalmente en la administración del sistema de salud heredado, se ha realizado un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector.

El sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fueron estructurados en el período militar, especialmente en lo que se refiere al régimen de prestaciones (ley de salud), la configuración legal-normativa del SNSS, al financiamiento fiscal al sistema público, al modo de administración municipal, a la legislación de ISAPRE y a la aplicación del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales entre otros.

El *sistema de salud* está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de

las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma. Por lo tanto, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El *subsector público* está representado principalmente por *FONASA* - en su aspecto financiero - y por *SNSS* - en su componente de prestación de servicios-. Por otra parte, el subsector privado es principalmente representado por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional.

El Fondo Nacional de Salud es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio. Corresponde igualmente al FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

La organización del SNSS se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el MINSAL y sus organismos dependientes: Servicios de Salud, FONASA, Instituto de Salud Pública y Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

Al *Ministerio de Salud* le corresponde ejercer la función de velar por el desarrollo de la salud nacional y de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de los enfermos.

A nivel de cada Región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (*SEREMI*), responsables de ejercer las mismas funciones que el ministerio en el ámbito de la región.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias

que les compete. Son 26 Servicios con asignación geográfica definida más el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.

La *Red Asistencial* está constituida por un conjunto de establecimientos públicos, municipales de atención primaria de su jurisdicción territorial y aquellos establecimientos privados o institucionales con los cuales se realiza trabajo de cooperación conjunta. Cuenta en todo el país con 197 establecimientos hospitalarios, incluye nueve hospitales delegados, tiene además un total de 376 Consultorios de los cuales 230 son generales urbanos (15 de ellos pertenecen aún al SNSS), 146 son consultorios generales rurales y tiene además 1.102 postas rurales. Debe velar por garantizar la aplicación de la Reforma de Salud, reducir las desigualdades en la situación de salud, implementación del programa GES, fortalecer el Modelo Integral de Salud, centrado en la promoción prevención, resolver los desafíos derivados del envejecimiento y cambios sociales, etc. En las redes de salud es posible identificar tres niveles de atención organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial, éstos son:

Nivel Primario: Se caracteriza por su mínima complejidad y amplia cobertura; realiza atenciones de carácter ambulatorio en:

- Centros de Salud (CES),
- Centros de Salud Familiar (CESFAM),
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF),
- Postas Salud Rurales (PSR)
- SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia).

Estos Centros de Salud son administrados en su mayoría por las municipalidades, quedando algunos pocos bajo la administración del Servicio de Salud correspondiente. Ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud, contando con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado de acuerdo a las prestaciones que se brindan. El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir.

Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. Como estrategia para mejorar la calidad de atención, la atención primaria de salud en nuestro país trabaja bajo el *Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario*, que es un modelo de atención centrado en las personas, su familias y la comunidad, con un equipo de salud de cabecera que brinda atención continua a lo largo de todo el ciclo vital.

Nivel Secundario: La atención es entregada por Hospitales y Consultorios de Especialidad. En caso que una persona haya sido atendida en el nivel primario y el profesional de la salud que lo ha evaluado determina que requiere de una atención de mayor complejidad, ese paciente es derivado a un Hospital o Consultorio de Especialidad. Ningún usuario puede por su propia cuenta solicitar atención a nivel secundario, a menos que haya sido derivado desde el nivel primario o en caso de consulta en las Unidades de Emergencia. Los recursos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario.

Actualmente la atención secundaria del SSVSA cuenta con: cinco Hospitales y tres Consultorios de Especialidad (Consultorio del Adulto, Consultorio de Especialidades Odontológicas y Consultorio Adosado en HCVB).

-*Hospital Carlos van Buren:* Establecimiento de alta complejidad, centro de derivación, con atención médica y de especialidades quirúrgicas, dentro las cuales se cuenta con Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Psiquiatría, entre otras. Es un centro de referencia regional y extra regional para Oncología y Neurocirugía.

-*Hospital Eduardo Pereira:* Establecimiento de alta complejidad, de medicina interna y cirugía general y de especialidad para adultos, en su modalidad electiva, otorgando sus prestaciones tanto en forma ambulatoria como hospitalizada.

-Hospital Claudio Vicuña: Establecimiento de alta complejidad, destinado a la zona costera sur de la región. Este establecimiento resuelve patología quirúrgica, tanto en modalidad de urgencia como electiva, hospitalizado y ambulatorio.

-Hospital San José de Casablanca: Hospital familiar comunitario de baja complejidad, conformado por un consultorio que funciona bajo el Modelo de *Salud Familiar* y atiende el 80% de la población de la comuna. Cuenta con una sección de hospitalización con 6 camas indiferenciadas y un servicio de urgencias con 3 camas de observación que se ha convertido en un lugar estratégico para la atención de víctimas de accidentes -a través del Samu- dada su cercanía a principales rutas de alto flujo vehicular.

-Hospital Psiquiátrico del Salvador: La información de este establecimiento está referida en el contexto N° 1.

Nivel Terciario: se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional.

Al igual que el nivel intermedio, a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios de especialidades de los hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica. El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen también la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia de la población.

Aunque el presente Seminario de Título está desarrollado en una institución perteneciente nivel secundario de atención - el HDS - existe directa vinculación con los distintos consultorios del SSVSA, ya que son éstos los encargados de derivar pacientes hacia el hospital.

En la actualidad, se consideran 15 consultorios, de los cuales 13 pertenecen a la Administración Municipal de Salud, que se rige por el DFL. N° 1/3063, de 1980, el que permitió el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal. El proceso se realizó entre 1981 y 1988, quedando en manos de la administración municipal la mayoría de los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

El proceso de administración municipal se enmarca en la concepción de la descentralización como una de las estrategias para la reforma del sistema público de salud. Cada municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda.

Asimismo, se obligan a desarrollar y mantener un sistema de coordinación expedito para la referencia, derivación y contrareferencia de los beneficiarios enviados por los establecimientos municipales. El financiamiento implica la entrega de aportes financieros suficientes que permitan llevar a cabo las tareas encomendadas.

Existen limitaciones en el financiamiento como la contención de costos, déficit operacional absorbido por las propias municipalidades y dificultades para suplementar el déficit producido. Ello redundará además en una contracción de su oferta de servicios de salud a la población.

1.3.- CONTEXTO ADMINISTRATIVO

La función administrativa está encargada de gestionar la organización y coordinación del sistema hospitalario, a través de un Modelo Integral de Atención a Usuarios, el cual promueve la participación, el ejercicio de los derechos ciudadanos respeto a la diversidad. Sus ejes principales están referidos a gestión pública participativa, acceso de la ciudadanía a información pública oportuna, fortalecimiento de la asociatividad y respeto a la diversidad y a la no discriminación.

Para el desarrollo de los planes de acción mencionados, es necesaria la existencia de recursos, los cuales son de tipo humano y financiero:

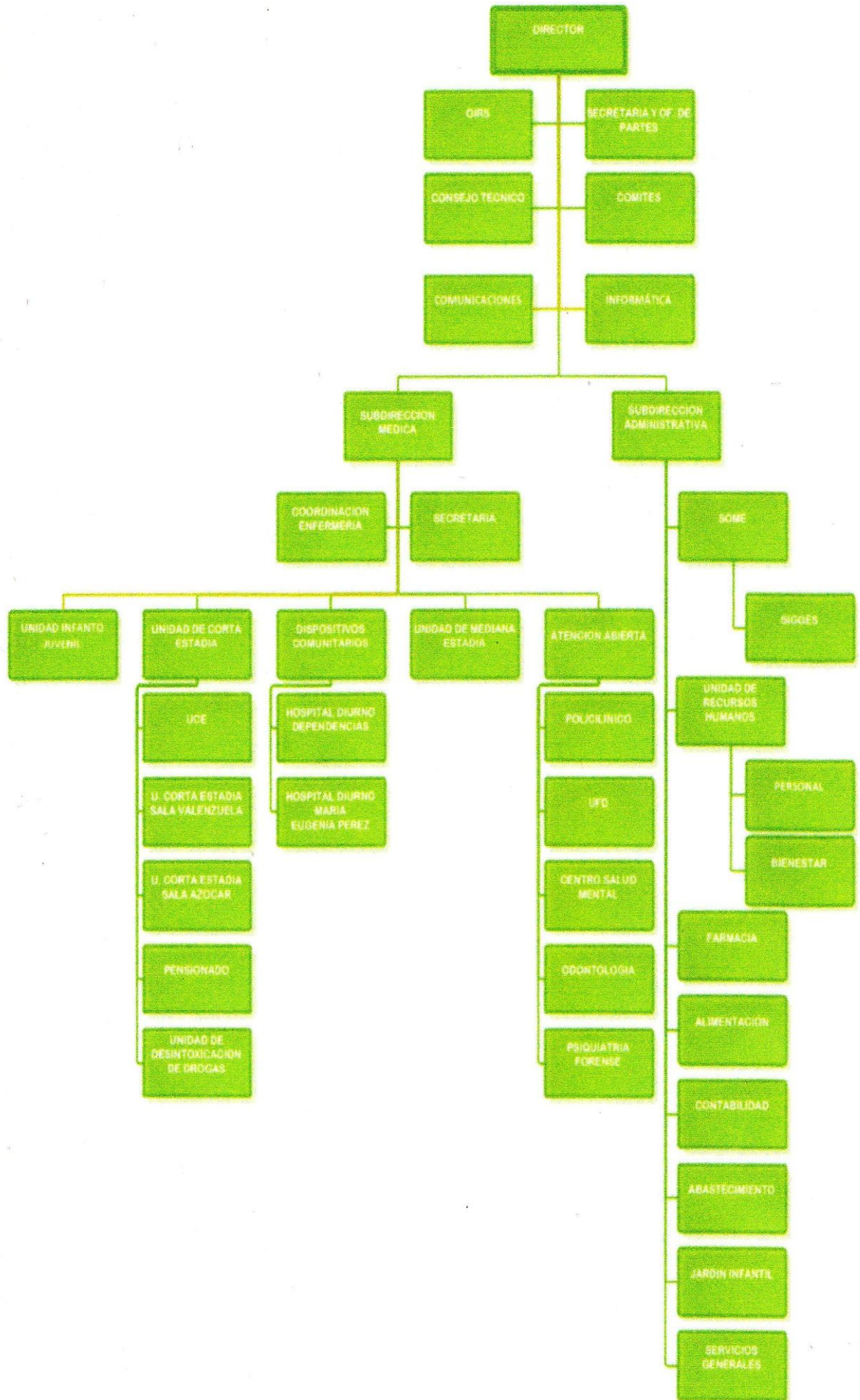
Recursos Humanos

Directivos	3
Profesionales Biopsicosociales	49
Técnicos	58
Administrativos	21
Auxiliares	46
Directivos Ley Médica	2
Dentista	1
Químico Farmacéutico	1

Financieros

El Hospital posee dos fuentes de financiamiento, la primera corresponde a los recursos económicos designados por el *Ministerio de Salud* y la segunda la proporciona el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol asignado a los pacientes que están en tratamiento de drogas.

➤ Organigrama General



1.4.- CONTEXTO PROFESIONAL: “TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN”

El quehacer profesional de Trabajo Social en la institución, es parte de un equipo multidisciplinario. Se plantean acciones tales como lograr la rehabilitación, a través de un proceso educativo destinado a ayudar al paciente a hacer uso de sus capacidades residuales y a la instauración de habilidades sociales y laborales que le permitan reincorporarse a su familia y medio social. Además, realizan labores como:

➤ Roles y funciones de Trabajo Social en la Institución

Dentro de los tres procesos que constituyen el trabajo psiquiátrico -estudio diagnóstico, tratamiento/rehabilitación y seguimiento de los casos- es muy relevante la labor del Trabajador Social, quien desempeña los siguientes roles y funciones en los niveles de caso - familia, grupo y/o comunidad:

- Educador Social no Formal: Orientación e Información a familiares y pacientes en función a los niveles de atención y programas implementados por el hospital.
- Implementador de Políticas Sociales: Articulación de políticas de salud pública y Salud Mental, en base a la aplicación de programas y actividades, facilitando el acceso de pacientes y familiares del Hospital Psiquiátrico a servicios-beneficios destinados a alcanzar su bienestar.
- Investigador: Identifica y organiza la información familiar, principalmente a través de la visita domiciliaria, además de su situación previsional, económica y habitacional.
- Terapéutico: Trabaja en la creación de una conciencia de enfermedad del paciente y de su núcleo familiar más directo, educándolos en el conocimiento, comprensión y tratamiento de la patología, a través de terapias psicoeducativas.
- Coordinador: Sistematiza y deriva a los pacientes y sus familias con instituciones, servicios, organismos y grupos externos con los cuales el HDS se vincula. A nivel interno, la coordinación se realiza en función del trabajo interdisciplinario.

Los Trabajadores Sociales que se desempeñan en las distintas unidades del Hospital se enfrentan a problemáticas similares, siendo las más frecuentes:

- Previsión Social.
- Pensiones Asistenciales.
- Vivienda-Residencia.
- Problemas Laborales.

- Paciente abandonado por su familia o sin familiares presentes.
- Violencia Intrafamiliar y Maltrato.
- Disfunción Familiar.
- Problemas Socio-Económicos.
- Problemas Judiciales.
- Escasa o nula conciencia de enfermedad por parte del Paciente y su Familia.
- Falta de Adherencia al Tratamiento.

1.5.- CONTEXTO TERRITORIAL

El HDS se rige bajo la normativa del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000 - 2010) formulado e implementado por el MINSAL, el cual ha fijado las principales líneas políticas y estratégicas en esta área. Sus principales acciones han sido Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, Organización de Servicios, Colaboración Intersectorial y Financiación.

Los Servicios de Salud Mental del sector público están organizados en una red territorial en cada uno de los 28 Servicios de Salud a lo largo del país. Los principales componentes de estas redes, con el total de dispositivos a nivel nacional en el año 2004, son los siguientes:

- 472 Centros de Atención Primaria de Salud (APS) con Psicólogo
- 38 Centros Comunitarios de Salud Mental
- 58 Unidades de Psiquiatría Ambulatoria
- 40 Hospitales de Día
- 18 Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales
- 25 Centros Diurnos
- 96 Hogares y Residencias Protegidas

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número intermedio de consultas por persona al año, tiempo de espera bajo para primera consulta con psiquiatra, entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas y un mayor porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias.

En Chile, existen en la actualidad cuatro hospitales psiquiátricos, concentrados en las regiones Metropolitana y Quinta, estos son:

- Hospital Sanatorio "El Peral":

Fundado en 1928 como parte de las reformas médico-sociales y previsionales ocurridas en la década de los 20. Su objetivo fue convertirlo en una granja y se le denomina "Open-Door" para reafirmar que en su interior "no había cerrojos" y los enfermos circulaban libremente. A principio de los 90 residían 605 personas en larga estadía, la mayoría haciendo uso de literas dobles, con lo cual las habitaciones eran habitadas por 40 a 50 pacientes. Dado el modelo organizacional imperante, coexistían personas con trastornos psiquiátricos severos, postrados, discapacidad mental, cuadros orgánicos, ancianidad y abandono social, situación que en muchos casos era la razón de permanencia en la institución. El Hospital comenzó a reordenar a la población de larga estadía según sus condiciones conductuales y de autovalencia, por lo que se crea la Unidad de Autovalentes, espacio residencial mixto con 40 plazas donde residen personas con mayor grado de autonomía en larga estadía, muchos de los cuales trabajan fuera del hospital durante el día y regresan al anochecer. Se atiende principalmente residentes de la zona sur de la Región Metropolitana (San Miguel, Lo Espejo, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, San Joaquín, El Bosque, San Bernardo, Buin), zona Sur Oriente (Puente Alto, La Pintana, San Ramón, La Granja, La Florida, Pirque, San José de Maipo), y pacientes de la VI Región, con una cobertura aproximada de 2.700.000 personas y una atención anual de 68.230 pacientes en promedio.

- Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak:

Fue fundado en 1852 como "Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Ángeles", en 1928 es renombrado como "Manicomio Nacional", siendo destruida una gran parte del hospital por un incendio en 1946, en el que fallecieron 13 pacientes. Su nombre actual fue instaurado en 1983, como homenaje póstumo a José Horwitz, quien fuera jefe de servicio clínico y director del hospital. Es un establecimiento hospitalario tipo 2 que otorga atención psiquiátrica de mediana y alta complejidad a los usuarios del Servicio de Salud Metropolitano Norte (de Recoleta, Independencia, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Colina, Lampa y Til-Til), con una cobertura de 1.341.751 habitantes y un número de atenciones a 36.005 pacientes (año 2009).

- Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel:

Se ubica a tres kilómetros de distancia de Putaendo en la Región de Valparaíso. Fue construido en 1940 como Sanatorio destinado al tratamiento de pacientes con afecciones broncopulmonares. En 1968, el Servicio Nacional de Salud determinó que fuera transformado en Sanatorio para enfermos mentales e tipo asilar, para lo cual se trasladó a pacientes psiquiátricos crónicos del Hospital El Peral y el antiguo Hospicio de Santiago. Para solucionar un problema emergente propio del envejecimiento de los pacientes, se crea un Servicio clínico de Psicogeriatría, con 50 camas y una implementación técnica y de infraestructura especial. También se crea un Servicio de Urgencia Psiquiátrica que soluciona los problemas de atención inmediata en los casos críticos que presenta la población comprendida entre la III y la V Región y cuyos dispositivos de salud existentes en la zona no son capaces de solucionar. Como consecuencia de un proceso de externalización, el establecimiento decide reconvertir camas del Servicio de Larga Estadía en Unidad de Mediana Estadía y Unidades de Psiquiatría Forense, acogiendo la necesidad país de resolver la problemática de los pacientes psiquiátricos en conflicto con la justicia, planteamiento que fue aceptado y avalado financieramente por el MINSAL. Actualmente, ofrece atención a una población de 131.400 personas, pertenecientes al Servicio de Salud Aconcagua, siendo pacientes activos del Hospital 17.950 pacientes anuales.

- Hospital Psiquiátrico del Salvador:

Su reseña está detallada en el contexto N° 1, pero es importante señalar que en la actualidad, atiende pacientes de los SSVSA y SSVQ, correspondientes a las provincias de Valparaíso, Marga Marga, Quillota, Petorca y San Antonio, lo que significa una población de 1.122.524 personas, de las cuales, anualmente se presta atención a 57.540 en promedio. En los primeros 5 años de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, aumentó la capacidad de atención, lo cual queda demostrado con los siguientes índices:

- 89% de los centros APS tienen guías clínicas para tratamiento en Salud Mental.
- 84% tienen medicamentos psicotrópicos básicos.
- 90% tienen Psicólogos.

- 82% reciben consultorías de Salud Mental con profesionales del nivel secundario.
- 68% solicitan interconsulta al nivel secundario de Salud Mental al mes.

1.6.- CONTEXTO SUJETO DE ATENCIÓN

➤ Atención Abierta

Este tipo de atención se caracteriza por desarrollarse de forma ambulatoria, esto quiere decir que los usuarios que acuden a la institución lo hacen derivado a través de una interconsulta de Centros de Salud, en la medida que necesiten atención psiquiátrica, pero que no requieren hospitalización. El equipo de trabajo encargado de ésta área la componen: Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros, Auxiliares Paramédicos. Dentro de las labores realizadas por el área de atención abierta podemos distinguir la siguiente entrega de servicios:

Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria:

Este centro de salud tiene a su cargo el cuidado de pacientes con patología psiquiátrica severa. El tipo de atención que ofrece es de atención secundaria y terciaria, la cual implica tratamiento y hospitalización, respectivamente.

Policlínico:

Este servicio es una instancia de atención de nivel secundario, por lo que se trata de un centro especializado en Salud Mental. La población a quien se dirige la atención son pacientes derivados por interconsultas provenientes de otros hospitales de la región o por consultorios, otra alternativa es que aparezcan por emergencias, las que son atendidas por un sistema de atención que si bien no alcanza a constituir una instancia de emergencia propiamente tal, contiene y diagnostica a pacientes que asisten de forma urgente para su posterior derivación a la unidad que corresponda.

Hospital Diurno para Dependientes de Alcohol:

Los tratamientos que aquí se llevan a cabo tienen un carácter multidisciplinario. La misión de esta unidad es entregar tratamiento y rehabilitación

a pacientes bebedores problemas con consumo perjudicial o dependientes del alcohol. Esta modalidad es de carácter ambulatorio, en donde los pacientes asisten de lunes a viernes de 9.00 a 16.00 horas. En la actualidad el número de asistentes es de 20 pacientes.

Hogares Protegidos

El Hospital Psiquiátrico del Salvador cuenta con nueve Hogares Protegidos, conformados por un equipo multidisciplinario, tales como: Asistentes Sociales, Terapeuta Ocupacional, Enfermera, Neurológico Postrado, Residencia Protegida, con total de cobertura 85 Usuarios, en la actualidad.

➤ **Atención Semicerrada**

Hospital de Día para Dependencias (H.D.D):

La atención está dirigida a personas que presentan problemas de adicción a estupefacientes los cuales optan por participar en un programa de ocho meses de duración. Consiste en entrega de apoyo desde diversas dimensiones tales como: psicoterapia grupal, individual, diversos talleres, apoyo familiar, entre otros.

Esta modalidad de tratamiento incluye actividades para los pacientes y sus familias de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas, su objetivo final ideal es el de la recuperación personal y social de la persona con problemas asociados al consumo de drogas. Para este fin se divide en dos programas intensivos:

Programa Ambulatorio Intensivo para Personas con Consumo Problemático de Drogas:

Tiene como objetivo intervenir sobre los factores de riesgo de consumo a través de un trabajo terapéutico multiestamental, que permita facilitar la abstinencia y el proceso de cambio; y apoyar multidisciplinariamente la reestructuración de estilos de vida saludables para construir un proyecto de vida normalizado y/o adaptativo.

Programa Ambulatorio Intensivo para Patología Dual:

Busca apoyar en la estabilización del cuadro psiquiátrico y en la detención del consumo, con el fin de favorecer el proceso de rehabilitación.

Hospital Diurno para Pacientes Con Trastornos Psiquiátricos Severos:

Esta unidad otorga tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial a pacientes con diagnóstico de psicosis (esquizofrenia) a través de la realización de un programa, que incluye actividades tanto para los pacientes como para sus familiares. De lunes a viernes de 9:00 a 16:30 horas, junto con ello se entrega un tratamiento, a través de una modalidad ambulatoria, para facilitar la recuperación de las habilidades sociales, instrumentales, cognitivas y afectivas; con el objetivo de reconstruir el vínculo social y desarrollar la capacidad de desenvolverse efectivamente en el medio extra-hospitalario.

➤ **Atención Cerrada**

Orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente. Perteneciendo a esta área:

Unidad de Mediana Estadía (U.M.E.):

En esta unidad se acogen a aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos graves, refractarios al tratamiento y que muchas veces conjugan su patología con otros trastornos como autismo, retardo mental, retraso psicomotor, entre otros. Se trata de pacientes de larga evolución, crónicos, y que por lo general presentan un gran deterioro en las distintas áreas de su desarrollo, tanto por las características de su enfermedad como por el proceso de institucionalización que les ha tocado vivir. La idea es que estos pacientes vayan recibiendo un tratamiento terapéutico adecuado, orientado a facilitarles su inserción dentro de un hogar protegido y/o eventualmente en otros centros diurnos.

Unidad Clínica para Agudos:

En esta área se encuentran: la U.C.E, Sala Azocar y la Sala Valenzuela, las vías de ingreso a cualquiera de estas tres unidades puede ser voluntaria o por resolución administrativa o judicial. La población objetiva en agudos es un grupo bastante heterogéneo que contempla trastornos psiquiátricos y pacientes con dependencia a drogas y alcohol. Es importante señalar que dentro de una visión más integral,

además del diagnóstico y tratamiento del paciente se busca incorporar al mismo a redes de apoyo que contribuyan a formar parte del tratamiento.

Unidad de Cuidados Especiales (U.C.E.)

Esta unidad presenta una atención rigurosa, dada las características de los pacientes que allí se atienden. Aquí se encuentra a los pacientes con descompensaciones más graves, por lo que deben estar constantemente vigilados, ya que se asume que podrían constituir un riesgo real tanto para sí mismos, como para quienes los rodean. Una vez que sus síntomas son neutralizados pasan a la sala de agudos que les corresponda o son dados de alta con sus familias.

Sala Valenzuela:

Constituida por pacientes masculinos, su propósito es dar asistencia psiquiátrica de alta complejidad, bajo régimen de internación y por un plazo promedio aproximado de 30 días, a pacientes con trastornos mentales agudos y crónicos descompensados, que se encuentran en riesgo para ellos mismos y/o para los demás, con el propósito de que logren compensarse e integrarse en su medio habitual o, sean derivados a otros dispositivos de la red de salud. En la gran mayoría de los casos estos pacientes vienen derivados de la U.C.E., siendo el nivel de rotación de los usuarios alto y permanente.

Sala Azúcar:

Es homóloga a la sala Valenzuela, destinada exclusivamente a mujeres. Se trabaja en base a un equipo interdisciplinario para dilucidar el diagnóstico clínico de cada paciente y conocer su contexto social y familiar. En esta sala, al igual que la sala Valenzuela, los pacientes permanecen el menor tiempo posible, alrededor de 30 días, con la finalidad de compensarlos y evaluar su alta o derivación a hogares protegidos.

Unidad de Desintoxicación (U.D.D.)

En esta unidad están internadas las personas que presentan serios problemas de adicción al alcohol y/o a las drogas y que requieren de un proceso de desintoxicación intensivo. Los pacientes son de sexo femenino y masculino.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

PRESENTACIÓN

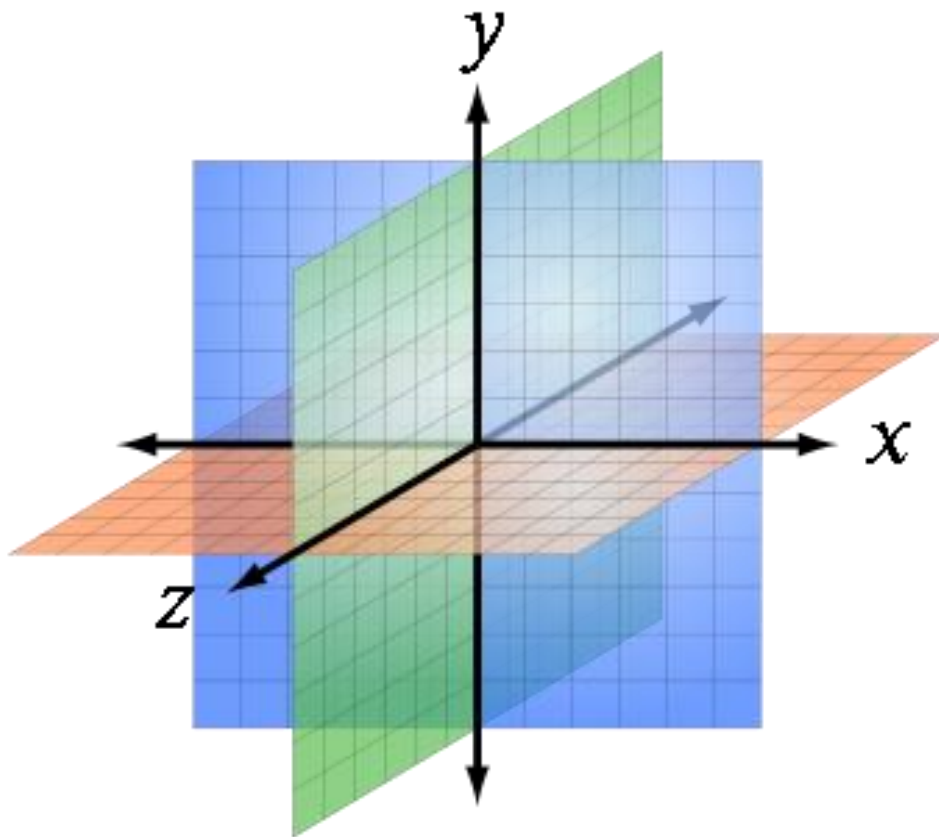
En el presente capítulo, se revisarán las temáticas a abordar en el marco de referencia, para comprender el contexto en el que se desarrolla el Seminario de Título

2.1.- Eje Temático N° 1: Salud y Salud Mental

- Salud
- Salud Mental

2.2.- Eje Temático N° 2: Gestión en Salud Mental

2.3.- Eje Temático N° 3: Perfil General de Patologías Psiquiátricas.



2.1.- EJE TEMÁTICO N° 1: SALUD Y SALUD MENTAL

➤ SALUD

Los rápidos cambios sociales resultantes de la revolución científico-técnica y del vertiginoso desarrollo económico social en el presente siglo, han traído efectos importantes sobre las estructuras de las comunidades, el funcionamiento familiar, el bienestar psicológico de las personas, el cuadro de salud mundial y sobre todo, ha producido un cambio total en la concepción de la medicina, la cual se extiende de lo individual a lo colectivo, de las ciencias biológicas a las sociales y del individuo a la familia y a la comunidad, creándose así las condiciones para que cada vez más se vaya de la medicina de la enfermedad a la medicina de la salud.

Como un valor muy apreciado por la humanidad a lo largo de todo su desarrollo, la salud y como contrapartida la enfermedad, han sido objeto de preocupación y de estudio desde la antigüedad, abordándose el problema desde concepciones muy diferentes en función del momento histórico y del desarrollo de los conocimientos en esa etapa determinada.

En la actualidad, las ciencias médicas, ante la imposibilidad de explicar muchos problemas relativos a la determinación del proceso salud-enfermedad, han dado paso a otras ciencias para el análisis e interpretación del mismo, como expresión de su integralidad biológica, psicológica y social.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Actualmente, dicho concepto se ha perfeccionado, hasta definir la salud como una *“situación armónica de equilibrio dinámico (pues se modifica constantemente sin caer en el desequilibrio), e inestable (se suceden situaciones placenteras y displacenteras en las distintas áreas, que cambian aún en un mismo día) de las esferas física, mental, espiritual y social del ser humano. Quien posee y conserva ese equilibrio es un individuo sano, el que lo pierde, (hallándose en situación disarmonica con su físico, su psiquis o su medio social) es un enfermo.”*

A partir de esta definición han surgido nuevas concepciones de este proceso, asumiendo una multideterminación en su origen, factores económicos, políticos,

sociales, culturales, biológicos, de servicios de salud, del entorno. Hoy impera una nueva visión, es un entendimiento de la salud bajo la perspectiva de la vida y es este un redimensionamiento del concepto salud-enfermedad

Entre ellas, la Declaración de Alma – Ata (1978), en la Conferencia Mundial sobre APS, donde se afirma que la salud es el *“completo estado de bienestar, físico, mental y social del individuo, la familia y de la sociedad en su conjunto”*.

Así, se agregan los conceptos de reconocimiento de la salud como un derecho humano básico y componente esencial de la calidad de vida, crecimiento y desarrollo de un país. Se plantea que *“la salud es una realidad y proceso social complejo y un accionar político dentro del cual hay que tomar decisiones de Estado, capaces de comprometer a todos los sectores”*.

(David Tejada de Rivero, Alma – Ata, 1978)

Por su parte, Milton Terris (1915–2002) médico especialista en salud pública y epidemiología estadounidense, indica que *“debería eliminarse la palabra completo bienestar ya que la salud como la enfermedad no es absoluta, ya que hay distintos grados de salud. Además, establece que “la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo, que corresponde al bienestar (sentirse bien en diferentes grados) y otro objetivo, referido a la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados)”* Así, Terris define la salud como *“estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad”*.

Según Alberto Vasco, *“el concepto salud; es mucho más amplio y general que el concepto enfermedad, que si bien puede no estar bien definido, se refiere a aspectos más específicos y ya no relacionados a un perfecto bienestar físico, sino a una “anormalidad” concreta con respecto a indicadores biológicos y/o sintomáticos más o menos precisos. Otra forma de concepción se ubica en la perspectiva vida–muerte, lo que significa que, en realidad la enfermedad, en este contexto aparece como parte de la vida y no como el contrario de lo sano, por lo tanto, los avances hechos en el estudio de las enfermedades llamadas crónicas, es decir, que acompañan prolongadamente la vida del individuo, muestra que no puede entenderse este tipo de situaciones, sin un gran conocimiento de los elementos*

determinantes de la vida de los pacientes, lo que obliga a una actitud diferente hacia la enfermedad, ya no como un simple error que hay que corregir, sino como la materialización de una vida, que es necesario mantener y desarrollar como esa vida y no limitarse a la recuperación de un nivel perdido, sobre todo cuando en los intentos por recuperar ese nivel X queda comprometida esa vida. Aunque existen decenas de definiciones sobre el concepto de salud, la mayoría de ellas coincide en que este proceso es finalmente una manifestación de la capacidad de adaptación del hombre a su ambiente”.

(Alberto Vasco, Colombia, 1979)

Para Canguillhem, la salud *“es un margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio, un conjunto de seguridades y aseguramientos, seguridades en el presente y aseguramientos en el futuro”* Para complementar lo anterior, Tambellini y Arouca afirman que *“si la salud es un modo de andar por la vida, entonces la enfermedad es un modo estrecho de andar por ella”.*

Es entonces, *“un proceso de adaptación, como respuesta a unas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político, con lo cual la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida, y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma como se ha vivido. Este proceso es abanderado por los ecólogos humanos, para quienes la salud y la enfermedad no constituyen dos simples estados opuestos, sino que obedece a diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que interactúa, y los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario, produciendo la inadaptación de cuya consecuencia surge el proceso patológico”.*

(Alba Lucía Vélez, Colombia, 2007)

Desde un punto de vista *dinámico*, se define a la salud como el logro del bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven el individuo y la colectividad. El concepto de salud / enfermedad, es construido socialmente, en forma colectiva e individual, determinado en gran medida por las diferencias culturales. Por ello es un concepto evolutivo *dinámico* y no es el mismo para toda la humanidad. La salud es producto

de complejas interpretaciones entre procesos biológicos, culturales y económicos que se dan en la sociedad, también es resultado del nivel y formas de desarrollo de una sociedad y por otro lado, es condición esencial para la mejora de las condiciones y calidad de vida.

“La acción médica, que ha cambiado a lo largo de la historia, en lo últimos tiempos se potencia con los esfuerzos sistemáticos de prevención de enfermedades, fomento de la salud y adecuada organización de la atención. Junto con el alivio del enfermo, se aprecia un sentido colectivo y se transforma a la medicina en una ciencia social, estudiando al hombre, sus relaciones con el medio y con sus semejantes.

Ni la producción de enfermedad ni su evolución terminan con el diagnóstico y tratamiento, ya que la multicausalidad, surge como evidencia de la dependencia del individuo con el medio que lo rodea y la comunidad de la que forma parte”

(Cátedra de Salud Pública, Esc. Trabajo Social U.V. 2008)

Teniendo en cuenta lo planteado, es que actualmente los diversos profesionales del área de la salud, han implementado *el Modelo Biopsicosocial*, presentado por Engel en 1977, el que reconoce la importancia de los factores sociales, culturales y psicológicos en la determinación de la salud. El reconocimiento de diferentes niveles en el proceso salud-enfermedad (biológico, psicológico y social) implica la necesidad de utilizar un enfoque diferente para la organización de los servicios de cuidado de la salud de la población: el enfoque es el intento de encontrar una alternativa al fracaso del modelo médico tradicional, ya que reconceptualiza las enfermedades desde otra perspectiva, teniendo en cuenta el origen multicausal, para así establecer diversos niveles y procedimientos de intervención, dirigidos hacia la misma meta final: el control de la enfermedad; por lo que se utiliza un enfoque familiar, centrado en la atención abierta y con participación de la comunidad. Este modelo de salud, requiere de una relación directa con usuarios, familia y comunidad para fomentar una forma de participación activa en la gestión.

Así mismo, en Canadá el ex Ministro de Salud, Mark Lalonde, plantea en el año 1982 que los estilos de vida insanos y los factores conductuales, son elementos determinantes del estado de salud de la población, por lo que las ciencias sociales

han contribuido a intervenir en el proceso salud-enfermedad y a una concepción integradora, aportando al éxito de la salud pública. Dicho modelo se caracteriza por considerar la salud y enfermedad como un continuo, en que sus barreras no son tan claras, siendo la salud un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales familiares y ambientales.

Se pasa, por lo tanto, de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente, en que el diagnóstico incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y psicosociales, debiendo ser contextualizada y tomando en cuenta la familia, la red social, la relación profesional-paciente y la relación con el sistema de salud, la enfermedad, entonces se inserta en el acontecer de la vida. Dentro de este modelo, se pueden distinguir:

- La relación médico paciente: el médico participa junto con el paciente en la definición del problema, tiene en cuenta a la familia y piensa la relación en términos triangulares (profesional, paciente, familia). Le permite tener una perspectiva más amplia de la vida del paciente e incluso a veces, ayuda a mejorar la relación de éste con su familia.

- El profesional como facilitador: como el concepto de salud abarca mucho más que la ausencia de enfermedades, el rol del profesional se amplía cuando su tarea también implica la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias; educa, facilitando que las personas asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y conservación de su salud.

La transición de un Modelo Biomédico a uno Biopsicosocial no es una cuestión legislativa, no es solo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados; es un proceso gradual de cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva, que sistemáticamente incluya al observador y lo que es observado. Este desafío implica múltiples niveles de cambio en la medicina.

Por otra parte, algunos profesionales se aferran a utilizar el Modelo Biomédico, el que representó sin dudas, un paso de avance en el desarrollo de las

ciencias médicas, ya que propició uno de los logros más relevantes obtenidos en la salud pública de muchos países en la primera mitad del siglo XX: el control de las enfermedades infecto-contagiosas. Este enfoque es unilateral ya que ignora la acción de lo social y la vulgariza, subestimando el papel de lo biológico y la tendencia ecléctica, poniendo en un nivel superior el área biológica. Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica. Con este modelo se creó una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades.

Desde esta orientación, básicamente patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad y se basa en una concepción en que la enfermedad suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre profesional y paciente; es curativo; la competencia o éxito de un profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas; es objetivo, esto supone que el profesional deja por fuera de la interacción con los pacientes su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso, al igual que su paciente; así también tiene incorporado que la tarea curativa se divide: los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los psiquiatras y psicólogos se ocupan de lo mental y psicológico y se establecen barreras disciplinarias, en cuanto a las distintas especialidades.

Es necesario dejar en claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud; pero este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales, o éstas se tratan de reducir a variables estrictamente biológicas; de ahí que éstas estén relacionadas con sus problemas metodológicos fundamentales y con la interpretación de los problemas concretos de la práctica médica.

➤ SALUD MENTAL

La Salud Mental se define 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, 2011)

Es un componente de la salud, que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo. Una mente sana, permite hacer frente a los desafíos de la vida, trabajar productivamente y aportar una contribución positiva a la propia comunidad. Aun considerando las importantes mejoras que se han producido en la salud, en la mayoría de los países, los problemas mentales, constituyen una de las principales causas de discapacidad en la actualidad. Es así que casi 450 millones de personas padecen patologías psiquiátricas y del comportamiento. Los problemas de Salud Mental constituyen cinco de las diez causas principales de invalidez a escala mundial, lo que representa el 12% de la carga total de morbilidad mundial.

El estigma que pesa sobre los trastornos mentales y la discriminación de los enfermos y sus familiares hacen que las personas no soliciten atención de Salud Mental. En Sudáfrica, un estudio del Gobierno mostró que la mayoría de la gente pensaba que las enfermedades mentales estaban relacionadas con el estrés o con la falta de fuerza de voluntad más que con trastornos médicos. Contrariamente a lo que se podría pensar, los niveles de estigma son mayores en las zonas urbanas y entre las personas con un nivel de educación más alto.

Por otra parte, las denuncias de violaciones de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos en la mayoría de los países son frecuentes. Esas violaciones incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad. Pocos países cuentan con un marco legal que proteja debidamente los derechos de las personas con trastornos mentales.

Existen grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos humanos para la atención de Salud Mental en el mundo. La escasez de Psiquiatras, Enfermeras, Psicólogos y Trabajadores Sociales son algunos de los principales

obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 Psiquiatras y 0,42 Enfermeras por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor. Para que aumente la disponibilidad de servicios de Salud Mental, hay que superar cinco obstáculos: la no inclusión de la atención de Salud Mental en los programas de salud pública y las consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de Salud Mental; la falta de integración de la Salud Mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de Salud Mental y la falta de iniciativa en el terreno de la Salud Mental pública.

Los gobiernos y los grupos de agentes de Salud Mental, los enfermos mentales y sus familiares tienen que trabajar de consuno para que aumenten los servicios de Salud Mental, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios. Los recursos financieros que se necesitan son relativamente modestos: US\$ 2 por persona y año en los países de ingresos bajos y US\$ 3 a 4, en los de ingresos medios.

(OMS, 2011)

Si bien estas patologías afectan a personas de todos los grupos de la sociedad en todos los países, los pobres tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados, resultan afectados de forma desproporcionada por dichas patologías. Este aumento de las patologías psiquiátricas, es explicado en parte por el cambio en el perfil epidemiológico, que ocurre tanto por la mayor sobrevivencia de la población, como por el descenso sostenido en la morbilidad asociada a causas evitables. Lo anterior condiciona que grupos nuevos y más numerosos alcancen niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas. Así también, existen importantes situaciones sociales que están influenciando en este aumento: la urbanización no regulada ni acompañada de medidas de resguardo de la calidad de vida, las migraciones no planificadas que tienden a conformar situaciones de desarraigo de las redes, la existencia de un modelo de modernización social y económico, que incentiva el desarrollo de conductas riesgosas para la Salud Mental, como el consumismo, la competitividad, el aislamiento social y la reducción de las redes sociales de apoyo; otro elemento influyente, es la existencia de servicios de salud inadecuados e insuficientes que no brindan una apropiada atención.

“En Chile, la prevalencia de patologías psiquiátricas es de un 36% y las más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%). En general, estas afecciones explican 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. Estas cifras significan que la Salud Mental, ignorada durante demasiado tiempo, es crucial para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países, y debe ser considerada universalmente desde una nueva perspectiva. Desde un punto de vista de la intervención, la psiquiatría ha optado tradicionalmente por la internación de estos pacientes, como una forma de proteger a la comunidad de sus conductas “antisociales” e “impredecibles”, favoreciendo con esto, el aislamiento de la persona del resto de los servicios que requiere.

Por otra parte, la existencia de una comunidad desinformada y temerosa contribuía a profundizar el aislamiento del discapacitado de causa psíquica. En Chile, para el año 1990, había 3.000 pacientes internados en hospitales psiquiátricos. En estos hospitales se estructura completamente la vida de los pacientes, su rutina está normada desde que despiertan hasta que duermen. En ese entorno, las personas pierden habilidades e intereses, se desvinculan de sus familias y su identidad se va diluyendo. Sin embargo, la tendencia mundial de la psiquiatría moderna, ha sido la de cambiar gradualmente el Modelo de Atención. Se está avanzando desde un Modelo exclusivamente Biomédico, protector y asistencialista, hacia un Modelo Social-Comunitario, con estrategias orientadas a desarrollar un proceso de rehabilitación y de reinserción socio-laboral del paciente. Se acepta la realidad del hecho que más del 90% de las personas que sufren de enfermedades mentales, se encuentran en la comunidad viviendo al cuidado de sus familiares.

En este nuevo modelo, los hospitales psiquiátricos disminuyen su acción asilar y su atención se diversifica. Se crean unidades de psiquiatría en hospitales generales, desestigmatizando a los enfermos e incorporando la psiquiatría al resto de la medicina. Se crean centros destinados a la integración del discapacitado psiquiátrico tales como, Hospitales de Día, Centros Diurnos Intracomunitarios, Comunidades Terapéuticas, Talleres Laborales y Hogares Protegidos y Residencias Protegidas.

(Paulina López, Daisy Vidal, José Manuel Merino, Santiago, 2008)

La familia es integrada activamente al proceso de rehabilitación constituyéndose en una parte primordial de éste. Paralelo a lo anterior, se hace necesaria la creación de una legislación que garantice los derechos de los pacientes y los estándares mínimos de atención. Como componente teórico central enfatiza el concepto de salud por sobre enfermedad, con una visión holística que pone el acento en la consecuencia de la enfermedad, los desórdenes discapacitantes y los procesos crónicos. Esto a su vez, enfatiza la existencia y necesidad de la rehabilitación psicosocial.

En Chile este proceso de cambio en la atención se está vivenciando con grandes esfuerzos en los últimos tiempos. Una circunstancia especialmente propicia para su emergencia y desarrollo fue la realización de la “Conferencia de Caracas” en 1990. En esta ocasión se aprobó un camino técnico, político y jurídico para la reestructuración de la atención psiquiátrica en el continente, sus conclusiones resultan fácilmente compatibles en el plano conceptual y se ha comenzado gradualmente a realizar los cambios necesarios para alcanzar los objetivos allí propuestos. El acuerdo de Santiago, fruto de una Conferencia Nacional realizada en noviembre de 1991, ratificó los acuerdos y el consenso respecto a las propuestas de reestructuración. Conforme a esto, desde hace algunos años, diversos equipos de Salud Mental y Psiquiatría han hecho énfasis en la meta de la reintegración social de los discapacitados de causa psíquica, en la línea de superar paulatinamente el modelo asilar. Se han desarrollado intervenciones que se orientan a disminuir las internaciones, apoyándose en agentes de la comunidad, quienes son capacitados considerando sus peculiaridades sociales y culturales. En forma expresa fue establecido, que a partir de 1990, no se abriría ningún nuevo hospital psiquiátrico en el país; desarrollando en cambio, redes de servicios, diversificadas en cada región e insertas a su vez, en la red de establecimientos de salud general. Por su parte, los cuatro hospitales psiquiátricos existentes en el país deben y están reorientando su quehacer según los lineamientos de la Conferencia Nacional.

Una instancia oficial de respaldo y apoyo a estas ideas modernizadoras de la psiquiatría social comunitaria, lo constituye el Plan Nacional de Rehabilitación y Reinserción Social de Discapacitados de Causa Psíquica, impulsado por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se inicia en el año 1992. Este tiene como objetivo, entre otros, promover la idea que la atención clínica por sí sola es

insuficiente para la recuperación del paciente psiquiátrico y que se requiere incorporar una concepción psicosocial a este quehacer”.

(Paulina López, Daisy Vidal, José Manuel Merino, Santiago, 2008)

La psiquiatría social surge de la aplicación, en general, de los métodos de las ciencias sociales al estudio de los trastornos mentales. La Salud Mental, como disciplina científica nace de la aplicación del Método Epidemiológico, propio de la salud pública, como ciencia social, con idéntico propósito. *“Así como en la segunda mitad del siglo diecinueve se consolida, a nivel mundial, el Modelo Asilar de los hospitales psiquiátricos, en los últimos 50 años del siglo veinte se ha vivido la incorporación de la Salud Mental a la salud pública propiciando una red de servicios en los hospitales generales y en la comunidad asignada. La reforma psiquiátrica es el acontecimiento capital de la psiquiatría social en el cambio de siglo. Su grado de implementación, en diversos países y culturas, permite medir la calidad de los programas de Salud Mental dentro de regiones de un país, o a nivel internacional. Cinco raíces nutren la reforma, desde la década de 1950: psicofarmacología, epidemiología, atención primaria, terapia conductual y derechos humanos.*

La psicofarmacología desde la clorpromazina (1952) a la olanzapina (2000), ha transformado a la psiquiatría en la especialidad de mejor rendimiento terapéutico: 60% a 80% de los casos tratados. El creciente desarrollo de la epidemiología demostró altas tasas de prevalencia de trastornos mentales (20% a 30% en estudios en comunidad y 50% en la atención primaria de salud), que requieren un sistema de atención masiva orientado al análisis de factores de riesgo y factores protectores. La creciente expansión a nivel mundial de la atención primaria en salud refrendada en Alma Ata (1979), reunión donde un psiquiatra de Panamá, Jaime Arroyo, logró la incorporación de la Salud Mental dentro de la “Salud para todos el año 2000”; un paso histórico, apoyando lo que en Cali, Colombia y Santiago de Chile se practicaba desde 1967 y 1968. A mediados de los '50, con Wolpe en Sudáfrica y Shapiro en Londres, nace la terapia conductual, psicoterapia de base científica y aplicación masiva para controlar conductas anormales. Por último, al plantearse la defensa de los derechos humanos de los pacientes mentales, se agregó la dimensión ética y política de la acción”.

(Juan Marconi, Santiago, 2001)

El incremento de la patología social, de la drogadicción y el alcoholismo hace imperativa la integración plena de la comunidad organizada en los programas de Salud Mental, aumentando la eficiencia y bajando el costo. El factor más importante será desarrollar la docencia de pregrado de todos los profesionales de la salud en consultorios periféricos, en torno a la atención primaria y la práctica en terreno.

“La reforma psiquiátrica en Chile se inicia en la Universidad de Chile, en 1950, al crearse el Instituto de Investigaciones sobre alcoholismo, destacándose estudios genéticos del apetito por alcohol en ratas, estudios clínicos y epidemiológicos (5% de alcoholismo y 15% de bebedores excesivos). En 1952 Ignacio Matte crea el primer servicio de psiquiatría en el hospital general José Joaquín Aguirre, de la Universidad de Chile, abriendo la nueva era de nuestra psiquiatría. El Servicio Nacional de Salud enuncia, en 1957, el programa nacional de control y prevención del alcoholismo, en hospitales generales, junto a educación escolar y participación comunitaria. Sólo en 1966 se amplía el programa al resto de los trastornos mentales, sin financiamiento adecuado hasta hoy: 1,2% del presupuesto de salud; en Inglaterra, el 15%. En 1990, en democracia, Chile suscribe la reforma (Declaración de Caracas) y en 1998 se enuncia el Plan de atención psiquiátrica para Chile, obra de la unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, que propone, en 8 años, incrementar de 1,2% a 5% la proporción de recursos para Salud Mental. En el último decenio los estudios epidemiológicos de alta tecnología de la Universidad de Concepción han enriquecido los programas con datos de diversas regiones y culturas del país. Los estudios genéticos de apetito por alcohol han evolucionado a la aplicación, a futuro, de la terapia génica del alcoholismo, siendo hoy la Universidad de Chile un centro de nivel mundial en el tema”.

(Juan Marconi, Santiago, 2001)

El Modelo Asilar responde a una cultura de marginación de la enfermedad mental, que se manifiesta en dispositivos sanitarios aislados de la red de salud general; escaso financiamiento para la Salud Mental. Es un paradigma basado en el Modelo de Salud Biomédico; en que se priorizan elevadas dosis de medicamentos, tratamientos de alto impacto (camisas de fuerza, electro shock, etc.) y hospitalizaciones de larga estadía, lo cual podía significar incluso años de internación, produciendo escasas mejoras en los pacientes, agudización de su aislamiento social y pérdida de sus escasas redes, habilidades sociales, afectivas y

comunicacionales. En este modelo, no se consideraba importante la participación y apoyo del entorno cercano del sujeto, ya sea familia, amigos o referentes significativos. Debido a la extensa permanencia en las instituciones, es que se producía una alta demanda de pacientes en los hospitales – sanatorios o manicomios – y una baja rotación de egresos; lo que producía permanentes situaciones de hacinamiento y de precariedad en las condiciones de higiene y salubridad de los pacientes. Resulta prácticamente inviable la reinserción de los usuarios, ya que al ser internados, se consideraba que perdían todas sus habilidades y que se volvían personas discapacitadas.

Como contraparte, la instalación de la propuesta de la Psiquiatría Comunitaria se sostiene en un cambio de modelo, que pretende *rehabilitar, habilitar y reinsertar a personas largamente institucionalizadas, promoviendo una reforma de los servicios psiquiátricos, con énfasis en la atención ambulatoria por sobre la hospitalaria, la que debiera acaecer al interior de los hospitales.*

El principal aporte del Modelo de Psiquiatría Comunitaria, ha puesto en primer plano los derechos de los pacientes, incluyendo sus aspectos de igualdad y solidaridad. Se basa en el concepto de que la salud – en especial la Salud Mental – no solo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la Salud Mental, son aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada debe ser en instancias parecidas a un ambiente familiar.

Se ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

(González, R. y Levav I. Italia 1991)

2.2.- EJE TEMÁTICO N° 2: GESTIÓN EN SALUD MENTAL

El MINSAL ha estado trabajando en forma intensiva, en los últimos años, en el desarrollo de políticas públicas en el ámbito de la Salud Mental. Así, entre 1999 y 2000 elaboró un Plan de Salud Mental y Psiquiatría que ha permitido avanzar más rápido en la implementación y desarrollo de nuevos recursos en Salud Mental, tanto en lo que se refiere a gestión de servicios como a recursos materiales, humanos y financieros. Actualmente el plan ha pasado a otra etapa, en la que se debe profundizar lo que se ha logrado hasta ahora, no sólo expandiendo los recursos disponibles, sino también mejorando los procesos de atención, para lo cual será necesario reforzar algunas estrategias particulares o rediseñar el Plan de Salud Mental para los próximos diez años.

Los términos administración, gerencia y gestión se suelen utilizar como sinónimos, pero, en general, se habla de administración para referirse al manejo de establecimientos o servicios públicos y de gerencia para referirse a lo privado.

- *Administración: Centrada en el orden interno de una organización, en el mantenimiento y conservación de la organización, en la forma en que produce o entrega sus productos o servicios.*
- *Gerencia: Centrada en lo externo de la organización, en el desarrollo estratégico de ésta, en la forma en que innova a través del tiempo, a través de la creación o aplicación de nuevos conocimientos y/o nuevas tecnologías.*
- *Gestión: se refiere al manejo y desarrollo de los procesos de producción, por lo tanto implica dirección y gobierno.*

Estos conceptos se originan en la empresa; pero en los sistemas de salud los productos son intangibles y se consumen en la medida en que se producen. Por lo tanto, la gestión es un proceso dirigido a planificar, dirigir, evaluar y controlar algo.

Para efectuar la gestión se dispone de las siguientes herramientas:

- *Planificación: el gestor, gerente o administrador debe poseer conocimientos, o competencias y habilidades personales para efectuar la planificación. Este proceso puede ser muy largo: antes de implementar un proyecto se puede*

necesitar una planificación de un año o más; en algunas partes del mundo han demorado hasta siete años para implementar un proyecto de salud.

- *Dirección: se refiere al liderazgo de la organización; alguien tiene que dirigir el equipo de trabajo, sin esa dirección es imposible lograr un trabajo mancomunado y coherente, ni resultados de buena calidad.*
- *Coordinación: también se requiere mucho tiempo para coordinar a los distintos actores que participan en un proyecto, plan o programa.*
- *Negociación: siempre es necesario negociar e intercambiar información para llegar a consenso, de manera que el trabajo se realice en forma armónica.*
- *Control y monitoreo: a veces se gasta mucho tiempo en diseñar planes o programas muy completos en el ámbito del control de todo: de los recursos humanos, de los recursos financieros, de las acciones, etc., pero la gestión también debe ocuparse de monitorizar a los distintos actores y de llegar a un consenso con ellos, utilizando herramientas específicas para control y monitoreo.*
- *Evaluación: en el ámbito de la gestión es continua y permanente, no sólo se planifica, ejecuta y evalúa un proceso, sino que también se evalúa día a día.*

(Poblete, Andrea, Santiago 2008)

En Salud Mental se gestionan los siguientes aspectos:

- Las políticas públicas.
- Los planes y programas de Salud Pública.
- La prestación de servicios: organización de servicios y prácticas profesionales.
- Los recursos humanos y materiales.
- Los recursos financieros.

A nivel del MINSAL, se desarrollan las políticas públicas, se determina lo que el Estado ofrece a los chilenos a través de un sistema de salud; en cambio, a nivel de unidades o servicios de psiquiatría interesa gestionar la prestación del servicio que se entrega a los usuarios que consultan y demandan atención.

El Plan Nacional de Salud Mental ha puesto énfasis en el ámbito de la prestación de servicios, y son los puntos que se han estado desarrollando en los años que han transcurrido desde la puesta en marcha de este Plan:

La satisfacción de las necesidades sociales y sanitarias de la población en Salud Mental; en Chile confluyen dos grandes necesidades poblacionales, las de Salud Mental propiamente tal y las necesidades sociales; éstas se han incorporado en las ofertas de servicios de Salud Mental. En Chile no existen buenos sistemas de protección social y esa necesidad ha sido abordada por el sistema de Salud Mental.

El desarrollo de redes locales integradas de Salud Mental es fundamental. Los servicios se deben entregar en redes locales y sectorizadas por territorios, lo que permite asegurar que los usuarios tengan continuidad en esta entrega de servicios. La puerta de entrada a la salud pública es la atención primaria; desde allí el usuario puede acceder a una serie de servicios de Salud Mental que se entregan en distintos niveles: atención ambulatoria, especialidad, hospitalización y distintos programas de cuidado y dispositivos de atención, por lo tanto es muy importante que todos estos niveles se articulen en forma armónica para que el conjunto de cuidados que el usuario requiere sea recibido de manera integrada, sin baches. Este logro en lo que se refiere a continuidad es el principal indicador de la eficacia de la atención en red, de modo que el Plan Nacional ha puesto especial énfasis en este punto.

La creación de centros comunitarios de Salud Mental es la estrategia principal para la entrega de estos servicios. Los centros comunitarios son parte de una organización, que está inserta en un territorio específico y que tiene a su cargo una población específica, en la cual trabaja un conjunto de profesionales interdisciplinarios de la Salud Mental. El desarrollo de los COSAM se ha definido como una política estratégica para los próximos años; por ello, en el año 2008 se ha otorgado financiamiento para poner en marcha estos centros en las distintas regiones del país. Actualmente hay cerca de 50 Centros Comunitarios de Salud Mental en las 323 comunas que hay en todo el país.

La aplicación del Modelo Socio-Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría es el principal objetivo de los puntos anteriores; esto significa que el equipo de Salud Mental debe cumplir con ciertas condiciones o estándares para apoyar este modelo. Sin embargo, se puede observar una gran diversidad de prácticas dentro de los centros comunitarios y una falta de conducción o liderazgo para que esa diversidad de prácticas se depure y decante en prácticas sistemáticas que puedan aportar

resultados comparables. En el futuro, el proceso de gestión deberá determinar aquellas prácticas más costo-efectivas y que aseguren mejores resultados.

Dentro de la gestión de los servicios, en este último tiempo se han impulsado diversas áreas estratégicas. A continuación se analizará cada una de ellas.

Trabajo en Equipo: Psiquiatras, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Asistentes Sociales, etc., no se pueden desempeñar como una suma de profesionales atendiendo en distintos horarios, con diferentes capacidades y enfoques, sino que las diversas disciplinas se deben articular en beneficio del usuario, tomando las decisiones terapéuticas en conjunto.

Clima laboral Adecuado: Es muy importante para lograr el trabajo en equipo, que es una gran preocupación para quienes administran los recursos humanos, ya que los equipos de Salud Mental del sistema público se desempeñan en un contexto institucional adverso, que los presiona mediante una demanda asistencial organizada en términos del Modelo Biomédico Clásico; pero en Salud Mental los procesos de atención, recuperación y rehabilitación son prolongados, de modo que se requiere más tiempo para establecer una relación adecuada entre el usuario y el equipo. La incapacidad para entregar a cada usuario el tiempo que realmente necesita genera sentimientos de insatisfacción laboral. Por otra parte, la condición contractual de muchos equipos, cuyos componentes están contratados a honorarios y por lo tanto carecen de estabilidad laboral, contribuye a dañar el clima.

Auto Cuidado: Es un aspecto importante dentro del funcionamiento de los equipos de salud; es conocido el síndrome de Burnout de los cuidadores, por ello se ha puesto énfasis en que los equipos tengan tiempo para realizar acciones que les permitan mantenerse en óptimas condiciones intelectuales y emocionales.

Flujo de Información: Es también importante, los miembros del equipo deben compartir la información todos los días mediante el análisis de casos en conjunto, lo que mejora la atención del paciente y el clima laboral y potencia el auto cuidado, porque si un profesional se ausenta puede ser reemplazado con más facilidad en la entrega de la atención al usuario.

Liderazgo: cada equipo debe resolver el tema encontrando o capacitando a un jefe que desarrolle las competencias y habilidades necesarias.

Otro aspecto importante de la gestión de servicios es la *atención centrada en el usuario*; generalmente la programación de las actividades profesionales se basa en la capacidad de horas profesionales disponibles y rara vez en lo que los usuarios necesitan; sin embargo, a un paciente que está en crisis no se le puede decir que solicite una hora de atención, por lo tanto los sistemas administrativos se deben adaptar a esa necesidad, es decir, para asegurar la *disponibilidad* del servicio.

Asimismo, se debe velar por la *resolutividad*: los pacientes de Salud Mental suelen estar años en control sin que tener claros sus objetivos terapéuticos o de rehabilitación. Una de las metas del trabajo de equipo es planificar adecuadamente los objetivos de trabajo, recuperación y rehabilitación de cada paciente, así como el tipo de monitoreo, de modo que se logre resolver el problema de la persona.

En ese sentido se orienta también la *personalización de la atención*, que es fundamental en Salud Mental, porque aquí existe un vínculo terapéutico, el cual se pierde cuando el centro tiene alta rotación de personal, si bien esta pérdida se puede reducir si se comparte la información y se logra que el usuario se vincule con un equipo de salud, más que con un profesional en particular.

Todo esto se inscribe dentro de lo que se conoce hoy en día como la *atención centrada en la satisfacción del usuario*. El sistema de salud debería estar preguntando siempre al usuario y su familia si está satisfecho con la atención que se recibe y qué elementos le producen desagrado, de manera de ir incorporando las sugerencias e indicaciones de los usuarios en el sistema de atención. Esto se relaciona directamente con el respeto por los *derechos* de las personas que se atienden, a diferencia de lo que ocurre con el Modelo Biomédico, que tiene una orientación paternalista y da por hecho que la persona debe aceptar la intervención que el médico decida.

Un tema importante dentro de la gestión de los servicios es la *participación del usuario*, que incentiva su participación en los procesos de recuperación y rehabilitación, a través de la entrega de herramientas para que puedan ser protagonistas en la toma de decisiones relacionadas con su salud, proceso que se conoce como *empoderamiento*.

Este proceso se facilita por medio de la *asociatividad*, es decir, la capacidad de los usuarios para organizarse y entregarse ayuda mutua, lo que además les permite innovar en el desarrollo de los servicios y desarrollar un sentido de *pertenencia*. La característica principal del Modelo Socio-Comunitario es la generación del sentido de comunidad y la participación activa del usuario en los servicios, lo que se logra a través de distintas estrategias y metodologías.

El Modelo Socio-Comunitario no puede ser desarrollado si los profesionales no llevan a cabo un *trabajo comunitario en terreno*, deben salir a establecer contacto con la comunidad, las organizaciones y las familias en el lugar en que éstas se desenvuelven, conocer y rescatar los recursos comunitarios que existen para fomentar su participación en los procesos de recuperación y de rehabilitación de muchos pacientes que requieren de un apoyo psicosocial, por ejemplo, cuando se dan de alta y requieren una supervisión prolongada en terreno.

La forma en que se está trabajando para lograr que la planificación y evaluación de las distintas acciones de salud se efectúe con un enfoque integral biopsicosocial, se denomina *rediseño de procesos de atención*, de modo de lograr un proceso de atención único y continuo para todos los usuarios, en el que las áreas técnicas y administrativas se encuentren integradas.

Se ha implementado un sistema de evaluación periódica a través de distintos estándares de calidad previamente determinados que se conoce como *mejoramiento continuo*; gracias a este sistema se ha logrado que los equipos de los distintos centros, reflexionen permanentemente sobre lo que están haciendo y no tengan que esperar que el proceso concluya para ver qué se hizo bien y en qué hubo fallas. Los equipos profesionales desarrollan el concepto de *gestión socio comunitaria*, práctica basada en la capacitación del recurso humano y en la planificación y programación de actividades, con el objetivo de atender a la población con un enfoque de Salud Mental Biopsicosocial, el que contempla distintos aspectos.

En primer lugar, este enfoque da prioridad a la *relación entre el individuo y su entorno* familiar, laboral, educacional, social y ambiental; por lo tanto la acción profesional, o el servicio, debe llegar también a estos ámbitos.

En segundo lugar, dentro de la gestión comunitaria se debe tener como objetivo lograr la *integración al medio en condiciones de máxima autonomía*. Esto es especialmente importante en Salud Mental y Psiquiatría, donde suele existir mucha dependencia, precisamente porque se generan vínculos entre los usuarios y los profesionales, de modo que es fundamental tener siempre presente este objetivo.

El *consentimiento y participación activa* de la familia y el usuario en el proceso de atención es otro aspecto a lograr. La participación debe ser activa, no reactiva, y los usuarios y sus familias deben tener la posibilidad de entregar su consentimiento para los distintos procesos de atención que se les va a ofrecer, sea farmacoterapia, psicoterapia, desarrollo de habilidades o cualquier otra intervención que se ofrezca. Como principio básico, la asistencia psicosocial debe ser *personalizada* y se debe entregar en el *ambiente menos restrictivo* y más cercano al medio habitual de vida. Este concepto ha regido la reforma psiquiátrica en todo el mundo y ha logrado transformar a los grandes hospitales psiquiátricos, trasladando la atención de los usuarios desde los hospitales hacia la comunidad.

La *gestión de los recursos comunitarios*, como ya se mencionó, es fundamental para lograr un apoyo psicosocial firme para el usuario y su familia y para promover los procesos de integración, sobre todo en aquellos usuarios que tienen discapacidad mental y que van a requerir apoyo permanente. Se puede lograr la integración a nivel escolar, laboral o del barrio. Como valor agregado, los usuarios y sus familias pueden desarrollar *habilidades sociales y sentimientos de pertenencia social*, que de todos modos mejorarán su percepción de bienestar. Uno de los grandes problemas que afectan la Salud Mental de los chilenos en la época actual es la pérdida de redes sociales, el aislamiento social en que se vive, por lo tanto todo servicio que se entregue debe ser capaz de generar o restablecer las redes sociales, que actúan como un factor protector de la Salud Mental.

En la gestión de procesos para la atención de personas con trastornos mentales, se considera la participación en COSAM, que se dedican a la entrega de atención integral ambulatoria en Salud Mental a personas con trastornos moderados a graves. Se caracterizan por no llevar a cabo acciones de promoción y prevención de tipo poblacional, ya que eso le corresponde a la atención primaria,

sino que el énfasis está puesto en la recuperación y rehabilitación de la Salud Mental, y en el manejo de las variables psicosociales influyentes.

Dentro del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, se describe el conjunto de actividades para realizar en los distintos establecimientos para la promoción de Salud Mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Sus actividades se basan en la evidencia existente respecto a la efectividad y costo de las intervenciones para cada una de las prioridades, en las opiniones de expertos nacionales y en normativas técnicas internacionales. El programa tiene el propósito de servir de instrumento orientador de la programación de los recursos y prestaciones del sistema, definiendo un conjunto de actividades básicas para dar respuesta a las necesidades de atención de una población determinada. Son coherentes con las actividades definidas en la Norma Técnica “Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría”.

Estas actividades deben permitir que las personas accedan en el lugar y con el equipo más cercano a su residencia. Por lo tanto, el establecimiento donde se realicen, debe estar claramente definido para un sector poblacional, el que puede variar en el tiempo, ya que dependerá de la planificación y los recursos de la red local de servicios. Las prestaciones o actividades básicas de Salud Mental y Psiquiatría del programa, se describen de acuerdo al nivel de resolución del equipo o establecimiento en que se realiza y en función de su objetivo en el contexto de la red de servicios.

Las actividades de nivel primario de resolución, son realizadas por el Equipo de Salud General (incluyendo Psicólogo) en Consultorios, Centros de Salud, CESFAM, consultas de médicos generales, COSAM, etc. Para aumentar y mantener la capacidad resolutoria del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel de secundario, se requiere que los especialistas asesoren de manera continua a los equipos del primer nivel de atención. De esta forma los equipos de salud general reciben información y adquieren habilidades para realizar en forma efectiva todas las acciones del programa para la promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y derivación. Esta asesoría se realiza a través de la siguiente prestación o actividad:

Consultoría de Salud Mental: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de Salud Mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes. Su periodicidad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o consultorio. Las acciones de promoción apuntan a estimular los factores protectores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria, mejorando su capacidad para manejar el estrés y promoviendo relaciones sociales de apoyo. Dichas actividades son necesariamente intersectoriales, con el objetivo de proponer, participar y aportar información técnica y material de apoyo para permitir, motivar y orientar a que individuos, familias y grupos refuercen, adquieran y compartan habilidades, estén mejor informados y se organicen para alcanzar y mantener un mejor nivel de Salud Mental.

La actividad para cumplir este objetivo es la *Intervención/Actividad Comunitaria:* realizada por Asistentes Sociales, Enfermeras (os), Matronas (es), Psicólogos (as), Médicos, u otros integrantes del equipo de salud general, con Organizaciones Locales (o con personas capaces de crearlas), Redes Comunes de Prevención, Organizaciones de Usuarios y / o Familiares, Sociales, Laborales, Escolares, de Vivienda, de Justicia, ONG, Privadas, Medios de Comunicación, otros. La prevención más efectiva para evitar o retrasar la aparición de una enfermedad mental es aquella que se realiza con población que no está demandando atención por Salud Mental, pero que presenta factores de riesgo o está comenzando a presentar problemas o síntomas de una probable enfermedad mental.

Las actividades de prevención están dirigidas a dos tipos de personas:

- Grupos de mayor riesgo identificables entre las personas que acuden a los establecimientos de salud primaria: los portadores de una patología somática crónica, aquellos en los que se detecta un evento vital agudo, afectados por violencia, familiares de personas con enfermedades mentales o discapacidad, personas en condición de pobreza o marginación, consumidores de drogas y exceso de alcohol, niños con problemas escolares, trabajadores con estrés, etc.

- Personas en las que es posible detectar, mediante la búsqueda activa, síntomas o condiciones de alto riesgo para su Salud Mental, en las actividades habituales del

equipo de salud general, tales como: control de salud, examen de salud escolar, consulta de morbilidad del niño; controles de salud, consulta de morbilidad y actividades para post menopausia dirigidos a la mujer; examen de salud preventivo del adulto (ESPA), programas de control de pacientes crónicos; control de salud, consulta de morbilidad para adolescentes; control de salud y consulta de morbilidad para adultos mayores.

Las actividades que permiten al equipo de salud general realizar directamente acciones de prevención son cuatro:

- *Intervención Psicosocial Grupal*: que realizan Asistentes Sociales, Enfermeras, Matronas, Psicólogos, Médicos, u otros integrantes del equipo de salud general, dirigidas a grupos de personas que presentan alto riesgo de enfermedad mental.
- *Intervención / Actividad Comunitaria*, que realiza la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes de apoyo, grupos de autoayuda, establecimientos educacionales y centros laborales.
- *Consulta Médica De Salud Mental*, que realiza el Médico con personas consultantes en los que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar enfermedad mental.
- *Consulta de Salud Mental*, al igual que la anterior pero realizada por Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo u otro integrante del equipo de salud general.

Las actividades para tratamiento de personas con diagnóstico de una enfermedad mental que realiza el equipo de salud general están dirigidas a las personas y sus familias, y su objetivo es la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la enfermedad.

La capacidad de resolución del equipo de salud general, para cada enfermedad mental, depende de los recursos del establecimiento y de la efectividad de la asesoría que recibe del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria responsable del sector poblacional beneficiario. Para asegurar esa capacidad de resolución, el médico general debe contar con los fármacos necesarios.

Muchas de las personas que presentan una enfermedad mental serán diagnosticadas y recibirán su tratamiento exclusivamente de parte del equipo de

salud general, en una proporción distinta según la patología. Un número menor requerirá, además, que su caso sea analizado en una Consultoría de Salud Mental del equipo que lo atiende con los especialistas del equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria. Algunos de estos pacientes serán derivados al equipo especializado para su diagnóstico e indicación de tratamiento, el que podrá ser realizado en muchos casos por el mismo equipo de salud general que lo refirió. Para todos estos pacientes, el médico y equipo tratante reconocido por él y su familia será el de salud general.

Las actividades para el tratamiento y rehabilitación son las siguientes:

- *Consulta Médica de Salud Mental*, realizada por el Médico General con el paciente y un familiar o acompañante.
- *Consulta de Salud Mental*, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona u otro profesional o técnico.
- *Intervención Psicosocial Grupal*, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Matrona u otro profesional o técnico con el paciente y la familia.
- *Visita de Salud Mental*, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona, Terapeuta Ocupacional u otro profesional o técnico al domicilio, lugar de trabajo o escuela, dirigida al paciente, familiares y cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, etc.
- *Psicoterapia Individual / Grupal*, realizada por psicólogo clínico con personas con diagnóstico de una enfermedad mental.
- *Intervención / Actividad Comunitaria*, que realiza la Asistente Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y a la familia en su tratamiento y rehabilitación.

Las personas – niños, adolescentes y adultos – con enfermedades mentales o que viven situaciones que condicionan un alto riesgo de presentarlas, son también atendidas en los servicios de urgencia. En el primer caso, principalmente por intentos de suicidio, episodios de sintomatología psicótica aguda, crisis depresivas y ansiosas, e intoxicación por alcohol o drogas, y en el segundo, por lesiones debidas a violencia, especialmente intrafamiliar y abuso sexual.

El equipo que otorga atención habitual de urgencia, debe contar con el apoyo y asesoría de especialistas para realizar acciones de detección, intervención en crisis y derivación. Los servicios de urgencia de los Hospitales tipo 1, deben contar con horas de psiquiatra, de preferencia con turnos de 24 horas o al menos con 8 horas durante el día. En el resto de los servicios de urgencia deben realizarse actividades regulares con el equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

Las prestaciones de urgencia son:

Consultoría De Salud Mental: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria y el equipo de urgencias en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por servicio de urgencia.

Consulta Psiquiátrica: realizada por médico psiquiatra con el paciente y su familia, referido por el equipo de urgencia por su mayor complejidad.

La atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría es otorgada por los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria en COSAM, Consultorios de Especialidades, CDT, CRS y, fuera de las estructuras sanitarias, en centros o espacios de cuidado de personas con enfermedades mentales y por equipos profesionales y técnicos de Servicios de Psiquiatría de Hospitales o Clínicas. La articulación con el nivel primario permite a los equipos de atención especializada reservar sus recursos para la atención de las personas que, por la gravedad de su enfermedad y condición, necesariamente lo requieren, accediendo a este tipo de atención en la forma más oportuna y rápida posible. Una prioridad en este acceso son, por ejemplo, los adolescentes con intento de suicidio o con primer brote esquizofrénico. Para ello, el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria debe apoyar al equipo de salud general para que adquiera y mantenga su capacidad para realizar las actividades de promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y derivación, y apoyar también al equipo profesional de los Servicios de Urgencia.

Consultoría de Salud Mental: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de

pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o de urgencias

El diagnóstico y tratamiento farmacológico, psicosocial y psicoterapéutico ambulatorio de personas con todo tipo de trastornos mentales, referidos mediante interconsulta por el equipo de salud general de atención primaria, de otros servicios clínicos o de urgencias, las realiza el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria mediante un conjunto de prestaciones o actividades. En una proporción variable, según el diagnóstico, la atención especializada consiste en realizar la exploración psiquiátrica / psicológica y derivar nuevamente al paciente al equipo que demandó la interconsulta, con indicaciones de tratamiento.

En los casos en que asume en forma transitoria o permanente el tratamiento y rehabilitación, el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria es, para estos pacientes, sus familias y/o cuidadores, el equipo tratante. De preferencia, un profesional específico de éste debe hacerse cargo de un número de pacientes para su seguimiento en el marco de una relación interpersonal más estrecha. El Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria es responsable del paciente también prestándole atención fuera de las estructuras sanitarias, en centros o espacios de cuidado de personas con discapacidad mental (por ejemplo, centros para niños con autismo, talleres protegidos, hogares protegidos), y en los espacios naturales de vida (hogar, barrio o población, escuela y trabajo); así como de asegurarle el acceso a todo tipo de prestaciones que requiera y de informar y consultarle, en forma clara y oportuna, cualquier cambio de su esquema de atención.

Las atenciones de hospitalización y de comunidad terapéutica son realizadas por equipos clínicos distintos al Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

Las prestaciones para la atención especializada son:

- *Consulta Psiquiátrica*, realizada por médico psiquiatra, con el paciente, y su familia, referido por el equipo de salud general, de otro servicio clínico o de urgencia.
- *Psicodiagnostico*, realizado por psicólogo del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría mediante la aplicación de instrumentos de diagnóstico y entrevista.
- *Consulta Psicológica Clínica*, realizada por psicólogo clínico al paciente y familia.

- *Consulta De Salud Mental Especializada*, realizada por Enfermera, Asistente Social, terapeuta ocupacional u otro profesional del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría con el paciente o familiar.
- *Intervención Psicosocial Grupal Especializada*, realizada por Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional u otro profesional o técnico del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría con un grupo de pacientes, varios miembros de una familia o familiares de varios pacientes. Cuando su objetivo es la rehabilitación social o laboral puede ser realizada en talleres, clubes u otros dispositivos comunitarios.
- *Psicoterapia Individual o Grupal* realizada por psiquiatra o psicólogo clínico a uno o varios pacientes o a varios miembros de la familia de un paciente.
- *Día Comunidad Terapéutica Ambulatoria*, atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción, durante al menos 4 horas al día.
- *Día Comunidad Terapéutica*, atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción en régimen cerrado.
- *Día Hospitalización Diurna*, realizada por el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría a un paciente durante al menos 4 horas al día, en un establecimiento de salud.
- *Día Cama De Hospitalización De Corta y Mediana Estadía*, realizada por el equipo de psiquiatría de un Servicio de Psiquiatría de un Hospital, durante 24 horas al día.
- *Día Cama En Hogar Protegido*, realizado por personal técnico, con asesoría y supervisión de un profesional del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, otorgando cuidados básicos a pacientes con discapacidad y sin soporte familiar.

Los usuarios de atención en salud mental pueden o no tener problemática psicosocial asociada, pero en la práctica siempre la tienen. Las personas adscritas al centro deben tener una asistencia periódica, continua o intensiva y el énfasis se debe poner en la recuperación y rehabilitación. Cada centro tendrá una población asignada territorial de 40.000 habitantes, meta que todavía está muy lejana. Se espera que estos centros muestren excelencia en su desempeño y que en ellos se aplique cabalmente el Modelo Socio Comunitario de Salud Mental.

(Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Chile 2000)

El *proceso tradicional* de atención en Salud Mental, que es el que todavía existe en la mayor parte de los centros de atención, tiene las siguientes características:

- Está centrado en la persona del Psiquiatra; los demás profesionales, Psicólogo, Asistente Social, etc., son de apoyo.
- El equipo profesional ejecuta acciones según roles definidos por su profesión, no por su formación o sus competencias.
- La atención se entrega mayoritariamente en sesiones recurrentes de consulta individual con distintos profesionales, lo que hace que muchos pacientes dejen de asistir, por falta de recursos. Otro tipo de actividades, como talleres grupales, atención en domicilio, en terreno, etc., se entregan en forma minoritaria.
- Más de 80% de los usuarios recibe como tratamiento principal la farmacoterapia y en ocasiones psicoterapia.
- Generalmente no existe definición de metas o plazos de cumplimiento.
- Las evaluaciones se hacen de acuerdo a la opinión del profesional, quien de alguna manera tiene el control total del proceso de atención.
- La relación terapéutica en general es reactiva a la necesidad que expresa el usuario; rara vez se adelanta o previene las crisis o recaídas.
- El usuario participa poco en la decisión terapéutica, asume un rol más bien pasivo y obediente de las indicaciones de los profesionales.
- La familia del usuario participa poco y en general no se involucra como soporte terapéutico.
- El entorno socio-comunitario rara vez es considerado como soporte terapéutico.

En el *nuevo proceso* de atención:

- Ésta se concentra en el proceso de recuperación y rehabilitación del usuario en su contacto con el Servicio de Salud Mental: interesa que tenga adhesión al tratamiento, que no tenga recaídas ni complicaciones, etc.
- El equipo profesional actúa en multiroles, de acuerdo a las competencias y capacidades que cada profesional tiene; por ejemplo, un psicólogo puede hacer una visita domiciliaria o un psiquiatra puede ir al colegio del paciente para evaluar su comportamiento en ese terreno.

- La atención se da mayoritariamente en actividades grupales, comunitarias o de seguimiento en terreno (casa, trabajo o lugar de desempeño habitual).
- La familia y la comunidad siempre se involucran en el proceso de tratamiento y rehabilitación; esto es especialmente importante en pacientes con discapacidad o enfermedad de curso prologado.
- Existe una clara definición de metas o plazos de cumplimiento.
- Las evaluaciones se basan en instrumentos estandarizados.
- La relación terapéutica siempre es proactiva, se adelanta a las necesidades del usuario y previene las crisis. Para lograr esto se debe incorporar en el proceso de atención un sistema de monitoreo y seguimiento: el control de la gestión clínica.
- El usuario participa activamente en las decisiones terapéuticas, asume un rol activo y promotor del propio proceso de recuperación y/o rehabilitación.
- La familia del usuario siempre está involucrada en el soporte terapéutico.
- El entorno socio-comunitario siempre es incorporado como soporte terapéutico.

Los avances científicos–tecnológicos en el campo de la biología, la psiquiatría y las ciencias sociales, permiten hoy formular políticas de Salud Mental más ambiciosas y disponer de intervenciones efectivas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Utilizar los avances científicos y la evidencia para la orientación técnica y evaluación sistemáticas de las acciones permite la más adecuada utilización de los recursos en beneficio de las personas.

El principal aporte de la atención en salud mental en cualquiera de sus formas, sea pública o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a lo normal como sea posible, dentro de las limitaciones razonables de recursos. La enfermedad y la discapacidad, vistas como desviaciones del funcionamiento normal restringen el rango de oportunidades que se presentan a los individuos, impidiéndoles participar como podrían hacerlo en la vida económica, social y política.

La red de Servicios Públicos de Psiquiatría en Chile y el extranjero detalla el gasto en la región, expresado en porcentaje del presupuesto de salud, entre otros de Argentina 2,0%, Chile 2,3%, Uruguay 8,0%, USA 6,0% y Canadá 11,0%. El número de camas para pacientes psiquiátricos por c/100.000 habitantes en Argentina es de

60, en Chile de 13, en Uruguay de 54, en USA de 77 y en Canadá de 193. El número de psiquiatras por 100.000 habitantes en Argentina es de 13,3, en Chile de 4,4, en Uruguay de 22,9 en USA de 13,7 y en Canadá. Mención aparte es el hecho que sólo existen 17 camas de Corta Estadía Infantojuvenil, en el Hospital Roberto del Río.

El fenómeno de la distribución heterogénea parece repetirse en otros países, incluyendo España o, si tomamos el caso de la provincia argentina de Río Negro, donde se cierra el Hospital Psiquiátrico y se abren 20 Unidades de Corta Estadía (aunque no se conocen datos del tiempo de estadía promedio).

Considerando los datos aportados por la encuesta de la OMS, sorprende que de los 38 Centros Comunitarios creados, sólo estén presentes en seis Regiones del país, excluyendo la Quinta Región, y que el 76% se encuentre en la Región Metropolitana (dispositivos que se presume debían estar dispuestos cercanos "territorialmente" a sus demandantes).

El modelo de atención, tiene un 83% de las atenciones efectuadas por médicos psiquiatras, lo que atenta contra la idea básica del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que tiene en el trabajo multidisciplinario "un pilar central".

El MINSAL, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la Salud Mental, especialmente a partir de 1990, principalmente debido a que se dispone de suficiente información epidemiológica acerca de la elevada prevalencia de trastornos mentales y de la acumulación de factores de riesgo en la población. Estos provienen de estudios de alta rigurosidad técnica realizados estos últimos ocho años, con metodologías que permiten comparar sus resultados con investigaciones de países que han debido comenzar a enfrentar el problema de la Salud Mental.

Un importante número de profesionales con experiencia, motivación y compromiso en la organización de servicios para personas con enfermedades mentales, están consensuadas en cuanto a las acciones a realizar en la promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación en Salud Mental. La evidencia disponible acerca de la efectividad de los tratamientos clínicos y de las intervenciones de salud

pública permite seleccionar aquellas intervenciones coherentes con la cultura y las necesidades percibidas, persuadir y convencer a las autoridades.

La mayor información, sensibilidad y algún grado de consenso de parte de todos los sectores sociales, acerca de la necesidad de actuar sobre los condicionantes negativos para la salud mental que se derivan de las formas de vida que se impone progresivamente en el país, permite al sector salud focalizar sus esfuerzos en los aspectos más específicamente sanitarios, aumentando la efectividad de sus acciones, sin dejar por ello de participar y liderar, si es necesario, las respuestas promocionales y preventivas con y de otros sectores.

El aspecto negativo presente en las acciones de Gestión en Salud Mental se concentra en algunos *déficits organizacionales*, tales como:

- Dificultad en la continuidad de los tratamientos y seguimientos de los pacientes.
- Déficit de dispositivos asistenciales preventivos (equipos de crisis, abordajes grupales, talleres, etc.)
- Insuficientes recursos dirigidos hacia el tratamiento de patologías emergentes (adicciones, trastornos de personalidad, violencia, Infanto-Juvenil).
- Predominio del enfoque asistencial individual y pasivo. Los tratamientos grupales y familiares tienen escasa incidencia.
- Escasa conexión e interacción entre el SU/UCE y otros componentes de la red.
- Falta de implementación de historia clínica única –preferentemente digital- como instrumento para el desarrollo y organización de la red (Ej.: SIDRA)
- Falta de un programa de gestión donde se categorice y evalúe periódicamente los resultados y se establezcan indicadores estandarizados para medir cumplimiento de objetivos, con eventual existencia de incentivos laborales y financieros.
- Ausencia de análisis de efectividad de tratamientos (sólo de continuidad y/o deserción).

Dichos déficits, sumados a la carencia de redes de apoyo, familias poco participativas que en general, no se involucran como soporte terapéutico y la inexistencia de definición de metas o plazos de cumplimiento en los tratamientos, se convierten en *Factores de Riesgo, que constituyen condiciones o aspectos biológicos,*

psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura, vinculados a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad.

(Hidalgo C, Carrasco E. 2002)

Por otra parte, los Factores Protectores cumplen una función beneficiosa o de protección en el individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social. Reducen la probabilidad de conductas de riesgo o de tener consecuencia negativas cuando se involucran en ellas, son factores que motivan al logro de tareas. Modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Los factores protectores no son necesariamente una experiencia agradable, pero fortalecen al individuo frente a eventos potencialmente peligrosos.

(Hidalgo C, Carrasco E. 2002)

2.3.- EJE TEMÁTICO N° 3: PERFIL GENERAL DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

En América Latina y el Caribe los trastornos mentales y enfermedades neurológicas han aumentado en importancia, lo que se evidencia en el incremento de su carga de enfermedad en los últimos 20 años, pasando de 8,8% del total de Años de Vida de Salud (AVISA) por muerte prematura y discapacidad en 1990, a 22,2% en 2002.

Según MINSAL, en las condiciones neuropsiquiátricas son el primer grupo de causas de enfermedad, responsables del 23,2% del total de AVISA, primando casi exclusivamente el componente de discapacidad. También que las condiciones neuropsiquiátricas superan en carga a otros grupos de enfermedades como las cardiovasculares, los cánceres y las lesiones. Dentro de esta categoría, los trastornos mentales son los que más contribuyen a la carga de años de vida perdidos por discapacidad, destacándose en orden de magnitud de AVISA: depresión, dependencia del alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, alzheimer y otras demencias, y trastorno bipolar.

En cuanto a la información sobre a la prevalencia de los trastornos mentales en Chile es restringida, debido a la escasez de estudios poblacionales y la limitada comparabilidad entre estos. Además se debe considerar que los estudios poblacionales usualmente no incluyen a personas en situación de calle, ni a personas en instituciones carcelarias u hospitales, subvalorando así la prevalencia real de trastornos mentales. Pese a lo anterior se destaca el estudio realizado por Marconi y Horwitz en las décadas de los 50 y 60, más recientemente, el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica realizado entre los años 1992 y 1999 en tres regiones del país. En este estudio, llevado a cabo en población mayor a 15 años, se evidencio una prevalencia de vida de trastornos mentales de 36,0%, y de 22,6% en los últimos 6 meses, siendo los trastornos de mayor prevalencia de vida pesquisados la agorafobia (11,1%), seguidas de depresión mayor (9,0%), distimia (8,0%) y dependencia de alcohol (6,4%). Otras patologías como la esquizofrenia (0,9%) y los trastornos cognitivos (3,7%, principalmente demencias), presentan prevalencias menores, sin embargo, se asocian a elevados grados de discapacidad.

Respecto a la situación de discapacidad asociada a trastornos mentales, ésta no solo afecta a los individuos, sino también a sus familiares, alterando la dinámica y los roles en las interacciones. También se ve afectada la economía del hogar, por mayores gastos y menor posibilidad de percibir ingresos. A lo anterior se puede sumar la exclusión social, la estigmatización, y la violación de los derechos humanos, que agravan la situación de la personas con discapacidad por trastornos mentales.

(OPS, 2009)

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2004, el 12,9% de la población del país presenta alguna situación de discapacidad permanente. En un 5,9% de estas personas, se encuentra como diagnóstico:

➤ Daño Orgánico Cerebral (DOC)

Bajo esta denominación se incluyen cuadros clínicos con multiplicidad de forma de presentación, que poseen en común una base somática que está en estrecha relación con la aparición de los síntomas, es por ello que han recibido variadas denominaciones, tales como psicosis con base somática, reacciones orgánicas agudas, síndrome psicorgánico, formas de reacción exógena, delirium, demencia, desordenes amnésicos y cognitivos, alteraciones mentales debidas a condiciones medicas generales (DSM- IV); trastornos mentales orgánicos, incluidos sintomáticos o psicosis sintomáticas (CIE-10). Las dificultades terminológicas surgen al intentar delimitarlas de otras patologías debido a la diversidad de formas clínicas que comprometen las facultades mentales.

Esta enfermedad se genera debido a la presencia de enfermedades somáticas provenientes de alteraciones metabólicas, infecciosas, tóxicas o cualquiera que afectara al cerebro. Existen síntomas obligados, tanto para las formas agudas como crónicas, siendo las primeras el síntoma central la alteración de la conciencia y en las crónicas el derrumbamiento de la personalidad y la demencia.

Diversos estudios internacionales realizados por Kukull y Ganguli en el año 2002, demostraron que las demencias afectan a entre 5% y 8% de los individuos mayores de 65 años y que la prevalencia de las demencias se duplica cada 5 años, alcanzando a entre 15% y 20% de los mayores de 75 años y entre 25% y 50% de los mayores de 85 años. Además estiman que en el mundo hay en la actualidad 12

millones de personas con demencia, las que serán 25 millones en 2020 y 42 millones en 2040 y que la cantidad de pacientes con demencia aumenta en 4 a 6 millones cada año con lo cual la prevalencia mundial de las demencias en 2050 será el triple de la actual.

➤ Dependencias de Sustancias Psicoactivas

Algunos de los términos que se aplican al uso de drogas y a los usuarios tienen un estigma y juicio valorico agregado, tanto por la sustancia como por las actitudes de los observados. Por eso es importante, al momento de referirse al tema, asumir términos neutrales que permitan definir claramente los patrones clínicos a los que se pretende referir.

El abuso de sustancias se produce cuando se cumplen criterios, como el consumo que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en la escuela, trabajo y hogar, o el consumo en situaciones que revierten un peligro físico, consumo continuado de la sustancia pese a que acarre problemas recurrentes y la aparición de problemas legales repetidos ligados con la sustancia.

Según la OMS se considera que las drogas de mayor peligrosidad son las que generan en poco tiempo una dependencia física y las que presentan mayor toxicidad. Se consideran menos peligrosas aquellas que crean dependencia psíquica, menor toxicidad y crean dependencia con menor rapidez. Por orden de menor a mayor peligrosidad se consideran: los alucinógenos (LSD), los estimulantes (anfetaminas, cocaína, alcohol, cafeína), los hipnóticos (barbitúricos, morfina), los opiáceos (el opio y sus derivados).

En Chile han existido diversas epidemias de consumo en distintas épocas, constituyendo el uso de sustancias un problema endémico hasta la actualidad; el problema de abuso de alcohol y drogas ilícitas el mayor problema de salud pública, responsable del 12,4% de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad.

Una de cada 10 muertes es atribuible al consumo de alcohol, lo cual equivaldría a 2.831 personas que mueren a los 40 años, en plena edad productiva.

Por otra parte, 8.788 personas quedarían discapacitadas en esta etapa, cada año, por el consumo de alcohol. El último estudio de costos del consumo de alcohol en Chile (1998) señaló que estos ascendían a US\$3 mil millones, cuadruplicando los ingresos que, como actividad económica, representa la industria del alcohol. Si dicha actividad genero US\$59 per cápita al año, el consumo de alcohol implicó gastos de US\$210 per cápita al país.

(MINSAL, 2010)

El consumo de sustancias ilícitas es influido en forma determinante por la oferta de ellas en el mercado ilegal, el acceso a esa oferta, la influencia de los grupos de consumidores (especialmente entre los jóvenes), y la percepción de riesgos asociados al consumo que manejan los grupos más vulnerables. Si bien el consumo de drogas se distribuye en todos los sectores sociales, los de menores ingresos muestran frecuencias y consecuencias negativas más elevadas, especialmente de pasta base y cocaína. Por el contrario, actúan como factores protectores, la estabilidad y vinculación en las familias, el modelo de conducta de los padres frente a las drogas, la pertenencia a grupos prosociales y el desarrollo de políticas públicas efectivas y persistentes en el tiempo.

Respecto a la prevalencia de consumo de drogas durante el último año, la marihuana en Chile alcanza un 6,7% (población 12-64 años de edad), cifra menor que las reportadas en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%) y Argentina (7,2%), pero mayores a la de otros países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%). En el caso del consumo de cocaína en el último año, Chile presenta un consumo de 2,4%, que es menor que el de Estados Unidos (2,8%) y de Argentina (2,8%), pero mayor que el de Colombia (0,8%) y Canadá (1,9%) Chile se encuentra en una posición intermedia de consumo de las sustancias señaladas, entre los países de la región.

(UNODC, 2010)

➤ Esquizofrenia

Es una enfermedad, o más probablemente un conjunto de enfermedades que generalmente se presenta en sujetos jóvenes y que sigue un curso deteriorante. Por la gravedad del trastorno y por llamativo de ciertas manifestaciones clínicas, ha despertado el interés de importantes figuras de la psiquiatría y su historia

prácticamente se confunde con la historia de la especialidad. Solo en los últimos años se han producido avances significativos del conocimiento de las causas y mecanismo de producción de la enfermedad. Y, recientemente, se ha iniciado la utilización de tratamientos eficaces que permiten la reinserción a la sociedad de un alto número de enfermos, anteriormente condenados a prolongadas y en muchas ocasiones definitivas reclusiones.

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente.

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento para otro con una crisis delirante, un estado maníaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o un estado confuso onírico. También puede surgir de manera insidiosa o progresiva. La edad de inicio promedio es en los hombres entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años.

La prevalencia de esta enfermedad se sitúa entre el 0,3% y el 3,7% dependiendo de la zona del mundo donde estemos. Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padre padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. Por tanto las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales.

No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora. La sintomatología debe estar presentes durante al menos 1 mes y persistir durante al menos 6 meses.

-Síntomas positivos: Exceso o distorsión de las funciones normales como alucinaciones: que son percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas, alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental, lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos, de celos e hipocondríacos) y comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

-Síntomas negativos: Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas negativos comprenden restricciones como embotamiento afectivo ya que no actúan estímulos emocionales, pobreza del habla (alogia), Abulia o apatía, falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad e incapacidad para disfrutar de los placeres. Alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas, aunque algunos enfermos presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo.

Actualmente se han descubierto distintos tipos de esquizofrenias, siendo las más comunes:

-*Esquizofrenia Paranoide* existe preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza, persecución y alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada. También pueden presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.

-*Esquizofrenia Desorganizada* el lenguaje y comportamiento desorganizado, sin afectividad aplanada o inapropiada. Puede presentar ideas delirantes que giran alrededor de un tema incoherente y suele ser de inicio temprano.

-*Esquizofrenia Catatónica* cada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad motora o actividad motora excesiva y negativismo extremo, o mutismo. Junto a ello peculiaridades del movimiento voluntario con posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas y copia lo que dice o hace otra persona.

-*Esquizofrenia Simple* no tiene alucinaciones ni delirios, pero el enfermo pierde sus capacidades, no da a basto.

-*Esquizofrenia Hebefrénica* posee un comienzo temprano (entre 12-13 años), en principio parece retraso mental, alteración de la conducta y afectividad aplanada.

(Crow T.J., 2001)

-*Trastorno Psicótico Breve*: Son aquellos que ocurren en respuesta a eventos emocionalmente intensos, incluye además el concepto de psicosis reactiva breve, esta clasificación propone un continuo de diagnósticos para los trastornos psicóticos, basados principalmente en la duración de los síntomas de modo que lo característico de este cuadro es su corta duración.

-*Trastorno Esquizoafectivo*: Se caracteriza por la presencia simultánea de sintomatología esquizofrénica e intensos síntomas afectivos. Ya que los pacientes no mostraban el curso deteriorante de la esquizofrenia eran considerados como parte del grupo de la psicosis maniaco depresiva. Solo en 1933 se les dio su nombre actual. En este cuadro la sintomatología solía comenzar de manera brusca a menudo se trataba de adolescentes con buen ajuste social, sometidos a algún tipo de estrés psicosocial, y con antecedentes familiares de patologías del ánimo.

-*Trastorno Delirante*: También conocido como trastorno paranoide, comprende un grupo pequeño pero importante de alteraciones caracterizadas por delirios sistematizados, no bizarros, con afectividad concordante con los contenidos delirantes y con un comportamiento social relativamente bien conservado. El paciente puede parecer algo excéntrico, suspicaz u hostil.

(Sonia Jerez C., Chile, 2001)

➤ Trastornos del Ánimo

El estado de ánimo se refiere a una emoción de duración prolongada que afecta a la totalidad de la vida psíquica. Se trata de una forma de estar o encontrarse frente al mundo y a sí mismo. No obstante no se trata de algo fijo, irreversible, sino de algo que oscila normalmente alrededor de un equilibrio basal y que afecta a todas las funciones superiores.

La psiquiatría contemporánea ha escogido el término trastorno del estado del ánimo para delimitar bajo este concepto a las principales alteraciones de la vida afectiva, caracterizadas por extralimitaciones prolongadas del estado del ánimo y que influyen en las funciones y conductas del individuo. Según DSM- IV estos

trastornos implican la presencia de un *Trastorno Depresivo (Depresión Mayor y trastorno Distímico)*.

La presentación de una *depresión* es variable, predominando un tipo u otro de síntomas. Algunos pacientes manifiestan quejas físicas y síntomas del sistema autónomo o vegetativo (se refiere a todas las funciones del sistema nervioso que no controlamos voluntariamente, como es el ritmo intestinal, la frecuencia cardíaca) negando sentimientos de tristeza. Otros pueden presentar importantes síntomas de ansiedad y refieren dificultades de pensamiento y memoria, y sólo más tarde admiten la presencia de otros síntomas.

Los síntomas de la depresión pueden referirse a las siguientes áreas del funcionamiento: El estado de ánimo o afecto, puede ser triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable, el pensamiento como la pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, sentimiento de culpa, ideas de suicidio, delirios, alucinaciones, la conducta en un retraso en los movimientos o agitación, llantos, aislamiento social, conducta suicida, conducta dependiente y lo somático o físico como trastornos del sueño, fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución del interés sexual.

(Andrés Heerlein L, 2001)

El concepto de *depresión mayor* es muy utilizado en psiquiatría y hace alusión a un cuadro depresivo de una cierta intensidad y consistencia. Es decir, no se plantean dudas de que lo que el paciente tiene es una depresión, ya que presenta una serie de síntomas que se consideran diagnósticos (la presencia de estos síntomas nos permite hacer el diagnóstico con bastante seguridad, y, por lo tanto, poder pensar en el tratamiento adecuado). Este término no pretende hacer alusión a posibles causas internas (biológicas, por ejemplo) o externas (sociales, por ejemplo). Esto supone que bajo el término de depresión mayor pueden englobarse problemas muy diferentes, incluyendo casos más leves y casos más graves.

(Vallejo-Nágera1997)

La *distimia* es un estado de ánimo crónicamente deprimido, menos grave que la depresión y que no cumple los criterios para una depresión mayor, o lo hace sólo en períodos muy cortos. Su evolución suele ser de más de dos años. Se caracteriza por un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado”, perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco interesante. Posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve comparación a la depresión mayor. En 1983, Aiskal la define como “mal humor” y se caracteriza porque “el individuo está habitualmente triste, introvertido, melancólico, excesivamente consciente, incapaz de alegría y preocupado por su insuficiencia personal”. Suele comenzar pronto en la edad adulta y mantenerse durante años. A veces es consecuencia de un episodio depresivo aislado y asociado a acontecimientos conflictivos.

La depresión, depresión mayor y distimia está asociada a una menor sobrevivencia de pacientes con infarto agudo de miocardio (Meijer et al., 2011). Sin embargo, un adecuado abordaje del cuadro afectivo en pacientes con patología coronaria, podría mejorar su pronóstico.

(Pizzi et al., 2011).

➤ Trastorno de Ansiedad

La ansiedad es una de las emociones humanas básicas, pero también un síntoma presente en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. En los trastornos de ansiedad constituye, por cierto el síntoma principal.

La ansiedad normal, promueve una adecuada respuesta adaptativa ante situaciones de tensión, peligro o amenaza. En lo psiquiátrico se percibe como una sensación desagradable, de expectación aprensiva, de presentimiento de peligro y sensación de espera incierta, pero es vivida como una respuesta adecuada y necesaria a la situación. (Eaton 2004)

Estos trastornos constituyen en Estados Unidos la patología psiquiátrica más frecuente, el 8,9% de los norteamericanos sufre de un trastorno ansioso si se toma en cuenta cualquier periodo de seis meses.

La sintomatología de los trastornos ansiosos es bastante similar a la de la crisis de pánico, lo que varía son las circunstancias en las que se produce:

-*Crisis o Ataques de Pánico*: aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, acompañado de diversos síntomas (palpitaciones, sudoración, temblor, malestar o dolor torácico) que alcanzan su intensidad máxima dentro de segundos o minutos y se desvanecen posteriormente.

-*Trastorno por Estrés Post Traumático*: el individuo debe haber estado expuesto a un acontecimiento traumático, en el que ha sufrido presenciado uno o más eventos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o para los demás, y ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso.

-*Trastorno de Ansiedad inducido por Sustancias*: Se caracteriza por el predominio de síntomas de ansiedad, los cuales pueden consistir en ansiedad marcada, crisis de pánico y obsesiones o convulsiones. La historia clínica indica que estos síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia, o por el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la medicación.

➤ Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Actualmente se considera una enfermedad tan frecuente como el asma o la diabetes mellitus, que afecta al 2 o 3 % de la población, entre las enfermedades mentales se ubica después de las fobias, el abuso de sustancias y la depresión.

Es una patología altamente tratable con demostrada eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y terapias conductuales específicas. Estos fenómenos son tremendamente ubicuos, de tal forma que también aparecen en situaciones especiales en personas sanas, en ciertas enfermedades neurológicas y otras enfermedades psiquiátricas distintas al TOC. La organización sintomática del cuadro, indica que el TOC constituye una enfermedad específica de inicio infantojuvenil, tendencia a la cronicidad y relativa estabilidad en los síntomas.

El TOC se manifiesta por una pluralidad de síntomas que afectan diferentes funciones psíquicas, los pacientes presentan frecuentemente múltiples obsesiones y convulsiones, y cambian de síntomas a lo largo del tiempo; pese a esta aparente heterogeneidad, el TOC es bastante más homogéneo ya que, en todos los pacientes se describe la ansiedad como un síntoma afectivo predominante, casi todos los pacientes temen que algo terrible, que les afectara o que les afectara a otros, les

afectara y ellos serán los responsables (pensamiento mágico), las compulsiones inicialmente sirven para reducir la ansiedad aunque de manera transitoria lo cual mantiene y refuerza el entorno y finalmente se observa un permanente conflicto entre componentes-cognitivos e irracionales- emocionales.

➤ Trastornos Adaptativos (TA)

Se caracterizan por presentar síntomas relativamente leves o moderados relacionados siempre con circunstancias vitales estresantes. Tales síntomas no deben corresponder a otras patologías, por ejemplo a algún tipo de enfermedad del ánimo o a un trastorno de ansiedad.

Según DSM-IV la característica esencial de los TA es la aparición de síntomas emocionales y conductuales en respuesta a un estrés psicosocial. Aparece un malestar significativo y un compromiso de la actividad del sujeto, no debiendo considerarse este diagnóstico cuando es la reacción ante un duelo.

Los síntomas no debieran persistir más allá de seis meses una vez que termina el estresor; el estresante puede ser un acontecimiento simple (ruptura sentimental, o bien factores múltiples) (conflictos conyugales, económicos); recurrentes (crisis estacionales en los negocios); continuo (barrio conflictivo); puede afectar a una persona, familia o comunidad (catástrofe natural) y también puede ser dependiente del ciclo vital (ir a la escuela, matrimonio, jubilación, etc).

Con frecuencia se acompañan de una disminución de rendimientos y cambios en las relaciones interpersonales. Existe un mayor riesgo de suicidio o intento de suicidio y en ocasiones puede complicar el curso de una enfermedad somática (falta de cumplimiento de indicaciones, estadías prolongadas o repetidas en un hospital)

➤ Trastorno de la Personalidad

La personalidad es un tema complejo para la psiquiatría, psicología y psicopatología, ha sido definida de distintos modos por diversos autores, dependiendo de los modelos teóricos que utilicen. Según la OMS corresponde a “Un patrón enraizado de modos de pensar, sentir y comportarse que caracterizan el estilo de vida y modo de adaptarse único de un individuo, los que representan la resultante de factores constitucionales, evolutivos y sociales. Estos patrones de

comportamiento tienden a ser estables y a afectar a múltiples dominios conductuales. Se asocian frecuentemente pero no siempre, con grados variables de malestar subjetivo y de alteraciones del comportamiento social”

Algunos de los trastornos de personalidad más comunes son:

-Trastorno Paranoideo de la Personalidad: son individuos suspicaces y excesivamente sensibles a los contratiempos, especialmente se constituyen humillaciones o desaires provenientes de los demás.

-Trastorno Esquizoide de la Personalidad: el individuo se retrae de los contactos emocionales y sociales y tienden a enclaustrarse en sí mismo. Actúan de manera distante, pudiendo tener una intensa vida interior imaginaria, que encubre su incapacidad para expresar sentimientos

-Personalidad Disocial (antisocial, sicopática, asocial, amoral, psicópatas desalmados): llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales y el comportamiento; estos pacientes frecuentemente entran en conflicto con la personalidad por su modo de ser, ya que menosprecian sus obligaciones sociales, no evidencian sentimientos hacia los otros y actúan de forma impulsiva y descontrolada. Estos sujetos aparecen fríos, agresivos o irresponsables, aunque puedan aparentar ser socialmente adecuados y aun atractivos.

-Personalidad Histriónica (histérica, necesitada de estimación): Posee una afectividad superficial e inestable, con tendencia a dramatizar y aumentar sus emociones y con una necesidad de obtener la atención de los demás para sentirse estimado, habiendo una excesiva dependencia de otros. Existe sugestionabilidad fácil y reacciones emocionales abiertas e intensas ante la frustración.

-Personalidad Dependiente (asténica, pasivo dependiente o inadecuada): en esta situación, el paciente debe apoyarse en los demás, apartando pasivamente sus deseos, sin enfrentar activamente y con vigor la vida. La estructura dependiente se somete facialmente a los deseos y necesidades de los otros, porque carece de seguridad en sí mismo. Su autoestima es pobre y tiende a sobrevalorar e idealizar a los demás. Estos sujetos son buenos seguidores o subordinados, pero se descompensan ante situaciones que deban asumir liderazgos.

Por lo anteriormente expuesto es que la meta de impacto para la Salud Mental corresponde a disminuir la discapacidad, en especial la severa. En la actualidad no se dispone de estudios de representatividad nacional sobre este aspecto.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

PRESENTACIÓN

El presente Seminario de Título, nace de una necesidad planteada por el Hospital Psiquiátrico del Salvador, referente a la falta de información del número de pacientes que reciben atención en la institución, pero que jurisdiccionalmente no corresponden al universo de usuarios del SSVSA y que debieran volver a sus Servicios de Salud correspondientes.

Esta inquietud, tiene su origen en el Plan de Salud Mental y Psiquiatría, elaborado el año 2001, durante el Gobierno de Ricardo Lagos Escobar, el que plantea la necesidad de aplicar en Chile un Modelo de Psiquiatría Comunitaria, complementado con el paradigma biopsicosocial, que cambia el foco de atención, desde el médico hacia el paciente y su entorno significativo. La Salud mental tiene, entonces un carácter multisectorial, surgiendo equipos que ponen su interés en la familia, el trabajo y las redes del individuo, el que es apoyado por médicos, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, y la totalidad del equipo de salud. Además, cada hospital público, cuenta con la facultad administrativa de organizar y reestructurar su forma de atención y su radio de acción, sin alterar en forma estructural lo que el MINSAL determina.

Según lo anterior, un grupo de profesionales del HDS, decide sectorizar el policlínico y derivar a todos los pacientes susceptibles de serlo, que no tengan residencia dentro de las comunas que pertenecen al SSVSA. La piedra de tope de esta acción estaba en que no existían antecedentes fidedignos y actualizados del número exacto de usuarios que caían en este perfil y que debían ser incluidos en este proceso.

Por esta razón, la asistente social del policlínico, señora María Cecilia Torres E., propone a este equipo seminarista tomar la responsabilidad de catastrar a quienes, siendo pacientes del hospital, debían ser trasladados a sus comunas de origen.

Así entonces, el presente Seminario de Título se inscribe en el marco de la gestión social, asociado al manejo de información estratégica y el desarrollo de acciones destinadas a optimizar la Gestión en Salud Mental y Psiquiatría de la institución. Para alcanzar este propósito, el equipo seminarista ha desarrollado un

trabajo que combina, en una primera etapa la *recolección y análisis de datos* estadísticos, y en una segunda etapa la gestión necesaria – e inexistente – para crear, afianzar y fortalecer redes con otras instituciones de Salud Mental de carácter público, pertenecientes al Servicio de SSVQ.

3.1.- SISTEMA DE OBJETIVOS

➤ **Objetivo N°1:**

Elaborar un catastro de pacientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador no pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, susceptibles de derivación al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota; utilizando las variables: N° de ficha, Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, RUN, Edad, Sexo, Estado civil, Previsión, Comuna de origen, Dirección, Teléfono, Fecha de ingreso, Diagnostico(s), Tratamiento(s), Medicamento(s), N° de Hospitalizaciones, Fecha de último control, Tiempo de tratamiento, Servicio de salud al que pertenece, Sector actual de atención.

➤ **Definiciones Técnicas Asociadas al Objetivo N° 1**

<p>Previsión</p> <p>FUENTE: www.fonasa.cl www.inp.cl</p>	<p>Se refiere al sistema encargado de financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios. Se divide en pública y privada, pudiendo optar los beneficiarios según su ingreso económico.</p> <p>El organismo público encargado de las prestaciones de salud es FONASA que realiza las funciones de asegurador y de proveedor de servicios; el acceso al sector público está, en principio, abierto a todos y no puede excluir por enfermedad o ingreso.</p> <p>Las entidades privadas, son las ISAPRES, que funcionan como aseguradoras privadas de salud, que captan cotización de un seguro de salud de los afiliados de conformidad con planes de prestación pactados con ellos. Las personas con ingresos estables están obligadas a cotizar el 7% de sus ingresos para financiar el sistema de salud de su preferencia.</p>
<p>Diagnostico</p> <p>FUENTE: www.rae.com www.minsal.cl</p>	<p>En la salud física, el diagnóstico implica la causa de la enfermedad (excepto en aquellas de causa desconocida, que se denominan idiopáticas o esenciales), mientras que en psiquiatría indica, la presencia de una agrupación determinada de síntomas que el psiquiatra objetiva durante la entrevista, pero no una información inequívoca acerca de la causa de dicha enfermedad.</p> <p>En la actualidad, el sistema de clasificación psiquiátrica operativa más conocido y utilizado en los países occidentales está redactado en 1994 por la American Psychiatric Association y se denomina DSM-IV; (se revisa la edición según se van descubriendo nuevas asociaciones de síntomas o se llega a diferentes consensos de los actuales.</p> <p>Además, la sección F de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 ed. (CIE-10) de la OMS está dedicada a los “Trastornos mentales y del comportamiento”, y tiene unas categorías que se parecen bastante a las del DSM-IV. Así, un paciente se puede codificar según el sistema del DSM-IV, o el de la CIE-10. Al codificar un diagnóstico en cualquiera de los dos sistemas referidos se puede saber con fiabilidad y validez lo que le pasa al paciente y cuál puede ser el tratamiento más recomendable para él.</p>
<p>Medicamentos</p>	<p>Son sustancias que, administrada interior o exteriormente, sirven para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de ésta. Los medicamentos en psiquiatría deben usarse después de haber llegado a un diagnóstico correcto y a las dosis adecuadas de acuerdo a las múltiples y particulares circunstancias de cada caso.</p>

➤ ESTRUCTURA DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PARA CATASTRO

CATASTRO	
N° de Ficha Clínica	Numeración interna que se le da a cada paciente que ingresa al HDS
Apellido Paterno	Autoexplicativo
Apellido Materno	Autoexplicativo
RUN	Autoexplicativo
Edad	Nº de años cumplidos a la fecha de levantamiento de información
Sexo	Autoexplicativo
Estado Civil	Se distinguen; Soltero, Casado, Separado, Viudo.
Previsión de Salud	Hace referencia a qué tipo de previsión de salud tiene el paciente: FONASA (A, B, C, D), ISAPRE o no tiene previsión.
Comuna de Origen del Paciente	Refiere a la comuna en que el paciente registraba domicilio al momento de ingresar al Hospital Psiquiátrico del Salvador, no pertenecientes a la jurisdicción del Servicio de Salud Valparaíso San Valparaíso: Petorca, La Ligua, Cabildo, Papudo, Zapallar, Llayllay, Nogales, Calera, La Cruz, Quillota, Hijuelas, Limache, Olmué, Los Andes, Puchuncaví, Quintero, Concón, Viña del Mar, Villa Alemana, Quilpué, Los Vilos e Illapel.
Domicilio	Dirección particular del /la paciente
Número de Teléfono	Autoexplicativo
Comuna Residencial Actual	Registra comuna en que el paciente registra domicilio actualmente. Esto ya que existen usuarios en situación de reclusión o que viven en hogares protegidos que originalmente provienen de otras comunas.
Fecha de Admisión	Refiere a la fecha de inicio de tratamiento en Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Trastornos Psiquiátricos	Refiere a las patologías agrupadas en Trastornos: EQZ, Adaptativo, Personalidad, Bipolar, Patologías Duales.
Uso de Medicamentos	Refiere a si el paciente utiliza y retira fármacos en el Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Atención Psiquiatra	Refiere a si el paciente requiere atención de un médico psiquiatra.
Atención Psicológica	Refiere a si el paciente está en psicoterapia y/o si se le han aplicado exámenes psicométricos.
Hospitalización	Refiere a si el paciente ha requerido o no ser internado en Hospital Psiquiátrico del Salvador.
Atención Odontológica	Refiere a si el paciente ha requerido atención y/o tratamiento dental.
Realización de Hemograma	Refiere a si el paciente requiere o ha requerido exámenes de sangre; acción obligatoria para los pacientes que utilizan el medicamento Clozapina.
Fármacos Utilizados	Medicamentos que utilizan los pacientes catastrados.
N° de Hospitalizaciones	Refiere a la cantidad de veces que el paciente ha necesitado ser internado.
Tiempo de Tratamiento	Refiere al tiempo de tratamiento del paciente, desde la fecha en que fue atendido por primera vez, hasta la última atención que se registra en la ficha clínica. La unidad de medición es en meses
Fecha de Ultimo Control	Refiere a la última fecha en que el paciente tuvo atención en el Hospital Psiquiátrico del Salvador. Se consigna en la ficha clínica, indicando por qué profesional fue atendido: Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera (o), Dentista.
Servicio de Salud Perteneiente	Refiere al Servicio de Salud al que jurisdiccionalmente pertenece el paciente y al cual será derivado: Viña del Mar – Quillota, Aconcagua, Coquimbo
Sector en que se controla	Refiere en qué área del HDS está siendo actualmente atendido el paciente: Sector 1, Sector 2, Sector 3, Unidad de Trastornos Psicóticos, Unidad de Trastornos del Ánimo, Unidad de Fármaco Dependencia.

➤ **Objetivo N°2:**

Fortalecer el equipo de trabajo interno y la red institucional externa de Salud Mental a fin de optimizar el proceso de derivación de pacientes.

- Interno: Funcionarios de Hospital Psiquiátrico del Salvador
- Externo: Jefaturas de Salud Mental y Asistentes Sociales del área de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

➤ **Definiciones Técnicas Asociadas al Objetivo N° 2**

<p>Fortalecimiento Institucional</p> <p>FUENTE: Dora Inés Rey Martínez Jefe CIAF – Colombia</p>	<p>Creación y desarrollo de habilidades y capacidades institucionales e individuales para la solución de problemas y cumplir de manera efectiva con la misión institucional, en un escenario de largo plazo y de sostenibilidad.</p>
<p>Equipo de Trabajo</p> <p>FUENTE: Universitat Jaume I de Castellón</p>	<p>Conjunto formado por un grupo de personas con habilidades técnicas y personales complementarias, que interactúan para el logro de un propósito común que requiere de un esfuerzo conjunto y sinérgico que facilitará la obtención de un resultado del que todos son responsables de forma colectiva y rigiéndose bajo un mismo mando.</p>
<p>Red en Salud</p> <p>FUENTE: Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. MINSAL, 2001</p>	<p>Vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes.</p>
<p>Derivación</p> <p>FUENTE: www.redsalud.gov.cl/ www.minsal.cl</p>	<p>Es el acto de remitir a un paciente, mediante un parte interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.</p>

➤ **Decisiones Metodológicas asociadas al Objetivo N° 2**

<p>Técnicas de trabajo</p>	<p>Reunión: Permite que el equipo seminarista intercambie información y logre algún tipo de compromiso con profesionales del área de la Salud Mental, para conseguir las metas fijadas.</p> <p>Entrevista: Conversación que propone y dirige el equipo seminarista con una o más personas, que tengan cierto dominio de los temas abordados (Salud Mental, Gestión en Salud Mental, Patologías Psiquiátricas) con el objetivo de obtener información y/u opiniones al respecto</p> <p>Exposición: Presentación realizada por el equipo seminarista, con apoyo de TIC'S, a distintos estamentos profesionales vinculados con Salud Mental, pertenecientes al Hospital Psiquiátrico del Salvador y al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para dar a conocer y socializar el proceso de sectorización y derivación de pacientes del HDS.</p> <p>Utilización de TIC's: Son las tecnologías de la Información y Comunicación,</p>
-----------------------------------	--

	<p>herramientas computacionales que, en este caso, presentan información relevante de manera que exista mayor atención e interés por parte de la audiencia, y por lo tanto, se puedan reforzar los objetivos planteados.</p>
Estructura de Trabajo	<p>Para cumplir con el objetivo, el equipo seminarista realizó varias acciones tendientes a coordinar reuniones con profesionales vinculados a la Salud Mental; tanto para exponer el proceso que actualmente vive el Hospital Psiquiátrico del Salvador, como para identificar redes y crear lazos, que fortalezcan el accionar del Hospital. Para tal efecto, se utilizaron distintos medios para gestionar; estos son:</p> <p>Gestión telefónica: Inicialmente se utilizó para obtener información de quiénes serían las personas idóneas para establecer un diálogo y/o vínculo profesional y posteriormente fue necesaria para confirmar y concretar líneas de acción.</p> <p>Gestión por escrito: Se considera como una etapa intermedia, posterior a un primer acercamiento telefónico; el equipo seminarista, redacta y envía cartas por medio de correo electrónico para coordinar visitas y reuniones.</p> <p>Gestión presencial: Se considera el punto cúlmine y final del proceso de gestión desarrollado por el equipo seminarista. Corresponde a la etapa en que las alumnas se trasladan a los Centros de Salud Mental que recibirán a pacientes derivados del Hospital Psiquiátrico del Salvador y que respondieron a sus gestiones previas. En esta instancia, se hará una presentación del estudio realizado, informando el número de pacientes que recibirá cada institución; para luego dar la posibilidad que la contraparte entregue sus opiniones y sugerencias.</p> <p>Todo lo anterior quedará registrado por escrito y fotográficamente.</p>
Beneficiarios	<p>Nivel Institucional:</p> <p>Interno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistentes Sociales: Profesionales pertenecientes a las distintas unidades del Hospital Psiquiátrico del Salvador; una parte de ellos realizan atención abierta a pacientes ambulatorios, y otra parte se aboca a pacientes hospitalizados. - Enfermeras (os): Aquellas (os) que cumplen funciones en el policlínico del Hospital. - Paramédicos: Quienes tienen atención a los pacientes del policlínico del Hospital. - Médicos Psiquiatras: Profesionales que realizan sus funciones en el Policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador, pertenecientes a los sectores 2 y 3, A la Unidad de Trastornos Psicóticos y Unidad de Fármaco Dependencia. - Administrativos: Personal del S.O.M.E., de recaudación y citaciones. <p>Externo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistentes Sociales: Profesionales que atienden las distintas unidades de Salud Mental de los Hospitales Gustavo Fricke, Quilpué y Quillota. - Jefes de Salud Mental: Médicos Psiquiatras encargados de las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Gustavo Fricke y de Quilpué y Psicólogo a cargo de Salud Mental de Quillota.
Responsables	Equipo Seminarista

➤ **Objetivo N° 3:**

Identificar puntos críticos del proceso de derivación Hospital Psiquiátrico del Salvador - Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, desde la experiencia de los y las pacientes derivados y los equipos de Salud Mental de las siguientes instituciones:

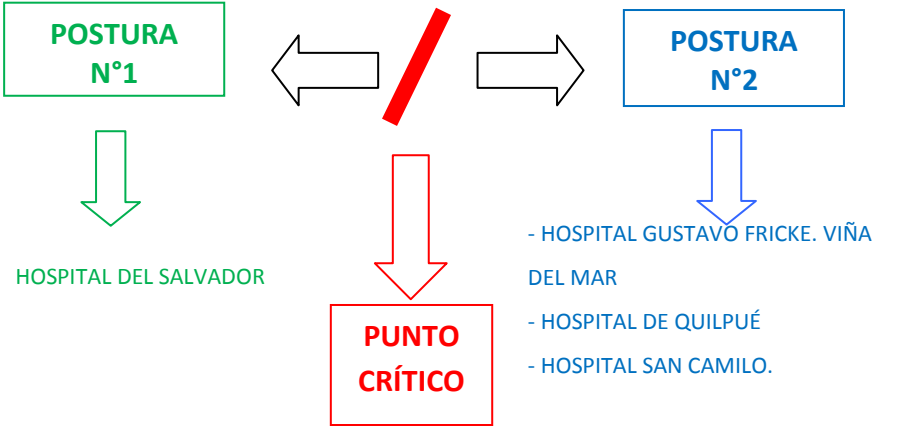
- Hospital Gustavo Fricke
- Hospital de Quilpué
- Hospital de Quillota

➤ **Definición Técnica Asociada al Objetivo**

Punto Crítico	Se entiende como un punto singular, donde no existe acuerdo o consenso. También llamado punto cero o punto muerto
FUENTE: "Economía", Samuelson, Nordhaus. Ed. Mc Graw Hill (1990)	

➤ **Decisiones Metodológicas asociadas al Objetivo N° 3**

Técnicas de trabajo	<p>Reunión: El Equipo Seminarista recibe información de profesionales del área de la salud mental, respecto a sus puntos de vista del proceso de derivación de pacientes.</p> <p>Acompañamiento: Encuentro del equipo seminarista con pacientes, para apoyarlos en la creación de una red que los oriente, contenga, apoye y eduque.</p> <p>Entrevista: Elemento complementario al acompañamiento. Conversación dirigida por el equipo seminarista a pacientes que han sido derivados desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador, con el objetivo de obtener información y/u opiniones respecto al proceso.</p>
Estructura de Trabajo	<p>Recolección de información: El equipo seminarista, recopila la información entregada de forma individual o grupal por parte de los distintos actores, respecto a sus puntos de vista y dudas acerca del proceso de derivación.</p> <p>Análisis de Información: El equipo seminarista reflexiona respecto a los temas planteados y descubre los puntos críticos que surgen de este análisis.</p> <p>Conclusiones, productos y propuestas de mejora: El equipo seminarista saca conclusiones respecto a las posturas divergentes y a los puntos críticos surgidos; indicando las posibles consecuencias que surgirán si se mantiene la discordancia y proponiendo mejoras para las situaciones planteadas.</p>
Beneficiarios	<p>Nivel Institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital Psiquiátrico del Salvador - Unidades de Salud Mental de los tres principales hospitales del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota: <ul style="list-style-type: none"> - Gustavo Fricke de Viña del Mar - Quilpué - San Camilo de Quillota. <p>Particularmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directores de Unidades de Salud mental - Asistentes Sociales - Enfermeras <p>Nivel Usuario: Pacientes seleccionados para ser parte del proceso de acompañamiento y seguimiento por parte del equipo seminarista.</p>

Identificación de puntos críticos	<p>La recopilación de información para obtener los puntos críticos del proceso de derivación, contempla la mirada de todos los actores involucrados, teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes, los Centros de Salud Mental receptores de pacientes y el Hospital Psiquiátrico del Salvador, para lograr así un análisis que contenga las distintas posturas al respecto.</p> <p>Para identificar los puntos críticos, se llevan a cabo entrevistas, reuniones y acompañamientos entendiendo que sus puntos de vista tienen posibilidad de vincularse con los de la institución. La combinación de dos expectativas – la del HDS versus la de las otras instituciones y los pacientes – dará fuerza a la gestión del proceso de derivación, ya que se debe establecer un equilibrio entre lo que los actores externos buscan y la finalidad propuesta por el Hospital Psiquiátrico del Salvador.</p> <p>Para esto, se evalúan y rescatan las principales posturas, para sistematizarlas y traducirlas en futuras acciones de trabajo por parte de las distintas instituciones de Salud Mental.</p>														
Esquema de determinación de Puntos Críticos	 <p style="text-align: center;">De no llegarse a un acuerdo entre las partes surgen</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> CONSECUENCIAS </div>														
Graduación de Puntos Críticos	<p>PUNTOS CRÍTICOS: Corresponde a un punto singular, donde no existe acuerdo o consenso. También llamado punto cero o punto muerto.</p> <table border="1" data-bbox="488 1447 1430 2070"> <thead> <tr> <th data-bbox="488 1447 662 1515">POSTURA N° 1</th> <th data-bbox="662 1447 852 1515">POSTURA N° 2</th> <th data-bbox="852 1447 1031 1515">PUNTO CRÍTICO</th> <th data-bbox="1031 1447 1258 1515">CONSECUENCIA</th> <th data-bbox="1258 1447 1430 1515">PROPUESTAS DE MEJORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="488 1515 662 2070">Posición o accionar que ha mantenido el HDS que produce efectos o problemas en los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y en los pacientes derivados</td> <td data-bbox="662 1515 852 2070">Punto de vista o posición antagonista a la del HDS, por parte de los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y de los pacientes, durante el proceso de derivación.</td> <td data-bbox="852 1515 1031 2070">Punto en que se produce desacuerdo o falta de consenso entre las dos posturas ya planteadas.</td> <td data-bbox="1031 1515 1258 2070">Efecto que se producirá si no se llega a acuerdo respecto a las dos posiciones divergentes.</td> <td data-bbox="1258 1515 1430 2070">Sugerencias planteadas por el equipo seminarista para dar fin a las posiciones antagónicas que generan un punto crítico.</td> </tr> </tbody> </table>					POSTURA N° 1	POSTURA N° 2	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA	Posición o accionar que ha mantenido el HDS que produce efectos o problemas en los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y en los pacientes derivados	Punto de vista o posición antagonista a la del HDS, por parte de los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y de los pacientes, durante el proceso de derivación.	Punto en que se produce desacuerdo o falta de consenso entre las dos posturas ya planteadas.	Efecto que se producirá si no se llega a acuerdo respecto a las dos posiciones divergentes.	Sugerencias planteadas por el equipo seminarista para dar fin a las posiciones antagónicas que generan un punto crítico.
POSTURA N° 1	POSTURA N° 2	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA											
Posición o accionar que ha mantenido el HDS que produce efectos o problemas en los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y en los pacientes derivados	Punto de vista o posición antagonista a la del HDS, por parte de los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y de los pacientes, durante el proceso de derivación.	Punto en que se produce desacuerdo o falta de consenso entre las dos posturas ya planteadas.	Efecto que se producirá si no se llega a acuerdo respecto a las dos posiciones divergentes.	Sugerencias planteadas por el equipo seminarista para dar fin a las posiciones antagónicas que generan un punto crítico.											
Responsables	Equipo Seminarista														

3.2.- SISTEMAS DE REGISTRO

Los sistemas de registros diseñados para la presente experiencia de Seminario de Título son los siguientes:

FICHA DE REGISTRO		Se plasma de manera escrita cada actividad correspondiente a una gestión dentro del Seminario de Título.			
Actividad N°		Cada actividad se enumera secuencialmente desde el número uno en adelante.			
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
Indica de qué manera se identifica la actividad.	Indica bajo que lineamientos se desarrolla la actividad.	Indica quienes son parte de la actividad.	Indica el día en que se realiza la actividad.	Indica la ubicación geográfica en que se realiza la actividad.	Indica los tipos de registro seleccionados.
Antecedentes de la actividad		Entrega datos que sitúan temporal y espacialmente la actividad y la individualiza con un nombre acorde a la situación ocurrida.			
Nombre Fecha Hora de Inicio Hora de Término Lugar					
Participantes		Identifica a quienes son parte de la actividad.			
Síntesis de la actividad		Corresponde a un breve resumen de los hechos ocurridos en la actividad, de manera cronológica y objetiva, sin emitir juicios de valor.			
Análisis por Eje Temático		<p>Observaciones respecto a la actividad, basadas en los pilares que sustentan y fundamentan el seminario de título.</p> <p>Salud y Salud mental: Cada mención o comentario vinculado a esta temática, es brevemente explicada y/o evaluada en su sustento teórico.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Cada mención o comentario vinculado a esta temática, es brevemente explicada y/o evaluada en su sustento teórico.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Cada mención o comentario vinculado a esta temática, es brevemente explicada y/o evaluada en su sustento teórico.</p>			
Juicio Profesional		Emite un informe o conclusión abreviada, desde el punto de vista de los conocimientos y técnicas correspondientes al Trabajo Social.			
Medio de Verificación		Aplicación de medios visuales y/o gráficos que respalden lo descrito en los puntos anteriores.			

CRÓNICA	Se plasma de manera escrita cada actividad correspondiente a un hito dentro del Seminario de Título.
Antecedentes de la actividad Nombre de la actividad Fecha Hora de Inicio Hora de Termino Lugar	Entrega datos que sitúan temporal y espacialmente la actividad y la individualiza con un nombre acorde a la situación ocurrida.
Participantes Coordinadores	Identifica a quienes son parte de la actividad. Indica a quienes gestan y organizan la actividad. Incluye al equipo seminarista y en determinadas oportunidades a supervisora institucional.
Temáticas abordadas	Enumera los tópicos expuestos en la actividad, sin ser desarrollados.
Síntesis de la Actividad	Corresponde a un breve resumen de los hechos ocurridos en la actividad, de manera cronológica y objetiva, sin emitir juicios de valor.
Análisis de Ejes Temáticos	Observaciones respecto a la actividad, basadas en los pilares que sustentan y fundamentan el Seminario de Título. Salud y Salud Mental: Cada mención o comentario vinculado a esta temática, es brevemente explicada y/o evaluada en su sustento teórico. Gestión en Salud Mental: Cada mención o comentario vinculado a esta temática, es brevemente explicada y/o evaluada en su sustento teórico. Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Cada mención o comentario vinculado a esta temática, es brevemente explicada y/o evaluada en su sustento teórico.
Juicio Profesional	Emite un informe o conclusión abreviada, desde el punto de vista de los conocimientos y técnicas correspondientes al Trabajo Social.
Medio de Verificación	Aplicación de medios visuales y/o gráficos que respalden lo descrito en los puntos anteriores.

ACOMPañAMIENTO DE PACIENTES	Registro de la actividad en que pacientes seleccionados para la derivación y acompañamiento, acuden por primera vez a su nueva institución de atención.
Paciente N°	Se asigna a cada paciente un número, para resguardar su identidad.
Edad	Autoexpliactivo.
Sexo	Autoexpliactivo.
Ciudad / Comuna	Lugar en que registra domicilio actual, que genera la derivación del paciente.
Fecha Citación	Refiere al día en que el paciente debe acudir a su nuevo centro de atención.
Hora Citación	Refiere a la hora en que el paciente debe acudir a su nuevo centro de atención.
Hora Atención	Refiere a la hora en que el paciente efectivamente recibe atención.
Descripción de la experiencia	Se expone brevemente lo acontecido en el transcurso de la actividad.

PUNTOS CRÍTICOS				
POSTURA N° 1	POSTURA N° 2	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA
Posición o accionar que ha mantenido el Hospital Psiquiátrico del Salvador previo al proceso de derivación, que produce efectos o problemas en los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y en los pacientes derivados	Punto de vista o posición antagonista a la del HDS, por parte de los Centros de Salud Mental de Viña del Mar, Quilpué o Quillota y de los pacientes, durante el proceso de derivación.	Punto en que se produce desacuerdo o falta de consenso entre las dos posturas ya planteadas.	Efecto que se producirá si no se llega a acuerdo respecto a las dos posiciones divergentes.	Sugerencias planteadas por el equipo seminarista para dar fin a las posiciones antagónicas que generan un punto crítico.

CAPÍTULO IV

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

**4.1.- Elaboración Catastro de
Pacientes susceptibles de ser
derivados del Hospital del Salvador**

**A. Construcción de Catastro de Pacientes
susceptibles de ser derivados del
Hospital del Salvador**

PRESENTACIÓN

A continuación se presentan las acciones desarrolladas en el marco del trabajo destinado a la elaboración del catastro de pacientes no pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Estas acciones fueron desarrolladas según el siguiente detalle:

➤ Reuniones de Trabajo para elaboración de Catastro

Fecha	Actividad	Equipo Participante
04 de abril de 2012	“Entrevista de coordinación para proceso de catastro”	- Asistente Social María Cecilia Torres - Equipo seminarista
05 de abril de 2012	“Entrevista para autorización de revisión de fichas clínicas”	- Jefa SOME, Sandra Riquelme - Asistente Social, María Cecilia Torres - Equipo seminarista
12 de abril de 2012	“Entrevista con Doctor Ulises Ríos”	- Dr. Ulises Ríos - Equipo seminarista
08 junio de 2012	“Entrevista con Doctores Álvaro Cavieres y César Solanas”	- Dr. Álvaro Cavieres - Dr. Cesar Solanas - Equipo seminarista

➤ Actividades para elaboración de Catastro

Fecha	Actividad	Equipo Participante
5 de abril a 15 de junio de 2012	“Revisión de fichas clínicas, para la confección de catastro”	Equipo seminarista
18 a 22 de junio de 2012	“Revisión de fichas clínicas de pacientes que utilizan el medicamento Clozapina”	Equipo seminarista
25 a 29 de junio de 2012	“Proceso de tabulación y obtención de resultados de catastro”	Equipo seminarista

➤ **Registros de Reuniones de Trabajo
para la elaboración de Catastro**

Actividad N° 1					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Entrevista de coordinación para proceso de catastro”	Coordinar con Asistente Social María Cecilia Torres la realización de catastro de fichas clínicas.	Asistente Social María Cecilia Torres Equipo seminarista	04 de abril de 2012	Box N° 2 Policlínico HDS	Registros: De gestión Fotográfico
Antecedentes de la actividad					
Nombre: “Entrevista de coordinación para proceso de catastro” Fecha: 04 de abril de 2012 Hora de Inicio: 09:00 hrs. Hora de Término: 10:15 hrs. Lugar: Box N° 2 Policlínico HDS					
Participantes		- Asistente Social María Cecilia Torres Escobar - Equipo Seminarista de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso			
Síntesis de la actividad		Previa coordinación telefónica, se fija una entrevista con Asistente Social María Cecilia Torres. A la hora acordada se inicia la actividad, en la que el equipo seminarista plantea su metodología de trabajo y la asistente social sugiere realizar una coordinación con la jefa de SOME, para obtener la autorización necesaria.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: Se analiza que el aumento de las patologías psiquiátricas se debe en parte al cambio en el perfil epidemiológico, que ocurre por la mayor sobrevivencia de la población y por el descenso en la morbilidad asociada a causas evitables. Lo que condiciona que grupos nuevos y más numerosos alcancen niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas. En este contexto, la asistente social indica que el HDS aplica el Modelo Social-Comunitario, con estrategias orientadas a desarrollar un proceso de rehabilitación y reinserción socio-laboral del paciente, dentro del que se encuentra la derivación a los servicios de salud originarios de los pacientes.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se plantea que gracias al Plan de Salud Mental y Psiquiatría, han mejorado la gestión de servicios, los recursos materiales, humanos y financieros, y actualmente se trabaja en procesos de atención más personalizados y expeditos. Por esto, HDS aprovecha estas condiciones para contra referir a los pacientes a sus servicios, que cuentan actualmente con menos pacientes psiquiátricos v/s mayor cantidad de profesionales, que en muchas ocasiones son equipos de salud mental sub utilizados.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se recaba información con la asistente social de patologías y tratamientos más comunes.</p>			
Juicio Profesional		La actividad resultó positiva, se intercambió gran cantidad de conocimientos e inquietudes respecto a la sectorización del policlínico de HDS, tema en proceso de ejecución, y a la importancia de los actuales planes de Salud Mental.			
Medio de Verificación					

Actividad N° 2					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Entrevista para autorización de revisión de fichas clínicas”	Conseguir autorización para la revisión de fichas clínicas de pacientes de HDS.	Jefa SOME Sandra Riquelme Asistente Social María Cecilia Torres Equipo seminarista	05 de abril de 2012	Oficina Jefatura SOME Policlínico HDS	Registro de gestión Registro Fotográfico
Antecedentes de la actividad					
Nombre:		“Obtención de autorización para revisión de fichas clínicas”			
Fecha:		05 de abril de 2012			
Hora de Inicio:		15:00 hrs.			
Hora de Término:		15:45 hrs.			
Lugar:		Oficina Jefatura SOME Policlínico HDS			
Participantes		<ul style="list-style-type: none"> - Jefa SOME Sandra Riquelme - Asistente Social María Cecilia Torres Escobar - Equipo seminarista de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso 			
Síntesis de la actividad		Se realiza una entrevista con jefa SOME, donde se plantea la necesidad de revisión de fichas clínicas para el catastro a realizar como parte del seminario de título, junto a ello se efectúa un intercambio de información respecto a funcionamiento de departamento de archivo.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: La jefa de SOME retroalimenta a las participantes de la importancia de la salud ya que es producto de complejas interpretaciones entre procesos biológicos, culturales, económicos. Las alumnas seminaristas refieren la atención personalizada como condición esencial para la mejora de las condiciones y calidad de vida de los pacientes del HDS.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Las participantes de la entrevista manifiestan su interés para gestionar una óptima prestación del servicio que se entrega a los usuarios que consultan y demandan atención. Se enfoca en la obtención de la autorización para la manipulación de las fichas clínicas y de las coordinaciones que dentro de los próximos dos meses se realizarán para la óptima derivación de los pacientes no pertenecientes al SSVS.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se señalan estudios realizados anteriormente en HDS referentes a la prevalencia de vida de los pacientes, especialmente cuando tratan de comparar la composición de los grupos etarios. Se concluye que logran identificar eventuales asociaciones con factores protectores y de riesgo. Por otro lado, se plantea la necesidad de traspasar esta información a los equipos de Salud Mental de los consultorios que se contra referirán los pacientes no pertenecientes al SSVS</p>			
Juicio Profesional		De acuerdo al objetivo de la actividad este se cumple, puesto que la Jefa de SOME autoriza al equipo seminarista a la revisión de fichas medicas de los pacientes, a ello se suma que en compañía de María Cecilia Torres, las alumnas son presentadas formalmente en el departamento de archivo donde se designa que el equipo seminarista tendrá acceso a manipular las fichas de 11:00 a 12:00 hrs de lunes a viernes.			

Actividad N° 3					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Entrevista con Doctor Ulises Ríos”	Obtener documento (s) sobre bases teóricas de la sectorización del Policlínico HDS.	Dr. Ulises Ríos Equipo seminarista	12 de abril de 2012	Box N° 8 Policlínico HDS	Registro de gestión Material recibido por correo electrónico
Antecedentes de la actividad					
Nombre:		“Entrevista con Doctor Ulises Ríos”			
Fecha:		02 de agosto de 2012			
Hora de Inicio:		14:00 hrs.			
Hora de Término:		14:30 hrs.			
Lugar:		Box N° 8 Policlínico HDS			
Participantes		-Alumnas Seminaristas -Doctor Ulises Ríos			
Síntesis de la actividad		Se realiza una entrevista con el Doctor Ulises Ríos, quien participó en la creación y asesoramiento del proyecto de sectorización del policlínico de HDS, respecto a ello refiere los parámetros utilizados para el surgimiento de los sectores y las bases teóricas, legales en la que descansa el proyecto.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: En la reunión el doctor explica que todo el proceso de sectorización se basa y se respalda en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000- 2010, respecto a ello se toman algunas ideas de este documento, aclara que el HDS se rige bajo este documento ya que no ha llegado el nuevo Plan 2010-2012 y que la sectorización surge propiamente tal como un proceso administrativo del hospital.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se produce un intercambio de información en cuanto a los avances del seminario de título que llevan a cabo las alumnas, se dan datos del catastro y se informa los pasos a seguir, el entrevistado sugiere que en las próximas coordinaciones con las Asistentes Sociales se deje en claro que el proceso de sectorización se realiza para optimizar los recursos del HDS, para mejorar su atención y que se realizaron sectores basados en la información demográfica, las patologías y per cápita de pacientes de los consultorios.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: No se observa.</p>			
Juicio Profesional		<p>La entrevista resulta provechosa ya que el doctor aclara dudas respecto a la parte legal del proceso de sectorización, se muestra interesado en las coordinaciones que las alumnas realizaran y especialmente al acompañamiento de pacientes que deben ser derivados.</p> <p>Junto a ello, el entrevistado se compromete a mandar presentaciones power point que contienen información de cómo surge el proceso de sectorización y bajo la norma que se rige</p>			

Actividad N° 4					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Entrevista con Doctores Cavieres y Solanas”	Ordenar patologías de catastro por categorías.	Dr. Álvaro Cavieres Dr. Cesar Solanas Equipo seminarista	8 de junio de 2012	Box N° 13 Policlínico HDS	Registros de: Crónica Fotográfico
Antecedentes de la actividad					
Nombre:		“ Entrevista con Doctores Álvaro Cavieres y Cesar Solanas”			
Fecha:		08 de junio de 2012			
Hora de Inicio:		16:20 hrs.			
Hora de Término:		16:45 hrs.			
Lugar:		Box N° 13 Policlínico HDS			
Participantes		-Dr. Álvaro Cavieres -Dr. Cesar Solanas -Alumnas seminaristas			
Síntesis de la actividad		Las alumnas seminaristas realizan una entrevista a fin de clasificar las patologías levantadas en el catastro de datos, se comienza por comentar el programa estadístico en el que se creó la base de datos y posteriormente nombrar las enfermedades diagnosticadas a las personas no pertenecientes al SSVSA, para luego los doctores en conjunto ordenarlas según trastornos.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: No se observa.</p> <p>Gestión en Salud Mental: No se observa.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: De acuerdo a la información recopilada en el catastro se da a conocer a los doctores que hay 29 patologías presentes en éste, dentro de las cuales pacientes presentan patologías duales es decir la presencia de más de una enfermedad, a ello los doctores recomiendan sintetizar los datos y clasificar las patologías bajo trastornos, explicando que un trastorno puede contener diversas enfermedades:</p> <p>-“Trastorno Esquizofrenia”: Esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrenica, esquizofrenia catatónica, trastorno paranoide, Tras.psicótico, psicosis, psicosis aguda, Psicosis Paranoide.</p> <p>-“Trastorno Adaptativo”: Tras. adaptativo</p> <p>-“Trastorno de Personalidad”: Tras. Paranoide Limítrofe, Tras. Antisocial, Tras. Personalidad, personalidad Borderline, personalidad Clusterber.</p> <p>-“Trastorno Bipolar”: Tras. Bipolar, Tras. Afectivo.</p> <p>-“Trastorno Ansioso”: Ansiedad, Tras. Angustioso.</p> <p>-“Trastorno Obsesivo Compulsivo”: Tras. Obsesivo Compulsivo (TOC).</p> <p>-“Trastorno de Demencia”: Daño Orgánico Crónico (DOC)</p> <p>-“Trastorno Depresivo Mayor”: Depresión, Depresión Mayor, Distimia.</p> <p>-“Trastorno de Adicción”: Abuso alcohol, consumo de sustancias, consumo de polisustancias, farmacodependencia</p> <p>-“Trastorno Epiléptico”: Epilepsia.</p>			
Juicio Profesional		La entrevista resulta positiva ya que los doctores explican los motivos de las clasificaciones a las alumnas y muestran buena disponibilidad, además de ello recomiendan algunos tips para así mantener el orden estético en las tablas de frecuencias y en los gráficos.			
Medio de Verificación					

➤ **Registros de Actividades de Trabajo**

Actividad N° 1					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Revisión de fichas clínicas, para la confección de catastro”	Realizar catastro de fichas clínicas de pacientes no pertenecientes al SSVSA	Equipo seminarista	5 de abril a 15 de junio de 2012	Box N° 2 Policlínico Unidad de Archivos	Registro de gestión Registro fotográfico Base de datos en SPSS
Antecedentes de la actividad					
Nombre: “Revisión de fichas clínicas, para la confección de catastro”					
Fecha: 05 de abril a 15 de junio de 2012					
Hora de Inicio: 11:00 hrs.					
Hora de Término: 16:45 hrs.					
Lugar: Box N° 2 Policlínico HDS					
Participantes		Equipo Seminarista			
Síntesis de la actividad		Se da inicio a la actividad construyendo una base de datos en el programa estadístico SPSS donde se levanta la siguiente información: N° de ficha, Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, RUN, Edad, Sexo, Estado civil, Previsión, Comuna de origen, Dirección, Teléfono, Fecha de ingreso, Diagnostico (s), Tratamiento (s), Medicamento (s), N° de Hospitalizaciones, Fecha de último control, Tiempo de tratamiento, Servicio de salud al que pertenece.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: De acuerdo a lo revisado en cada ficha médica, el equipo seminarista reflexiona respecto a que muchas veces la existencia de un trastorno mental se mantiene oculto, por voluntad del paciente o simplemente porque éste o sus familiares no lo reconocen como una enfermedad y con frecuencia se considera que el abandono, la reclusión o el aislamiento son la única solución al problema que significa una persona enferma. Sin embargo, los registros en las fichas clínicas muestran que las personas aquejadas de una enfermedad mental pueden mejorar y ser útiles a la sociedad.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Tras lo visto en el HDS las alumnas deliberan que el desarrollo de redes integradas de Salud Mental es fundamental. Los servicios se deben entregar en redes sectorizadas por territorios, lo que permite asegurar que los usuarios tengan continuidad en esta entrega de servicios.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: La mayor prevalencia usuarios del HDS que deben ser derivados presentan trastornos ansiosos, afectivos, por sustancias lícitas e ilícitas, personalidad antisocial y otros trastornos (EQZ). Junto a ello se produce una mezcla de patologías, lo que significa que un paciente puede padecer una patología dual (EQZ y consumo de OH).</p>			
Juicio Profesional		El objetivo propuesto se cumple, junto a ello se recaba información precisa y muy relevante para ver los lineamientos a seguir como segundo paso del Seminario de Título. Obteniendo una gran base de datos actualizados para el HDS.			
Medio de Verificación					

Actividad N° 2					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Revisión de fichas clínicas de pacientes que utilizan el medicamento Clozapina”	Incorporar al catastro los pacientes que utilizan clozapina, no pertenecientes al SSVSA.	Equipo seminarista	18 a 22 de junio de 2012	Box N° 2 Policlínico HDS	Registro de Crónica Registro Fotográfico Base de datos en programa estadístico SPSS
Antecedentes de la actividad					
Nombre:		“Revisión de fichas clínicas de pacientes que utilizan el medicamento Clozapina, para la confección de catastro de pacientes no pertenecientes al SSVSA”			
Fecha:		18 a 22 de junio de 2012			
Hora de Inicio:		09:00 hrs.			
Hora de Término:		15:00 hrs.			
Lugar:		Box N° 17 Policlínico HDS			
Participantes		Alumnas seminaristas			
Síntesis de la actividad		El equipo seminarista deja una semana para la revisión exhaustiva de las fichas que son pacientes con clozapina ya que las fichas clínicas están en un box especial y se identifican ya que poseen un borde rojo.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: La personalización de la atención es fundamental en Salud Mental, porque se establece un vínculo terapéutico que permite la interacción del paciente y su familia con el médico tratante.</p> <p>Esto es aún más importante en pacientes que utilizan clozapina, puesto que deben cumplir con su tratamiento de forma rigurosa, principalmente con la toma de hemogramas semanales, donde el apoyo de la familia es fundamental, para que así, este fármaco de última generación mejore la calidad de vida del paciente.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Respecto a la información recabada, se puede observar que los equipos clínicos sondean permanentemente a usuarios y sus familias respecto a su satisfacción con la evolución del tratamiento. Lo que es informado a la Seremi de Salud periódicamente.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: La clozapina se considera el prototipo de antipsicótico atípico y un fármaco de reserva por su especial toxicidad. Sus principales indicaciones son esquizofrenias resistentes a otros antipsicóticos, además también se utilizada en otros trastornos con síntomas psicóticos (trastornos bipolares y depresivos). La clozapina es el fármaco de elección en la esquizofrenia infantil, junto con tratamientos psicológicos ya que mejora en las habilidades evolutivas y sociales.</p>			
Juicio Profesional		La actividad es evaluada como positiva, ya que se revisan todas las fichas clozapina dos veces tomando los datos de los pacientes que deben ser derivados, junto a ello las alumnas se interiorizan respecto al uso del medicamento en cuanto a sus efectos positivos y negativos.			
Medio de Verificación					

Actividad N° 3					
Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
Proceso de tabulación y obtención de resultados de catastro.	Analizar los datos obtenidos en levantamiento de información de catastro de pacientes no pertenecientes al SSVSA.	Equipo seminarista	25 a 29 de junio de 2012	Box N° 2 Policlínico HDS	Registro de Crónica Registro Fotográfico Tablas de frecuencias y gráficos de datos en SPSS

Antecedentes de la actividad
Nombre: “Analizar los datos obtenidos en proceso de levantamiento de información de catastro de pacientes no pertenecientes al SSVSA.”
Fecha: 25 a 29 de junio de 2012
Hora de Inicio: 10:00 hrs.
Hora de Término: 13:15 hrs.
Lugar: Box N° 2 Policlínico HDS

Participantes Alumnas seminaristas

Síntesis de la actividad Se ordena la base de datos del programa estadístico SPSS y se realizan ejercicios de analizar tablas de frecuencias y gráficos, junto a ello el equipo seminarista analizan la información recopilada en las tablas de frecuencias arrojadas del catastro

Análisis por Eje Temático

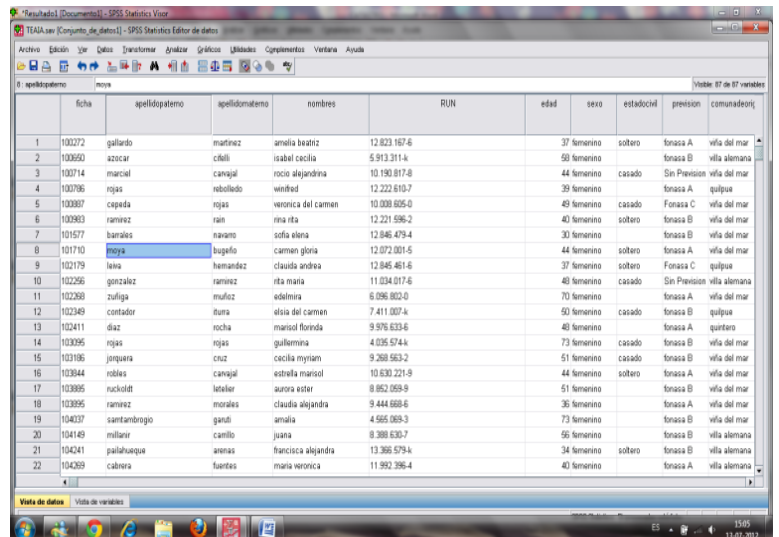
Salud y Salud Mental: Al revisar las fichas, las alumnas seminaristas descubrieron que las primeras consultas de los pacientes con los médicos psiquiatra se refieren a situaciones con denominadores comunes, como malestar con la pareja, problemas en sus puestos de trabajo con jefaturas o compañeros de labores y por falta de manejo de habilidades sociales.

Gestión en Salud Mental: Tras los resultados obtenidos, los usuarios y sus familias pueden desarrollar habilidades sociales y sentimientos de pertenencia social, que de todos modos mejorarán su percepción de bienestar. Uno de los grandes problemas que afectan la salud mental es la pérdida del tejido social, el aislamiento social en que se vive, por lo tanto todo servicio que se entregue debe ser capaz de generar o restablecer las redes sociales, que actúan como un factor protector.

Perfil general de Patologías Psiquiátricas: El ser humano está inserto en un medio y en una sociedad, y por lo tanto no puede ser ajeno a los vaivenes sociales y a los cambios que se produzcan en su entorno por lo que La labor de la psiquiatría no se reduce a los estrictamente clínico, sino que también tiene una función preventiva y rehabilitadora, de las patologías psíquicas del ser humano.

Juicio Profesional Al terminar la tabulación de los datos, las alumnas dan por cumplido el objetivo, pero se abre un camino a seguir con los pacientes que no pertenecen al SSVSA, por lo que se inicia el segundo paso del seminario de título que es la gestión para que estos pacientes sean atendidos en sus Servicios de Salud correspondientes.

Medio de Verificación



**B.- Resultados de Catastro de
Pacientes susceptibles de ser
derivados del Hospital Del Salvador**

➤ **RESULTADOS DE VARIABLES CORRESPONDIENTES AL CATASTRO**

En el periodo de abril a junio de 2012 el equipo seminarista realiza un catastro del archivo de fichas de pacientes para diferenciar a la cobertura de atención del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y que actualmente se atienden en el Policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador respecto de quienes no les corresponde cobertura. A partir de la información obtenida se crea una base de datos en el programa estadístico SPSS Statistics versión 17.0.

Actualmente, en el archivo de fichas del HDS se encuentran 48.177 fichas de pacientes que han presentado atención al menos en los últimos 6 meses; dentro de esta cifra, se incluyen todas las unidades del establecimiento, no existiendo un número exacto de las atenciones en el policlínico, puesto que los pacientes están en constante circulación, promediando una atención mensual de 3.868 pacientes. Por lo tanto, de acuerdo a las fichas revisadas, 437 no pertenecen al SSVSA, alcanzando aproximadamente al 11,5 % de las atenciones mensuales en el policlínico.

Tabla N° 1: N° de fichas y atenciones en Policlínico HDS

N	Media atención mensual de pacientes en policlínico	Pacientes con atención en policlínico no pertenecientes a SSVSA	% de atención en policlínico no pertenecientes a SSVSA
48.177	3.868	437	11,5

A continuación, se presentará el resultado de las variables seleccionadas para el diseño del catastro:

➤ **Edad**

La edad promedio de los (as) pacientes susceptibles a ser derivadas es de 47 años, distinguiendo que la edad mínima es de 18 años y la edad máxima de 92 años.

Al hacer la diferencia por sexo, se observa que la edad promedio de las usuarias es de 49 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 92 años. En tanto los usuarios presentan un promedio de edad de 45 años, teniendo como edad mínima 18 años y 88 años como edad máxima.

Tabla N° 2: Edad de pacientes no pertenecientes al SSVSA.

N° total de pacientes	Edad mínima en años	Edad máxima en años	Media
437	18	92	46,93

➤ **Sexo**

De acuerdo a la información procesada, el 48,5% de los pacientes, corresponden a usuarias que deben ser derivadas del Hospital Psiquiátrico del Salvador, lo que equivale a 212 mujeres. En cuanto a los usuarios estos alcanzan un 51,5%, siendo 225 hombres.

Tabla N° 3: Recuento de frecuencia por Sexo de pacientes no pertenecientes al SSVSA.

Sexo	n	%
Femenino	212	48,5
Masculino	225	51,5
Total	437	100,0

➤ **Estado Civil**

El mayor porcentaje de pacientes que no pertenecen al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, son Solteros (as), correspondiendo a un 41%, los que al separarlos por sexo, arroja que 70 de ellos son mujeres y 110 hombres.

Seguido de ello, un 34,1% de pacientes no posee información en su ficha clínica respecto a su estado civil; dividiéndose en 80 usuarias y 69 usuarios. Los pacientes casados son el 23,3%, distinguiendo que 57 son de sexo femenino y 45 de sexo masculino. Quienes obtienen el menor porcentaje son los pacientes viudos, sumando un 1,4%, dentro del cual 1 es hombre y 5 son mujeres.

Tabla N° 4: Recuento de frecuencia de Estado Civil de pacientes no pertenecientes al SSVSA.

Estado Civil	n	%
Casado	102	23,3
Sin información	149	34,1
Soltero	180	41,2
Viudo	6	1,4
Total	437	100,0

➤ **Previsión de Salud**

Según los datos obtenidos, la previsión en salud mayoritaria en los pacientes que deben ser derivados, corresponde a FONASA A, con un 50,6%; distinguiendo que este porcentaje lo constituye 94 mujeres y 127 hombres. Respecto a los tramos B, C y D, el primero de éstos alcanza un 26,8 % (68 son mujeres y 49 hombres), el segundo suma un 5,5% (16 son usuarias y 8 usuarios) y el último tiene un 6,2 %

dentro de los cuales 15 son mujeres y 12 son hombres. En tanto los afiliados a ISAPRE, constituyen el porcentaje menor de pacientes, un 0,9%, conformado por 5 varones. El 10,1% (19 mujeres y 25 hombres) de los pacientes que no pertenecen al SSVSA no poseen ningún tipo previsión.

Tabla N° 5: Recuento de frecuencia de Tipo de Previsión de pacientes no pertenecientes al SSVSA.

Previsión de salud	n	%
FONASA A	221	50,6
FONASA B	117	26,8
FONASA C	24	5,5
FONASA D	27	6,2
ISAPRE	4	0,9
Sin Previsión	44	10,1

➤ **Comuna de Origen**

De acuerdo a las 19 ciudades y localidades de origen de los pacientes no pertenecientes al SSVSA, la que reúne el mayor porcentaje de usuarios es Viña del Mar con un 52,2%, compuesta por 103 mujeres y 125 hombres.

El segundo lugar corresponde a Quilpué, con 19,7%, distinguiendo que 49 son usuarias y 37 usuarios. El tercer mayor porcentaje, es de Villa Alemana con un 13,5%, donde 30 son mujeres y 24 hombres. Quienes obtienen los porcentajes más bajos son; Hijuelas, Illapel, Longotoma, Papudo, Los Vilos, Papudo y Ventana, cada uno con 0,2%.

Tabla N° 6: Recuento de frecuencia de Comunas de origen de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Ciudad	n	%
Calera	3	0,7
Con Con	12	2,7
Hijuelas	1	0,2
Illapel	1	0,2
La Ligua	2	0,5
Limache	12	2,7
Longotoma	1	0,2
Los Vilos	1	0,2
Nogales	3	0,7
Olmue	2	0,5
Papudo	1	0,2
Petorca	2	0,5
Puchuncavi	5	1,1
Quillota	7	1,6

Quilpué	86	19,7
Quintero	10	2,3
Ventana	1	0,2
Villa Alemana	59	13,5
Viña del Mar	228	52,2
Total	437	100,0

➤ **Trastornos Psiquiátricos**

Tras agrupar las patologías por tipo de trastornos, lidera el Trastorno Esquizofrénico con un 43,2%, de los cuales 81 son mujeres y 108 son hombres.

El segundo lugar corresponde a Patologías Duales con 22,4%, distinguidas en 54 mujeres y 44 hombres. En tercer lugar se encuentran los trastornos por Adicción, con 8,9% (11 usuarias y 28 usuarios).

Tabla N° 7: Recuento de frecuencia de Trastornos de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Trastornos	n	%
Esquizofrenia	189	43,2
Dual	98	22,4
Adaptativo	9	2,1
Personalidad	13	3,0
Bipolar	33	7,6
Ansioso	5	1,1
Demencia	20	4,6
Depresión Mayor	31	7,1
Adicción	39	8,9
Total	437	100,0

➤ **Uso de Medicamentos**

De los pacientes que deben ser derivados del policlínico del Hospital del Salvador a sus respectivos Servicios de Salud, un 97,5% retiran medicamentos en farmacia de HDS, siendo 205 mujeres y 221 hombres. Los que se no utilizan medicamentos es porque se encuentran solo con terapia Psicológica o son mujeres embarazadas.

Tabla N° 8: Recuento de frecuencia de Tratamientos Farmacológicos de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Retiran fármacos en HDS	n	%
NO	11	2,5
SI	426	97,5
Total	437	100,0

➤ **Atención Psiquiátrica**

Un 97,9% de los pacientes susceptibles a ser derivados, poseen atención psiquiátrica, siendo 207 son mujeres y 221 hombres.

Tabla N°9: Recuento de frecuencia de Atenciones Psiquiátricas de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Asisten a consulta Psiquiátrica	n	%
NO	9	2,1
SI	428	97,9
Total	437	100,0

➤ **Atención Psicológica**

Según la información obtenida, el 35,5% de los pacientes a ser derivados presentan atención psicológica, por lo que el porcentaje de pacientes sin este tipo de atención es 64,3% de los cuales 135 son mujeres y 146 hombres.

Tabla N° 10: Recuento de frecuencia de Atenciones Psicológicas de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Pacientes con atención Psicológica	n	%
NO	281	64,3
SI	156	35,7
Total	437	100,0

➤ **Hospitalización**

Tras los datos recabados, el 64,5% de ha estado hospitalizado en el Hospital Psiquiátrico del Salvador al menos una vez; de este porcentaje 144 son mujeres y 138 son hombres. Por otra parte el 35,5% de los pacientes no han tenido ninguna hospitalización en su historia clínica.

Tabla N°11: Recuento de frecuencia de pacientes que no pertenecen al SSVSA que han presentado al menos una hospitalización

Presencia de al menos una hospitalización	n	%
NO	155	35,5
SI	282	64,5
Total	437	100,0

➤ **Realización de Hemograma**

En el Hospital Psiquiátrico del Salvador se lleva a cabo un programa especial para pacientes esquizofrénicos que utilizan el medicamento clozapina, este tratamiento es muy riguroso, ya que se necesita que los pacientes se realicen un

hemograma semanal para ver el efecto del fármaco en sus glóbulos; de acuerdo a ello, sólo un 10,3% de los pacientes a ser derivados llevan a cabo la toma de muestra, siendo 16 mujeres y 29 hombres. Por lo que un 89,7% de los usuarios a ser derivados no pertenecen a este programa.

Tabla N°12: Recuento de frecuencia de Realización de Hemogramas en pacientes que no pertenecen al SSVSA

Toma de Hemograma	n	%
NO	392	89,7
SI	45	10,3
Total	437	100,0

➤ **Fármacos Utilizados**

Según la clasificación de medicamentos utilizada por el HDS, el mayor grupo utilizado por los pacientes, corresponde a los Anti psicóticos, con un 30,89%, de los cuales 74 son hombres y 61 mujeres. Le siguen los medicamentos Antidepresivos, con 27,68%, siendo 76 mujeres y 45 hombres quienes los usan. Las Benzodiazepinas, llegan al 23,34% distinguiendo entre 45 mujeres y 57 hombres. El grupo de medicamentos con menor demanda es el de los anti parkinsonianos, con 1,83%, 5 hombres y 3 mujeres.

Tabla N°13: Recuento de frecuencia del Uso de Fármacos por pacientes que no pertenecen al SSVSA

Clasificación de fármacos	n	%
Anti epiléptico	41	9,38
Anti psicótico	135	30,89
Antidepresivo	121	27,68
Anti parkinsoniano	8	1,83
Benzodiazepinas	102	23,34
Estabilizador del animo	11	2,51
Antialcohólico	19	4,34
Total	437	100,0

➤ **Número de Hospitalizaciones**

De acuerdo a los datos obtenidos, el número de hospitalizaciones promedio de los pacientes que no pertenecen al SSVSA, es de 1,2 a lo largo de su tratamiento. El 75% de los pacientes no superan las 2 hospitalizaciones y el 50% ha tenido sólo 1 hospitalización.

Tabla N° 14: Recuento de frecuencia de Número de Hospitalizaciones en pacientes que no pertenecen al SSVSA

N° de Hospitalizaciones	n	%
0	162	37,1
1	137	31,4
2	68	15,6
3	40	9,2
4	18	4,1
5	7	1,6
6	3	0,7
7	1	0,2
8	1	0,2
Total	437	100,0

➤ **Tiempo de Tratamiento**

El promedio de tiempo de tratamiento en el HDS de los pacientes a ser derivados, es de 211,18 meses. El periodo de tiempo máximo de tratamiento es de 623 meses y el mínimo de 0 (ya que el paciente asistió sólo a un control). El 25% de los pacientes no superan los 96 meses de tratamiento, el 50% llega a 204 meses y el 75 % se ha atendido por 319 meses.

Tabla N°15: Recuento de Tiempo de Tratamiento en Meses de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Media		211,18
Mediana		203,50
Mínimo		0
Máximo		623
Percentiles	25	96,25
	50	203,50
	75	318,50

➤ **Servicio de Salud Perteneiente**

El mayor porcentaje de pacientes, deben ser derivados al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, correspondiendo al 98,6%, de los cuales 209 son mujeres y 222 son hombres. Respecto a quienes deben trasladarse al Servicio de Salud Aconcagua, son un 0,9% (2 usuarias y 2 usuarios).

Tabla N° 16: Recuento de frecuencia de Servicio de Salud al que se derivarán pacientes que no pertenecen al SSVSA

Servicios de Salud	n	%
Coquimbo	2	0,5
Illapel	1	0,2
Los Vilos	1	0,2
Aconcagua	4	0,9
Viña del Mar-Quillota	431	98,6
Viña del Mar:		
Viña del Mar	228	52,2
Concón	12	2,7
Quintero	10	2,3
Ventanas	1	0,2
Puchuncaví	5	1,1
Quilpué:		
Quilpué	86	19,7
Limache	12	2,7
Olmué	2	0,5
Villa Alemana	59	13,5
Quillota:		
Quillota	7	1,6
Calera	3	0,7
Hijuelas	1	0,2
La Ligua	2	0,5
Longotoma	1	0,2
Nogales	3	0,7
Papudo	1	0,2
Petorca	2	0,5

➤ **Sector actual de control**

El mayor porcentaje de pacientes que deben ser derivados, es atendido actualmente en el Sector 2 del policlínico, alcanzando al 43% y compuesto por 119 mujeres y 69 hombres. En segundo lugar, se encuentra el Sector 3 del policlínico con un 20,4%, distinguiendo 50 mujeres y 30 hombres. Las unidades que suman los menores porcentajes son el Sector 1 y Medicina General ambos con 0,2%.

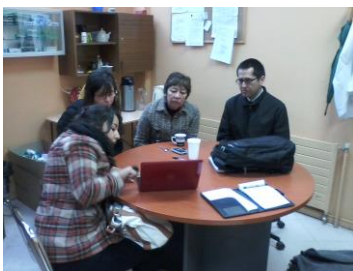
Tabla N° 17: Recuento de frecuencia de Sector Actual de Atención de pacientes que no pertenecen al SSVSA

Área de atención en HDS	n	%
Sector 1	1	,2
Post Alta	5	1,1
No atendido	45	10,3
Odontología	5	1,1
Medicina general	1	,2
Sector 2	188	43,0
Sector 3	89	20,4
Forense	13	3,0
UTA	11	2,5
UTP	34	7,8
UFD	27	6,2
Infanto juvenil	7	1,6
Dr .Cárdenas	11	2,5
Total	437	100,0

4.2.-Fortalecimiento del equipo de trabajo interno y la red institucional externa de salud mental.

PRESENTACIÓN

A continuación se presentan las acciones desarrolladas en el marco del trabajo destinado al fortalecimiento del equipo interno y de la red institucional externa al Hospital Psiquiátrico del Salvador, respecto al proceso de derivación de pacientes del Policlínico a otros hospitales no pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Estas acciones fueron desarrolladas según el siguiente detalle:



A.- Fortalecimiento del equipo de trabajo interno

➤ **Actividad de gestión**

Fecha	Actividad	Equipo participante
23 de julio de 2012	“ Coordinación de reunión educativa para enfermeras/os, paramédicos y auxiliares de servicio”	- Enfermera jefa policlínico HDS Dubili Cofré - Equipo seminarista

➤ **Reuniones de trabajo**

Fecha	Actividad	Equipo participante
29 de Junio 2012	“Exposición de resultados de catastro a profesionales de SOME”	- Jefa de SOME, Sra. Sandra Riquelme S. - Jefe de Estadísticas, Sr. Rodrigo Silva J. - Asistente Social, Sra. M. Cecilia Torres - Equipo seminarista
10 de Julio 2012	“Exposición de resultados de catastro a profesionales del área de la salud de los sectores 2 y 3 del Policlínico de HDS”	- Jefa Sector 2, Dra. Mónica De la Barrera - Psiquiatra sector 2, Dr. Hugo Santiago - Psicóloga sector 2, Verónica Paredes - Psicólogo sector 2, Mario Bustamante - Enfermera sector 2, Dubili Jofré - A. S. sector 2, M. Cecilia Torres - Jefa Sector 3, Dra. Elisabetta Santa María - Psiquiatra sector 3, Dra. Sofía Hott - Psiquiatra sector 3, Dr. Patricio Péndola - Psicólogo sector 2, Pablo Ianiszewski - Enfermera sector 3, Loreto Bustos - Equipo seminarista
26 de Julio 2012	“Presentación de resultados de catastro a Director del HDS, Ps. Carlos Ortiz C.”	- Director HDS, Ps. Carlos Ortiz C. - Asistente Social, M. Cecilia Torres - Equipo seminarista
30 de Julio 2012	“Reunión de Coordinación de Asistentes Sociales de HDS”	- A. S. sector 1, Gladys Sanhueza - A. S. sector 2, M. Cecilia Torres - A. S. Programa Ambulatorio Intensivo de Mujeres, Ana Leiva - A. S. Dispositivos Comunitarios y Sala Azócar, Karla Hinojosa. - A. S. U.D.D, Patricia Osorio. - A. S. Sala Valenzuela, Carlos Saldivia - A. S. Infantojuvenil, Carolina Godoy - Equipo seminarista
3 de agosto 2012	“Reunión de socialización del proceso de sectorización con enfermeras (os), paramédicos y otros funcionarios del Policlínico HDS”	- Asistente Social, M. Cecilia Torres - Enfermera Jefe, Dubili Cofré - Psiquiatra Elisabetta Santa María - Psicólogo Pablo Ianiszewski - Enfermero Univ. Rodrigo Pérez - Enfermero Univ. José Miguel González - Paramédico, María Teresa Úbeda - Paramédico, Eduardo Vásquez - Encargada Recaudación, Cecilia Jorquera - Encargada de Citaciones, Katherine Silva - Equipo seminarista
03 de Agosto 2012	“Reunión informativa del proceso de derivación de pacientes no pertenecientes al SSVSA con Unidad de Trastornos Psicóticos del HDS”	- Asistente Social, M. Cecilia Torres - Dr. Álvaro Cavieres, Director de Escuela de Psiquiatría Univ. de Valpo. Jefe U. T. P. - Dr. Cesar Solanas - Psicóloga Katherine González - Enfermera universitaria Loreto Bustos - Equipo seminarista

➤ **Registro Actividad de Gestión**

Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Coordinación de reunión educativa para enfermeras (os), paramédicos y auxiliares de servicio”	Fijar fecha para actividad educativa en acuerdo con enfermera jefa de policlínico Dubili Cofre	Enfermera jefa policlínico HDS Dubili Cofre Equipo seminarista	23 de julio de 2012	Box N°14 Policlínico	Registro de Crónica
Antecedentes de la actividad					
Nombre:		“Coordinación de reunión de socialización para enfermeras (os), paramédicos y auxiliares de servicio”			
Fecha:		19 de julio de 2012			
Hora de Inicio:		15:00hrs.			
Hora de Término:		15:25 hrs.			
Lugar:		Box N° 14 Policlínico HDS			
Participantes		-Enfermera jefa policlínico HDS Dubili Cofre - Alumnas seminaristas			
Síntesis de la actividad		Se coordina una reunión de equipo seminarista con Enfermeras(os), paramédicos y auxiliares de servicio, para realizar una sesión de educación respecto a cómo socializar el proceso de derivación con los pacientes resistentes al cambio.			
Análisis por Eje Temático		<p>Salud y Salud Mental: Se intercambia información referente al trato directo que se produce diariamente entre usuarios y enfermeras(os), paramédicos y auxiliares de servicio. Se comenta la diferencia entre profesionales con muchos años de servicio, quienes conservan un trato distante y enfocado en el modelo biomédico; mientras que profesionales jóvenes, aplican el modelo biopsicosocial, lo que se demuestra en una preocupación integral, tanto por la situación actual del paciente como de su entorno familiar, social y laboral.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se hace referencia a lo complejo del proceso de derivación, particularmente por la dificultad de coordinar las acciones a seguir, debido a la falta de uniformidad en los protocolos de las diversas instituciones. Se comenta que falta un ente superior que regule el accionar de los distintos Centros de Salud Mental.</p> <p>Perfil general de patologías psiquiátricas: No se observa.</p>			
Juicio Profesional		Se considera que la reunión fue positiva, ya que, junto con intercambiar interesantes opiniones, el equipo seminarista pudo conocer situaciones que acontecen en la labor diaria de los (as) enfermeros (as) al tratar con los pacientes. Además se logró el objetivo del encuentro, que era agendar la reunión de socialización, la que quedó coordinada para el día viernes 3 de agosto a las 14:30 hrs.			

➤ **Registro Reuniones de Trabajo**


CRÓNICA N° 1

Antecedentes de la actividad Nombre de la actividad: - Exposición de resultados de catastro a profesionales de SOME - HDS. Fecha: - 29 de Junio 2012. Hora de Inicio: - 08:45 hrs. Hora de Terminó: - 10:00 hrs. Lugar: - Oficina Jefa SOME	
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Jefa de SOME, Sra. Sandra Riquelme S. - Jefe de Estadísticas, Sr. Rodrigo Silva J. - Asistente Social, Sra. María Cecilia Torres E.
Coordinadores	- Equipo seminarista
Temáticas abordadas	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de sectorización del policlínico de HDS desde el punto de vista de Trabajo Social. - Desarrollo del levantamiento de información para realización de catastro. - Presentación de resultados de catastro. - Propuestas de temáticas pendientes en el proceso de sectorización - Retroalimentación de los profesionales de HDS al producto presentado.
Síntesis de la Actividad.	<p>El equipo seminarista se presenta en la oficina de SOME, donde su Jefa invita a pasar a la mesa de reuniones. Se da inicio a la exposición sin la presencia del Jefe de Estadística, quien llega con algo de retraso. La presentación se desarrolla en un notebook, ya que es el formato más cómodo para el espacio en que se desarrolla la reunión.</p> <p>En primera instancia, el equipo fundamenta la elección de esta temática para el desarrollo del Seminario de Título, expone la metodología utilizada para confeccionar el catastro y comenta las situaciones que surgieron a lo largo de esta actividad que no estaban contempladas y que resultaron importantes.</p> <p>Luego, se procede a la entrega de los datos estadísticos obtenidos del catastro, utilizando fórmulas e interpretando gráficos. Se desglosan datos según patología, ciudad de origen, sexo, edad, etc.</p> <p>La exposición se extiende por 30 minutos aproximadamente, iniciándose a continuación una retroalimentación entre los profesionales y el equipo seminarista, junto con la aparición de nuevas temáticas que no habían sido consideradas, particularmente porque hasta ese momento no existía la información; esta actividad transcurre en aproximadamente 45 minutos.</p>
Análisis de Ejes Temáticos	<p>Salud y Salud Mental: Se inicia la exposición argumentando que la necesidad de este Seminario de Título, radica en las acciones desarrolladas por el policlínico de HDS en el último tiempo, que se respaldan en las políticas de salud mental que se aplican en Chile a partir del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, creado el año 2000 – 2001; en este marco, prima el Modelo Social-Comunitario, con estrategias orientadas a desarrollar un proceso de rehabilitación y de reinserción socio-laboral del paciente, dentro del cual se encuentra la derivación a los servicios de salud originarios de los pacientes.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Dado a que esta presentación se lleva a cabo en el SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico) de HDS, se da énfasis a la atención centrada en el usuario, lo que es un aspecto importante en la gestión de servicios. Generalmente la programación de las actividades profesionales se basa en la capacidad de horas profesionales disponibles y rara vez en lo que los usuarios necesitan; sin embargo, a un paciente que está en una crisis, no se le puede decir que solicite hora más adelante, por lo tanto los sistemas administrativos se deben adaptar para satisfacer esa necesidad, es decir, para asegurar la <i>disponibilidad</i> del servicio.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se entrega la información estadística respecto al perfil de cada paciente no perteneciente al SSVSA. Ésta incluye cuál o cuáles son las patologías de cada uno de</p>

	<p>ellos, qué tratamientos se aplica según los requerimientos y necesidades particulares de cada individuo y cuál es la data de atención en HDS. Con esta información, es posible hacer una radiografía de al menos el 20% de los usuarios que reciben atención cada año.</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>Se considera que esta actividad tuvo un resultado positivo en cuanto a los siguiente criterios:</p> <p>Tiempo: Se exponen los resultados del catastro dentro del período de tiempo estipulado. Se considera como negativo el retraso en la llegada del encargado de estadísticas, ya que interrumpió la presentación y fue necesario reiterar algunos puntos ya expuestos, lo que generó una leve desorganización en la estructura preestablecida por el equipo seminarista.</p> <p>Técnicas: La técnica de Exposición utilizada fue correcta, ya que se dio inicio a la actividad con una visión general del tema, para ahondar en lo particular que dice relación con los resultados cuantitativos obtenidos tras tabular los datos del catastro.</p> <p>Se logra una importante retroalimentación por parte de los profesionales participantes, quienes primero escucharon de manera atenta y respetuosa los planteamientos realizados por el equipo seminarista y a continuación ofrecieron su aporte y efectuaron preguntas sobre temáticas tratadas, por lo tanto se considera que las técnicas de Atención y Escucha se utilizaron de forma adecuada.</p>

CRÓNICA N° 2

Antecedentes de la actividad	
Nombre de la actividad:	- Exposición de resultados de catastro a profesionales del área de la salud de los sectores 2 y 3 del Policlínico de HDS.
Fecha:	- 10 de Julio 2012.
Hora de Inicio:	- 09:10 hrs.
Hora de Terminación:	- 10:00 hrs.
Lugar:	- Box 11 Policlínico HDS
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Jefa Sector 2, Dra. Mónica De la Barrera - Psiquiatra sector 2, Dr. Hugo Santiago - Psicóloga sector 2, Verónica Paredes - Psicólogo sector 2, Mario Bustamante - Enfermera sector 2, Dubili Jofré - Asistente Social sector 2, M. Cecilia Torres - Jefa Sector 3, Dra. Elisabetta Santa María - Psiquiatra sector 3, Dra. Sofía Hott - Psiquiatra sector 3, Dr. Patricio Péndola - Psicólogo sector 2, Pablo Ianiszewski - Enfermera sector 3, Loreto Bustos
Coordinadores	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social, M. Cecilia Torres - Equipo seminarista
Temáticas abordadas	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de sectorización del policlínico de HDS desde el punto de vista de Trabajo Social. - Desarrollo del levantamiento de información para realización de catastro. - Presentación de resultados de catastro. - Propuestas de temáticas pendientes en el proceso de sectorización - Retroalimentación de los profesionales de HDS al producto presentado.
Síntesis de la Actividad.	<p>Cada martes a partir de las 09:00, los equipos clínicos de los sectores 2 y 3 se reúnen – de manera independiente – para analizar los casos emblemáticos de la semana y trazar las actividades a realizar. Aprovechando dicha instancia, el equipo seminarista propone a la asistente social, Sra. María Cecilia Torres, coordinar una reunión conjunta, para presentar los resultados del trabajo realizado a los profesionales.</p> <p>Es así que el equipo seminarista se presenta en el box 11, el día definido, a las 09:10, donde los equipos clínicos esperan el inicio de la actividad.</p> <p>La presentación se desarrolla en un notebook, debido a la falta de elementos técnicos como Data Show.</p> <p>El equipo fundamenta la elección de esta temática para el desarrollo del Seminario de Título, expone la metodología utilizada para confeccionar el catastro y comenta las situaciones que surgieron a lo largo de esta actividad que no estaban contempladas y que resultaron importantes. Luego, entregan datos estadísticos obtenidos del catastro, utilizando fórmulas e interpretando gráficos.</p> <p>La exposición se extiende por 20 minutos, iniciándose a continuación una retroalimentación, en una improvisada mesa redonda, ya que se consiguió la intervención de todos los asistentes a la actividad. Inicialmente se produjo una ronda de preguntas, en que afloraron diversas dudas, tanto de situaciones que no quedaron del todo claras, como de información que se dio a conocer y que resultaba desconocida para muchos de los profesionales. A continuación se recibieron sugerencias y comentarios, para dar paso a la solicitud, por parte del equipo seminarista hacia los psiquiatras, de efectuar una selección de los pacientes que para ellos fuera importante acompañar en el proceso de derivación.</p> <p>A las 10:00 hrs. se da término a la participación del equipo</p>

	seminarista, para dar paso a las reuniones clínicas semanales de ambos equipos.
Análisis de Ejes Temáticos	<p>Salud y Salud Mental: Se realiza la introducción de la exposición argumentando que el origen de este Seminario de Título, se fundamenta en las acciones desarrolladas por el Policlínico de HDS en el último tiempo, que se respaldan en las políticas de salud mental que se aplican en Chile a partir del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, creado el año 2000 – 2001; en este marco, prima el Modelo Social-Comunitario, con estrategias orientadas a desarrollar un proceso de rehabilitación y de reinserción socio-laboral del paciente, dentro del cual se encuentra la derivación a los servicios de salud originarios de los pacientes.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se plantea que debido al Plan de Salud Mental y Psiquiatría, han mejorado la gestión de servicios, los recursos materiales, humanos y financieros, y actualmente se trabaja en procesos de atención más personalizados y expeditos. Inserto en las directrices de este Plan, es que HDS inicia el proceso de sectorización y derivación de pacientes a los Servicios de Salud correspondientes a sus domicilios, aprovechando que en la actualidad, éstos cuentan con una sobreoferta de profesionales, que conlleva a una sub utilización de sus servicios.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se entrega la información estadística respecto al perfil de cada paciente no perteneciente al SSVSA. Ésta incluye cuál o cuáles son las patologías de cada uno de ellos, qué tratamientos se aplica según los requerimientos y necesidades particulares de cada individuo y cuál es la data de atención en HDS. Con esta información, es posible hacer una radiografía de al menos el 20% de los usuarios que reciben atención cada año.</p>
Juicio Profesional	<p>La actividad tuvo un resultado positivo según los siguientes criterios:</p> <p>Tiempo: Se administra de manera adecuada, lo que permite al equipo seminarista exponer los resultados del catastro, para luego dar paso a un diálogo ordenado y fluido, producto de la holgura de tiempo con que se contaba, considerando que a continuación los equipos clínicos debían participar de otra reunión.</p> <p>Técnicas: La técnica de Exposición utilizada fue correcta, ya que se inició la actividad con una visión general del tema, para ahondar en lo particular que dice relación con los resultados cuantitativos obtenidos tras tabular los datos del catastro.</p> <p>En donde se observaron carencias, fue en el desarrollo técnico de la exposición; al no contar con data show, el uso de un notebook para realizar la presentación fue insuficiente, ya que debido al número de participantes en la reunión, se vio mermada la visión total de la muestra de los resultados; lo que fue compensado con la claridad y consistencia de la información expuesta por el equipo seminarista.</p> <p>Se logra una importante retroalimentación por parte de los profesionales participantes, quienes escucharon atentamente la exposición realizada por el equipo seminarista, realizaron preguntas y a continuación ofrecieron su aporte en cuanto a sugerencias y experiencias. Por último, se mostraron entusiastas de colaborar con la elaboración del listado de pacientes. Por lo planteado, se considera que hubo una óptima utilización de las técnicas de Atención y Escucha y Empatía.</p>
Medio de Verificación	

CRÓNICA N° 3

Antecedentes de la actividad	
Nombre de la actividad:	- Presentación de resultados de catastro a Director del HDS, Ps. Carlos Ortiz C.
Fecha:	- 26 de Julio 2012.
Hora de Inicio:	- 11:15 hrs.
Hora de Terminó:	- 11:45 hrs.
Lugar:	- Oficina de Dirección de HDS.
Participantes	- Director HDS, Ps. Carlos Ortiz C. - Asistente Social sector 2, María Cecilia Torres E. - Equipo seminarista
Coordinadores	- Asistente Social, María Cecilia Torres - Equipo seminarista
Temáticas abordadas	- Proceso de sectorización del policlínico de HDS desde el punto de vista de Trabajo Social. - Desarrollo del levantamiento de información para realización de catastro. - Presentación de resultados de catastro.
Síntesis de la Actividad	<p>Tras una llamada de la Señora María Cecilia Torres a la Dirección del Hospital, para coordinar una reunión con el Director, se le informa que éste tiene interés en la información que el Equipo Seminarista pueda otorgarle, y pregunta si en ese momento las alumnas están preparadas para tener un diálogo de manera informal sobre el tema.</p> <p>El Equipo manifiesta estar en condiciones de mantener dicha reunión; por lo que acompañadas por la supervisora, se dirigen a la oficina del Director.</p> <p>Primeramente, el equipo seminarista hace una introducción respecto a su visión del proceso de sectorización, y explica los ejes temáticos en que basa su estudio; luego, se entregan los datos estadísticos obtenidos del catastro, desglosando los datos según patología, ciudad de origen, sexo, edad, etc.</p> <p>A continuación, el director de HDS plantea sus dudas respecto a lo ya expuesto y propone algunos puntos que considera importantes para completar la investigación. Propone realizar una nueva exposición la semana siguiente, con opción de hacer partícipes a otros estamentos de la institución.</p>
Análisis de Ejes Temáticos	<p>Salud y Salud Mental: Durante la exposición, se dieron varias instancias de diálogo e intercambio de opiniones, dentro de ellas, el equipo seminarista hizo referencia al estigma y la discriminación que pesa sobre los enfermos con trastornos psiquiátricos y sus familiares, lo que hace que las personas no soliciten atención de Salud Mental.</p> <p>Por otra parte, se habló de las grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos humanos para la atención de salud mental; lo que lleva a escasez de Psiquiatras, Enfermeras, Psicólogos y Trabajadores Sociales, siendo éste uno de los principales obstáculos que impiden ofrecer mayor cantidad de tratamientos y atención.</p> <p>Por último se abordó el hecho de que a través del Modelo de la Salud Comunitaria, los hospitales psiquiátricos disminuyen su acción asilar y su atención se diversifica, creándose unidades de psiquiatría en hospitales generales, desestigmatizando así a los enfermos e incorporando a la psiquiatría al resto de la medicina</p> <p>Gestión en Salud Mental: El señor Ortiz, recalcó que el proceso de sectorización está vinculado con la <i>personalización de la atención</i>, que para él resulta fundamental en salud mental, ya que así se genera un vínculo terapéutico, el cual se pierde cuando el centro</p>

	<p>de salud tiene alta rotación de personal.</p> <p>Ante esto, el equipo seminarista señala que tal planteamiento no puede ser desarrollado si los profesionales no llevan a cabo un trabajo comunitario en terreno, estableciendo contacto con la comunidad, las organizaciones y las familias en el lugar en que éstas se desenvuelven, para lo cual, es idóneo contar con el apoyo de Trabajadores Sociales.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se entrega la información estadística respecto al perfil de cada paciente no perteneciente al SSVSA. Estos resultados llamaron poderosamente la atención del director de HDS, quien señala que con esto, se puede hacer un cruce de cada patología con las distintas categorías incluidas en el catastro y así tener una información detallada del comportamiento de las enfermedades psiquiátricas según edad, sexo, estado civil, etc.</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>Esta actividad se considera positiva, pese a no cumplirse de manera óptima los criterios a continuación mencionados:</p> <p>Tiempo: Se considera que no se contó con el tiempo suficiente, primero porque no hubo un período previo de preparación, más allá de las dos presentaciones antes realizadas, esto considerando que se estaba socializando el Seminario de Título con el director de la institución.</p> <p>Además, el tiempo fue restringido, ya que el señor Ortiz tenía actividades que cumplir y limitó esta reunión a sólo 30 minutos.</p> <p>Técnicas: La técnica de Exposición utilizada fue correcta, ya que se dio inicio a la actividad con una visión general del tema, para ahondar en lo particular que dice relación con los resultados cuantitativos obtenidos tras tabular los datos.</p> <p>Para realizar la presentación, se utilizó un notebook, que resultó apropiado para esta primera aproximación, además el equipo seminarista demostró claridad y consistencia en la información entregada.</p> <p>Se logra una destacada intervención por parte del director, quien se muestra interesado y realiza preguntas y sugerencias, por lo que se considera que hubo una óptima utilización de las técnicas de Atención y Escucha y Empatía.</p>

CRÓNICA N° 4

Antecedentes de la actividad	
Nombre de la actividad:	- "Reunión de Coordinación de Asistentes Sociales de HDS"
Fecha:	- 30 de Julio 2012.
Hora de Inicio:	- 14:45 hrs.
Hora de Terminó:	- 16:15 hrs.
Lugar:	- Auditorio de Centro de la Familia
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social sector 1, Gladys Sanhueza. - Asistente Social sector 2, María Cecilia Torres E. - Asistente Social Programa Ambulatorio Intensivo de Mujeres: Ana Leiva. - Asistente Social Dispositivos Comunitarios – Sala Azocar: Karla Hinojosa. - Asistente Social U.D.D: Patricia Osorio. - Asistente Social U.C.E – Sala Valenzuela: Carlos Saldivia - Asistente Social Infantojuvenil: Carolina Godoy. - Equipo seminarista
Coordinadores	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social, María Cecilia Torres - Equipo seminarista
Temáticas abordadas	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de derivación de pacientes no pertenecientes a SSVSA - Presentación de temáticas de Seminario de Título - Principales resultados de catastro.
Síntesis de la Actividad	<p>La supervisora institucional, propone a las alumnas realizar una presentación respecto a la temática del Seminario de Título, a fin de avanzar con el cumplimiento del objetivo número dos referente a ejecutar acciones de gestión de proceso de derivación de pacientes no pertenecientes al SSVSA, a nivel institucional específicamente interno, socializando la información con las (los) Asistentes Sociales del Hospital.</p> <p>La reunión se concreta para el día lunes 3º de julio de 2012, previa autorización de la coordinadora de Asistentes Sociales Patricia Osorio, quien otorga un tiempo para que las alumnas expongan la información dentro de la reunión quincenal que realiza el estamento en el Centro de la Familia.</p> <p>Las alumnas preparan un power point que es presentado el día acordado y se socializa información relevante del proceso de sectorización en la que se incluye; ejes temáticos del Seminario de Título, objetivos, modelo de atención del HDS y principales resultados del catastro.</p>
Análisis de Ejes Temáticos	<p>Salud y Salud Mental: Dentro de la exposición, se incluye y se explican los modelos de atención utilizado anteriormente en el HDS el cual responde a una mirada biomédica, en el que el paciente tomaba altas dosis de medicamentos, tenían hospitalizaciones de larga estadía y no se consideraba el entorno del paciente (familiar, laboral, social) dentro del tratamiento de la enfermedad. Se comenta que actualmente se trabaja con un Modelo de Psiquiatría Comunitaria donde la Salud Mental no sólo depende de factores biológicos, sino también de las condiciones en que vive el usuario. Los invitados a la exposición comentan desde su experiencia profesional que es un modelo flexible y que les permite realizar una mejor labor.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se manifiesta que el desarrollo de redes integradas en salud mental es fundamental, ya que de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental 2000 – 2010, los servicios se deben entregar en redes locales y sectorizadas por territorios, lo que permite asegurar que los usuarios tengan continuidad en la entrega de servicios, donde puedan acceder a atención ambulatoria, especialidad, hospitalización y distintos programas de cuidado y dispositivos de atención. Por lo tanto, se recalca la importancia de</p>

	<p>que todos estos niveles se articulen en forma armónica para que el conjunto de cuidados que el usuario requiere sea recibido de manera integrada.</p> <p>Según lo planteado es que se explica que uno de los objetivos del Seminario de Título está relacionado con la gestión interna y externa, siendo esta última la que lleva al equipo seminarista a vincularse con Asistentes Sociales de las unidades de salud mental de los hospitales no pertenecientes a SSVSA.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se hace referencia a las patologías con mayor prevalencia en los pacientes del policlínico de HDS.</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>La actividad se considera cumplida, pese a no lograrse de manera óptima los criterios a continuación mencionados:</p> <p>Tiempo: Pese a que no se especificó cuánto tiempo tendría el equipo seminarista para desarrollar su exposición, éste estaba consciente que era limitado, ya que a continuación el estamento de Asistentes Sociales tenía su reunión quincenal de coordinación. En el transcurso de la exposición, una de las personas asistentes, señaló en reiteradas oportunidades su reloj, demostrando que consideraba que la presentación sobrepasaba el tiempo que ella creía prudente; esta situación distrajo al equipo seminarista, ya que aún no estaba terminada la muestra preparada y se debió apurar su finalización.</p> <p>Técnicas: Se aplicó una técnica expositiva, utilizando recursos tecnológicos que hicieran la presentación más clara e interesante, el equipo contó con data show, el que permitió proyectar las diapositivas de PPT preparadas para esta oportunidad. No existieron inconvenientes en el manejo y resultados de esta actividad.</p> <p>Por otra parte, el equipo seminarista fue interrumpido con acotaciones y preguntas de algunas de las personas participantes en reiteradas oportunidades, por lo que debieron aplicar permanentemente técnicas de Atención y Escucha; pero fue deficiente su uso de la técnica de Empatía.</p> <p>Respecto al uso de estas mismas técnicas, el equipo no fue capaz de lograr que una parte de la audiencia las aplicara, siendo mínima la atención, escucha y empatía en ciertos momentos de la exposición.</p>

CRÓNICA N° 5

Antecedentes de la actividad	
Nombre de la actividad:	- “Reunión de socialización del proceso de sectorización con enfermeras (os), paramédicos y otros funcionarios del Policlínico HDS”
Fecha:	- 3 de agosto 2012.
Hora de Inicio:	- 14:45 hrs.
Hora de Terminó:	- 16:00 hrs.
Lugar:	- Sala de espera Policlínico HDS
Participantes	- Asistente Social sector 2, María Cecilia Torres - Enfermera Jefe, Dubili Cofré - Psiquiatra Elisabetta Santa María - Psicólogo Pablo Ianiszewski - Enfermero universitario, Rodrigo Pérez - Enfermero universitario, José Miguel González - Paramédico, María Teresa Úbeda - Paramédico, Eduardo Vásquez - Encargada de Recaudación, Cecilia Jorquera - Encargada de Citaciones, Katherine Silva - Equipo seminarista
Coordinadores	- Equipo seminarista
Temáticas abordadas	- Proceso de derivación de pacientes no pertenecientes a SSVSA - Presentación de Cartilla de Protocolo de Apoyo a Pacientes Derivados de HDS
Síntesis de la Actividad	<p>Tras lo conversado con la jefa de Enfermeras (os) del Policlínico, se fija la reunión de para la fecha ya señalada, iniciándose quince minutos después de la hora acordada.</p> <p>Se elige la sala de espera, porque al ser día viernes, es escaso el movimiento de pacientes y así todos los funcionarios pueden participar, sin que sea necesario dejar a alguien de turno recepcionando la posible llegada de algún usuario.</p> <p>El equipo seminarista explica el motivo de la reunión, señalando la importancia de la gestión – tanto interna como externa – en el proceso de sectorización, se les manifiesta que cada funcionario del policlínico debe cumplir un papel en la labor de apoyo de los pacientes que serán contrarreferidos a sus respectivos centros de salud mental. Para reforzar lo señalado, se entrega a cada uno de los asistentes una cartilla con el Protocolo de Apoyo a Pacientes Derivados de HDS.</p> <p>Tras esto, se realiza de manera espontánea una conversación entre los integrantes del grupo, intercambiando opiniones, respondiendo preguntas y a la vez preguntando temas que las alumnas no conocían.</p>
Análisis de Ejes Temáticos	<p>Salud y Salud Mental: No se aborda.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se menciona la importancia del <i>trabajo en equipo</i>, en el que psiquiatras, psicólogos (as), terapeutas ocupacionales, enfermeras (os), paramédicos, no se pueden desempeñar como una suma de profesionales atendiendo en distintos horarios, con distintas capacidades y distintos enfoques, sino que deben articular en beneficio del usuario, entregando el apoyo y acompañamiento necesario, en conjunto. Junto con eso, la <i>personalización de la atención</i> - fundamental en Salud Mental - genera un vínculo terapéutico.</p> <p>Y es por esas dos características propias de la nueva gestión en salud mental, como lo indica el Plan Nacional de Salud Mental 2001- 2010, que se pide en esta reunión la colaboración de los estamentos presentes, ya que es necesario un discurso uniforme</p>


	<p>respecto a los motivos que generan la derivación de los pacientes y que van en su directo beneficio. Además, el proceso de derivación se dificulta por la presencia de vínculos muy fuertes existentes en la relación paciente – profesional.</p> <p>Perfil general de patologías psiquiátricas: Se hace referencia a las patologías con mayor prevalencia en los pacientes del policlínico de HDS.</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>La actividad resultó positiva, ya que se logró transmitir la información que el equipo seminarista quería dar a conocer, siendo bien recibida por parte de los funcionarios convocados, quienes señalaron no tener dudas al respecto; esto fue debido a una buena utilización del <i>espacio</i> y del <i>tiempo</i> disponibles, ya que los asistentes se sentaron en círculo, creando un ambiente de mayor confianza y cercanía, en que para todos fue posible visualizar el notebook en que se realizó la presentación.</p> <p>El único inconveniente, fue la hora de inicio, ya que un número importante de los asistentes estaban en colación, por lo que se dio comienzo con 15 minutos de retraso, lo que no significó mayores contratiempos en el desarrollo de la actividad.</p> <p>El equipo seminarista considera que hubo una buena utilización de las técnicas de Atención, Escucha y Empatía, tanto de parte de las expositoras como de la audiencia, en que se pudieron hacer preguntas libremente e intercambiar opiniones con respeto y de manera constructiva.</p>
<p>Medio de Verificación</p>	

PROTOCOLO DE APOYO A PACIENTES DERIVADOS DE HDS

- 1.-Indicar el ahorro económico que significará necesitar menos locomoción.
- 2.-Indicar ahorro en tiempo al desplazarse a un lugar cercano a su domicilio.
- 3.-Señalar que podrá, en un mismo hospital, tener atención en salud mental y además en otras patologías.
- 4.- Explicar que en su nuevo centro de atención habrá menos pacientes por especialista.
- 5.- Alentar al paciente, diciéndole que ya no es parte de un hospital psiquiátrico, donde es estigmatizado por su condición, sino que ahora pasa a formar parte de un hospital general.
- 6.- Señalar que “ha sido dado de alta” de HDS, por lo que está en una mejor condición.

CRÓNICA N° 6

<p>Antecedentes de la actividad</p> <p>Nombre de la actividad:</p> <p>Fecha:</p> <p>Hora de Inicio:</p> <p>Hora de Terminó:</p> <p>Lugar:</p>	<p>- “Reunión informativa con Unidad de Trastornos Psicóticos del HDS respecto a proceso de derivación de pacientes no pertenecientes al SSVSA ”</p> <p>- 03 de Agosto 2012.</p> <p>- 16:05 hrs.</p> <p>- 16:20 hrs.</p> <p>- Box 13 Policlínico HDS.</p>
<p>Participantes</p> <p>Coordinadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social Sector 2, María Cecilia Torres. - Dr. Álvaro Cavieres, Director de Escuela de Psiquiatría Universidad de Valparaíso y Jefe de Unidad de Trastornos Psicóticos de HDS. - Dr. Cesar Solanas. - Psicóloga Katherine González. - Enfermera universitaria Loreto Bustos. - Equipo seminarista. <p>- Equipo seminarista.</p>
<p>Temáticas abordadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de derivación de pacientes no pertenecientes a SSVSA. - Principales resultados de catastro. - Presentación de Cartilla de Protocolo de Apoyo a Pacientes Derivados de HDS.
<p>Síntesis de la Actividad</p>	<p>Se realiza una breve exposición a la Unidad de Trastornos del Animo (UTA), sobre el seminario de título que se está realizando en el policlínico del HDS, el que se enfoca principalmente en el proceso de derivación de los pacientes no pertenecientes al SSVSA, junto a ello se presentan los datos más relevantes del catastro realizado y se explica sobre los pasos a seguir en cuanto a las gestiones que el equipo seminarista está realizando. Posterior a ello se produce un dialogo en el que él la UTA realiza algunas preguntas sobre las gestiones en cuanto a nivel externo.</p>
<p>Análisis de Ejes Temáticos</p>	<p>Salud y Salud Mental: Respeto a este eje las alumnas explican que el trabajo realizado se ha basado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 – 2010, los profesionales comentan que el comportamiento de los pacientes en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de Salud Mental.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se da a conocer las gestiones que se están realizando con los diversos servicios de salud a fin de apoyar la exitosa derivación de los pacientes no pertenecientes del SSVSA, respecto a ello se pide a los profesionales a incentivar la participación de los usuarios en sus propios procesos de recuperación y rehabilitación, a través de la entrega de herramientas para que puedan participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud. A ello se suma la petición hacia los profesionales en la entrega de información respecto al proceso de derivación y como realizarlo. Se entrega protocolo de apoyo a pacientes derivados del HDS.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Las alumnas exponen información respecto a los resultados del catastro, las principales enfermedades presentes en los pacientes no pertenecientes al SSVSA, se comenta la prevalencia de la esquizofrenia en dicha población y la presencia de patologías duales.</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>La actividad resulta provechosa y positiva puesto que se utilizan los recursos de manera optima:</p> <p>Tiempo: La exposición se realiza en un tiempo reducido, a comparación de otras</p>

	<p>realizadas, pese a ello las alumnas son capaces de sintetizar la información y entregar la información más relevante, junto a ello se da un espacio para que los asistentes realicen preguntas y sugerencias respecto a las temáticas abordadas.</p> <p>Técnicas: La técnica más utilizada la exposición es la comunicación oral, puesto que las alumnas exponen de manera verbal la información utilizando el mínimo apoyo visual, puesto que cada vez se maneja de mejor manera las temáticas y los resultados del catastro. Respecto a ello la Asistente Social María Cecilia Torres al término de la reunión comenta que cada vez las alumnas requieren de un menor apoyo visual para dar a conocer y logran que otros profesionales comprendan el trabajo realizado éstas.</p>
<p>Medio de Verificación.</p>	

**B.- Fortalecimiento de la Red
Institucional externa de Salud Mental**

➤ **Actividad de gestión**

Fecha	Actividad	Equipo participante
20 de julio de 2012	“Socialización del proceso de derivación con asistentes sociales de hospitales que recibirán pacientes”	Equipo seminarista

➤ **Reuniones de trabajo**

Fecha	Actividad	Equipo participante
08 de Agosto 2012	“Reunión de gestión con Asistentes Sociales de Hospital Gustavo Fricke”	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social Hospital Diurno, Marisol Jeldes - Asistente Social Programa Alcohol y Drogas, Marcela Zepeda - Asistente Social, Programa Trastornos del Ánimo y Depresión, Andrea Gamboa - Equipo seminarista.
09 de Agosto 2012	“Reunión con equipo de acogida Unidad de Salud Mental, Hospital Gustavo Fricke”	<ul style="list-style-type: none"> - Director Unidad de Salud Mental, HGF, Dr. Mauricio Fernández. - Psicóloga Paula Mena - Psicóloga Francisca Arias - Enfermera Bárbara Garrido - Equipo seminarista.
13 de Agosto 2012	“Reunión con equipo de Salud Mental, Hospital de Quilpué”	<ul style="list-style-type: none"> - Director Unidad de Salud Mental, Hospital de Quilpué, Dr Hugo Ortega - Asistente Social, Carmen Gloria Orrego - Asistente Social, Ximena Hernández - Equipo seminarista.
29 de Agosto 2012.	“Reunión con equipo de Salud Mental, Hospital de Quillota”	<ul style="list-style-type: none"> - Director Unidad de Salud Mental, Psicólogo Claudio Esparza. - Enfermera Jefe, Alejandra Miranda. - Asistente Social, María Cecilia Torres. - Equipo seminarista.

➤ **Registro Actividad de Gestión**

Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
“Socialización del proceso de derivación con asistentes sociales de hospitales que recibirán pacientes”	Solicitar a asistentes sociales de HGF, Hospitales de Quilpué, Quillota, San Felipe y Los Andes, una reunión para socializar el proceso de derivación.	Equipo seminarista	20 de julio de 2012	Box N° 2 Policlínico HDS	Registro de Crónica Carta tipo enviada a Asistentes Sociales.
<p>Antecedentes de la actividad</p> <p>Nombre: - “Socialización del proceso de derivación con asistentes sociales de hospitales que recibirán pacientes derivados”</p> <p>Fecha: - 20 de julio de 2012</p> <p>Hora de Inicio: - 10:00 hrs.</p> <p>Hora de Término: - 11:00hrs.</p> <p>Lugar: - Box N° 2 Policlínico HDS</p>					
Participantes	Equipo Seminarista				
Síntesis de la actividad	Se envía correos electrónicos a Asistentes Sociales de Salud Mental de los hospitales pertenecientes al SSVQ a los que serán derivados los pacientes del HDS, a fin de iniciar el contacto y socialización para el recibimiento de los usuarios.				
Análisis por Eje Temático	<p>Salud y Salud Mental: Se indica que el Plan de Salud Mental y Psiquiatría ha permitido avanzar en la implementación y desarrollo de nuevos recursos en salud mental; en gestión de servicios y recursos materiales, humanos y financieros. Junto a ello se hace referencia a que actualmente el plan ha pasado a otra etapa, en la que se debe profundizar lo que se ha logrado hasta ahora, no sólo expandiendo los recursos disponibles, sino también mejorando los procesos de atención, reforzando algunas estrategias particulares.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Dentro del contexto de socialización, se señala en la información enviada, que el ámbito de la gestión y la evaluación es continua y permanente, no sólo se planifica, ejecuta y evalúa un proceso una vez y de forma estática, sino que se monitorea día a día, particularmente el trato personal, el tratamiento clínico y la calidad de vida del paciente.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: Se envía información respecto al perfil de los pacientes: quienes poseen tratamiento permanente con fármacos y quienes requieren tratamiento psicológico u hospitalización.</p>				
Juicio Profesional	El objetivo se considera cumplido ya que por parte del equipo seminarista se envían los correos a los distintos asistentes sociales, pero se estima que se dará una semana de plazo para que los profesionales respondan los correos, de no ser así se evaluará otro tipo de contacto ya sea telefónico o una visita personalmente.				
Medio de Verificación	ANEXO EN PÁGINA SIGUIENTE				

Valparaíso, 20 de julio 2012

Señor (a)

Asistente Social

Hospital _____

Presente

De nuestra consideración

Junto con saludarle, queremos informarle que en el marco del proceso de derivación de los pacientes de HDS no pertenecientes al SSVSA, se está realizando un Seminario de Título de alumnas de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

Como parte de éste, creemos necesario conversar con los Asistentes Sociales del área de Salud Mental de los distintos establecimientos a los que serán derivados los pacientes, para realizar un proceso de socialización y retroalimentación de este proceso.

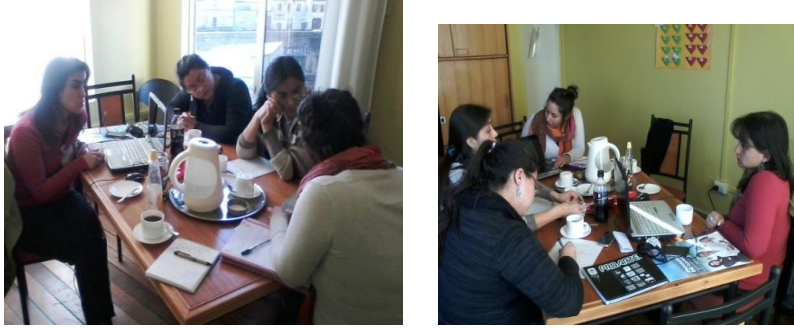
Es así, que solicitamos a usted poder darnos una fecha en que las alumnas puedan visitarle y concretar esta actividad.

Atentamente

➤ **Registro Reuniones de Trabajo**


CRÓNICA N° 1

<p>Antecedentes de la actividad</p> <p>Nombre de la actividad: Fecha: Hora de Inicio: Hora de Terminó: Lugar:</p>	<p>“Reunión de gestión con Asistentes Sociales de Hospital Gustavo Fricke” 08 de Agosto 2012. 15: 30 hrs. 16:25 hrs. Hospital Diurno Salud Mental HGF, Pje Muñoz Rodríguez 221 Caleta Abarca.</p>
<p>Participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistente Social Diurno, Marisol Jeldes. - Asistente Social Programa Alcohol y Drogas, Marcela Zepeda - Asistente Social, Programa trastornos del Animo y Depresión, Andrea Gamboa - Equipo seminarista.
<p>Coordinadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo seminarista.
<p>Temáticas abordadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de derivación de pacientes pertenecientes al SS Viña del Mar - Quillota. - Ley de Derechos del Paciente 20.584.
<p>Síntesis de la Actividad</p>	<p>Se envía correo electrónico al jefe de Salud Mental del HGF Dr. Mauricio Fernández quien autoriza reunión para el día 08 de agosto a las 15:00 hrs. en Hospital Diurno de Salud Mental.</p> <p>El equipo seminarista se presenta en el establecimiento a la hora indicada, pero la reunión se retrasa a las 15:30 hrs. Tras las presentaciones respectivas las alumnas exponen el proceso de sectorización del policlínico y derivación de los pacientes que no pertenecen al SSVSA, a continuación entregan datos estadísticos a cerca de los pacientes correspondiente al SSVQ, detallando los usuarios de Viña del Mar.</p> <p>Para finalizar se realiza una mesa redonda donde las Asistentes Sociales dan a conocer su punto de vista respecto a las temáticas, realizan sugerencias y hacen evidente su rechazo al proceso de derivación de pacientes.</p>
<p>Análisis de Ejes Temáticos</p>	<p>Salud y Salud Mental: El equipo seminarista expone el Modelo de Atención que se utiliza en el HDS, que es de Psiquiatría Comunitaria, donde se busca brindar la mayor satisfacción al usuario y a su familia, poniendo énfasis en que los controles son personalizados y que se realiza un seguimiento a los pacientes, estando en contacto telefónico con ellos principalmente cuando no acuden a las horas medicas o no se presentan a retirar sus medicamentos. No hay comentarios de las Asistentes Sociales respecto al modelo de atención de HGF.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Las alumnas dan a conocer el proceso de sectorización y derivación del policlínico del HDS, el que se basa en la facultad administrativa que poseen los Hospitales Públicos de modificar su modelo de atención, todo ello a favor de los pacientes con miras a una mejora en la atención, puesto que las horas profesionales actualmente están sobrepasadas y los usuarios pertenecientes al SSVSA poseen controles aproximadamente cada dos o tres meses, por lo que al ser derivados los pacientes que no pertenecen al servicio esta brecha de tiempo se reduciría, además con hacer más expedita las derivaciones de consultorios del servicio hacia el hospital. Junto a ello se da a conocer los beneficios para los pacientes del SSVQ; ya que se reduciría el tiempo de espera en la atención, se ahorrarían el costo económico de la locomoción entre otros, a lo que las Asistentes Sociales responden que ellas creen que si administrativamente, corresponde el proceso de derivación, el HGF debe aceptarla y recibir a los pacientes, pero de momento no lo harán porque atienden también pacientes de; Valparaíso, Quilpué y Quillota, amparados en la Ley 20.584, de derechos del paciente, la cual señala que los usuarios pueden elegir donde desean recibir la atención médica.</p> <p>Perfil general de patologías psiquiátricas: El equipo de Asistentes Sociales de Salud Mental del HGF hacen énfasis en que su Unidad no recibe todas las patologías que son atendidas en HDS, ya que utilizan un filtro, en que quienes no padecen determinadas enfermedades, son inmediatamente contra referidos a atención primaria de salud, es decir, a los respectivos consultorios. Las enfermedades que son atendidas en HGF son:</p>


	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia y abuso problemático de alcohol y drogas con patología dual. - Bipolaridad - Depresión con ideación suicida, intento de suicidio y/o síntomas psicóticos. - Esquizofrenia. - Episodios psicóticos. - Intentos de suicidio. <p>Las patologías que deben ser derivadas a los consultorios correspondientes al domicilio de las y los pacientes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retardo Mental - Trastorno Conductual - Trastornos Adaptativos - Trastornos de personalidad. - TOC - DOC - Abuso de Alcohol - Abuso de una sustancia - Distimia
Juicio Profesional.	<p>La actividad resulta acorde a las técnicas consideradas por el equipo seminarista:</p> <p>Tiempo: Pese a que el encuentro estaba programado para las 15:00 horas, se da comienzo con 30 minutos de retraso. Se cuenta con aproximadamente una hora para hacer la socialización, escuchar las inquietudes del equipo de HGF e intercambiar opiniones y percepciones. El tiempo es bien aprovechado, ya que el equipo seminarista expone verbalmente el motivo de esta reunión, el proceso de derivación, y el objetivo de las alumnas con respecto a dicho proceso; al no utilizarse medio de apoyo, resulta más ágil y fluido.</p> <p>Luego, se exponen las estadísticas, utilizándose un notebook para mostrar gráficos y cifras, lo que enlentece un poco la exposición, pero no impide que se pueda conversar de manera tranquila cada uno de los puntos expuestos por las asistentes sociales. La reunión finaliza cuando una de ellas debe retirarse, cerrándose todos los puntos y sin que queden dudas sin resolver.</p> <p>Técnicas: La técnica principal es la comunicación oral (por lo anteriormente señalado y porque existe un mejor manejo de las temáticas).</p> <p>Se observa también la técnica de atención, escucha y empatía; tanto de parte del equipo seminarista como de las asistentes sociales del HGF. De las alumnas, porque escucharon respetuosamente todas las críticas y desventajas que plantearon las asistentes sociales respecto al proceso de derivación, sin caer en ningún momento en un debate o en recriminaciones que mostraran una actitud inadecuada, al contrario, hicieron sentir a la contraparte que en ciertos aspectos estaban en lo correcto y que sus inquietudes serían planteadas a las personas idóneas en el HDS.</p> <p>El equipo de HGF también tuvo una actitud correcta por las expositoras, pese a estar resistentes al cambio y ser reticentes ante la llegada de nuevos pacientes.</p>
Medio de Verificación.	

CRÓNICA N° 2

<p>Antecedentes de la actividad</p> <p>Nombre de la actividad:</p> <p>Fecha:</p> <p>Hora de Inicio:</p> <p>Hora de Terminó:</p> <p>Lugar:</p>	<p>“Reunión con equipo de acogida Unidad de Salud Mental, Hospital Gustavo Fricke”</p> <p>09 de Agosto 2012.</p> <p>09:50 hrs.</p> <p>10:05 hrs.</p> <p>Hospital Diurno Salud Mental HGF, Pje Muñoz Rodríguez 221Caleta Abarca.</p>
<p>Participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Director Unidad de Salud Mental, HGF, Dr. Mauricio Fernández. - Psicóloga Paula Mena - Psicóloga Francisca Arias - Enfermera Bárbara Garrido - Equipo seminarista.
<p>Coordinadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo seminarista.
<p>Temáticas abordadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de derivación de pacientes pertenecientes al SSVQ - Ley de Derechos del Paciente 20.584.
<p>Síntesis de la Actividad</p>	<p>Tras el acompañamiento realizado a paciente derivado desde HDS, el equipo seminarista es llamado a la oficina en que éste había sido recibido y donde se encontraba el equipo de acogida.</p> <p>Luego de dar la bienvenida e invitar a las alumnas a tomar asiento, el director de Salud Mental muestra - desde su teléfono celular - un extracto de la ley 20.584 <i>“Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”</i>, explicando que si esta ley estuviera vigente (lo que ocurrirá en el mes de octubre de este año) las actividades de acompañamiento y apoyo a usuarios sería ilegal, ya que sería obligatorio utilizar un documento de consentimiento informado, firmado por los pacientes, y además se estaría violando la confidencialidad de sus tratamientos. Indica que da a conocer esta normativa con una finalidad protectora, no con intención de obstaculizar el trabajo del equipo seminarista.</p> <p>Pese a esto, invita a las alumnas a contarle a él y su equipo cuál es la finalidad del seminario, y muestra interés en la gestión intersectorial que se está llevando a cabo y en el beneficio futuro que esto conlleva. Tanto el director como una de las psicólogas participan activamente de la información proporcionada, haciendo preguntas y comentarios al respecto, y dando espacio para que el equipo seminaristas efectúe preguntas sobre la cantidad de usuarios en salud mental que tiene el HGF, el proceso de acogida de los pacientes derivados y los pasos posteriores.</p> <p>Luego de esto, comentan que deben recibir a otro paciente, por lo que se agradece al equipo de HGF su tiempo y se da por finalizada la reunión.</p>
<p>Análisis de Ejes Temáticos</p>	<p>Salud y Salud Mental: Al igual que en la reunión del día anterior con las Asistentes Sociales, como forma de introducción, se plantea el modelo en que se basa la atención en HDS. Además, se explica la utilización del Plan Nacional de Salud Mental 2000-2010 como línea directriz del proceso de sectorización del HDS.</p> <p>Gestión en Salud Mental: La reunión se aborda desde una base legal, como es la aplicación de la Ley 20.584 <i>“Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”</i>; ya que para el HGF, la estrategia de atención gira en torno a la protección de los derechos de los usuarios; dando énfasis a la no vulneración de ninguno de ellos.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: No se aborda</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>La actividad no estaba agendada con anterioridad, por lo que el equipo seminarista no había preparado lineamientos ni metas para el cumplimiento de las técnicas ya utilizadas.</p> <p>A pesar de esto, es posible señalar que se utilizó una técnica oral, de exposición, sin utilización de apoyo de ningún tipo.</p>


	<p>Respecto al tiempo, pese a que éste fue reducido, las alumnas fueron capaces de manejarlo correctamente, pudiendo socializar y entregar la totalidad de la información sobre la sectorización del HDS a un equipo de trabajo que no estaba planificado, y que incluyó a la principal autoridad de salud mental de Viña del Mar; lo que es altamente exitoso, ya que se amplía la cantidad de entidades que se enteran de este proceso.</p> <p>Finalmente se cumplió con la técnica de atención y escucha, al haber un diálogo respetuoso, ordenado y claro, a pesar de ser una reunión improvisada, en que el equipo seminarista pudo haber mostrado equivocaciones y yerros.</p>
<p>Medio de Verificación</p>	

ANEXO CRÓNICA N° 2

<p>Biblioteca del Congreso Nacional de Chile  Legislación chilena</p> <p>Tipo Norma: Ley 20584</p> <p>Fecha Publicación: 24-04-2012</p> <p>Fecha Promulgación: 13-04-2012</p> <p>Organismo: MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA</p> <p>Título: REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>Tipo Version: Con Vigencia Diferida por Fecha De: 01-10-2012</p> <p>Inicio Vigencia: 01-10-2012</p>


CRÓNICA N° 3

<p>Antecedentes de la actividad</p> <p>Nombre de la actividad: “Reunión con equipo de Salud Mental, Hospital de Quilpué”</p> <p>Fecha: 13 de Agosto 2012.</p> <p>Hora de Inicio: 09:00 hrs.</p> <p>Hora de Termino: 10:10 hrs.</p> <p>Lugar: Consultorio de Salud Mental, Hosp de Quilpué. San Martin 1270, Quilpué</p>	
<p>Participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Director Unidad de Salud Mental, Hospital de Quilpué, Dr Hugo Ortega - Asistente Social, Carmen Gloria Orrego - Asistente Social, Ximena Hernández - Equipo seminarista.
<p>Coordinadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo seminarista.
<p>Temáticas abordadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de derivación de pacientes pertenecientes al SSVQ
<p>Síntesis de la Actividad</p>	<p>Tras coordinar una fecha para una reunión a través de un correo electrónico y confirmada vía telefónica, se concreta en la fecha y hora indicadas.</p> <p>Pese a que inicialmente sólo participarían las Asistentes Sociales con el equipo seminarista, se incorporó el Director de Salud Mental del Hospital de Quilpué. Tras las presentaciones respectivas, se invita a las alumnas a pasar a la mesa de reuniones, donde explican el motivo de este encuentro y plantean el proceso de sectorización de manera similar a las dos reuniones anteriores; variando en la información estadística, en que se dan a conocer el número y porcentaje de pacientes correspondientes a Quilpué y Villa Alemana, que deben ser derivados a este Centro de Salud Mental.</p> <p>Tanto las asistentes sociales como el director, plantean sugerencias que agilizarían el proceso de derivación, como formalizar las contrareferencias, en el sistema computacional de la red de salud ministerial; solicitar los cupos en Quilpué para pacientes con determinados medicamentos, para que no queden sin ellos durante el período de traslado y dejar protocolizado el regreso de los pacientes en caso de no resultar sus derivaciones.</p> <p>El doctor Ortega refiere también que ellos creían que el número de pacientes derivados era menor al informado por el equipo seminarista, y tiene ciertas aprensiones de si éstos serán enviados en bloque o de manera progresiva. Al informársele que los usuarios irán llegando de forma parcelada, agradece tener finalmente cierta claridad al respecto.</p> <p>Tras intercambiar de datos y de responder preguntas por parte de ambos equipos, se da por finalizada la reunión, y quedan abiertas las puertas para que ambas instituciones puedan mantener un diálogo y comunicación más fluida.</p>
<p>Análisis de Ejes Temáticos</p>	<p>Salud y Salud Mental: Ante la duda del Director de Salud Mental del Hospital de Quilpué, respecto a si los pacientes serían enviados en bloque o de manera progresiva, se le informa que será de la segunda manera; pero que cada psiquiatra utilizará su propio criterio para decidir si da el alta a sus pacientes, o si los mantiene en HDS. Esto se fundamenta en el modelo biopsicosocial, ya que considerarán si el paciente será beneficiado o perjudicado al abandonar un entorno que ha sido protector durante un período de tiempo significativo, en donde no sólo recibe atención médica, sino que ha creado lazos de amistad, afectivos y que en muchos casos, significa salir de su ambiente habitual, para desplazarse a un lugar que es incluso estética y geográficamente más agradable.</p> <p>Gestión en salud mental: Los profesionales del Hospital de Quilpué hacen mención a la posibilidad de formalizar las contra referencias desde el HDS, para evitar que por situaciones burocráticas, puedan verse afectados los pacientes. Basan su solicitud en las actuales directrices de Salud Mental en</p>

	<p>Chile, las cuales centran la atención en la satisfacción del usuario y en un proceso de atención único y continuo; lo que implica un control y seguimiento permanente por parte de los profesionales (psiquiatras, enfermeras y psicólogos), sin dejar períodos de laguna, en que los pacientes corren el riesgo de sufrir una descompensación o abandonar definitivamente sus tratamientos para todos los usuarios, en el que las áreas técnicas y administrativas se encuentren integradas.</p> <p>Perfil general de patologías psiquiátricas: El equipo de Salud Mental indica la importancia que ellos otorgan a mantener los tratamientos de los pacientes, y el protegerlos de posibles descompensaciones, es por esto que solicitan dar importancia en HDS a la solicitud de los cupos en Quilpué para pacientes con determinados medicamentos (como Olanzapina, Quetiapina y Clozapina), para que no queden sin ellos durante el período de traslado. Además, al consultárseles por sus criterios para aceptar a los pacientes, señalan que no existen filtros, y que atienden a todos los pacientes que requieran atención psiquiátrica que pertenezcan a su área de jurisdicción; siendo derivados sólo aquellos que están compensados hace un largo tiempo y que requieren tratamiento farmacológico básico.</p>
<p>Juicio Profesional.</p>	<p>El equipo seminarista considera que esta sesión resultó exitosa; se cumplió con lo propuesto y se percibió un clima de colaboración y aceptación por parte de los profesionales asistentes.</p> <p>En cuanto al tiempo, se contó con el suficiente para entregar la información e intercambiar percepciones y opiniones de manera clara, sin apremios por la necesidad de finalizar la reunión.</p> <p>Respecto a la técnica de exposición, al igual que en las últimas oportunidades, las alumnas utilizaron poco apoyo gráfico, sólo para mostrar las estadísticas, haciendo así una presentación ágil y dinámica.</p> <p>La atención, escucha y empatía fueron bien aplicadas; se observó respeto de ambos equipos, interés y cooperación. El equipo seminarista considera que esto se debe a un mejor manejo de dichas técnicas, gracias a la práctica adquirida y a una muy buena disposición de las asistentes sociales y del director de Salud Mental del Hospital de Quilpué.</p>
<p>Medio de Verificación</p>	

Crónica N°4

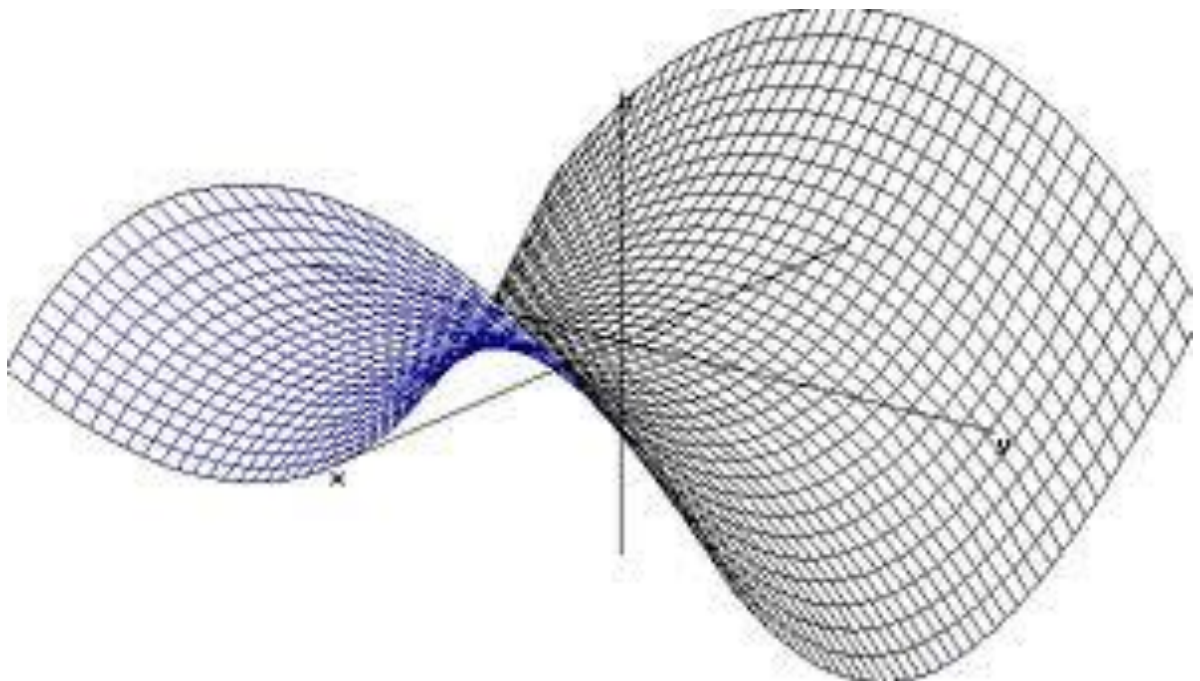
<p>Antecedentes de la actividad</p> <p>Nombre de la actividad: “Reunión con equipo de Salud Mental, Hospital de Quillota”</p> <p>Fecha: 29 de Agosto 2012.</p> <p>Hora de Inicio: 15:10 hrs.</p> <p>Hora de Terminó: 16:10 hrs.</p> <p>Lugar: Consultorio de Salud Mental, Hospital de Quillota. La Concepción 1050, Quillota</p>	
<p>Participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Director Unidad de Salud Mental, Psicólogo Claudio Esparza. - Enfermera Jefe, Alejandra Miranda. - Asistente Social, María Cecilia Torres. - Equipo seminarista.
<p>Coordinadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo seminarista.
<p>Temáticas abordadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de derivación de pacientes pertenecientes al SSSA
<p>Síntesis de la Actividad</p>	<p>Se realiza contacto vía telefónica con enfermera jefe de Salud Mental, quien se compromete a informar a director de la unidad sobre la petición de las alumnas de realizar una reunión, junto a ello se envía correo electrónico. Posterior a esto confirman cita para el día 22 de agosto de 2012, pero llegado el día solicitan cambiar la fecha para el 29 de agosto a las 15:00hrs.</p> <p>En la fecha señalada se presenta el equipo seminarista en el lugar junto a la supervisora institucional María Cecilia Torres. Tras una espera de aproximadamente 10 minutos, la supervisora institucional presenta al equipo seminarista y realiza una breve introducción respecto a la sectorización del policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador.</p>
<p>Análisis de Ejes Temáticos</p>	<p>Salud y Salud Mental: El director de Salud Mental refiere que ellos como equipo entienden que la salud y la Salud Mental “es cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando luchamos con la vida”. También indica que “ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, como nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones”.</p> <p>La enfermera jefe argumenta que al igual que la salud física, la Salud Mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta y que mantenerse mentalmente sano no siempre es fácil y que al estar en contacto con los pacientes, es aconsejable buscar apoyo de familiares y amigos.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Las problemáticas de Salud Mental han evolucionado desde servicios psiquiátricos únicos y centralizados, hacia servicios de salud mental organizados en redes asistenciales complejas; desde la atención centrada en el médico psiquiatra hacia la atención integral por un equipo multidisciplinario; desde la atención centrada en los síntomas del paciente hacia la intervención en la persona, la familia y su comunidad. Este proceso de transformación se sitúa dentro del desarrollo del Modelo de Salud Mental Comunitaria, que se funda en un mayor conocimiento epidemiológico en éste ámbito, en el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por una enfermedad mental, y en la evidencia de mayor costo-efectividad de las intervenciones ambulatorias e integrales. Ello se agrega que el proceso de sectorización del HDS es para brindar una mejora en la atención del paciente, puesto que se busca que el usuario se relacione con su comuna y haga uso de los recursos que ésta le proporciona. El equipo de Salud Mental de Quillota comenta que están totalmente de acuerdo con el traslado de los pacientes y que saben que ayuda muchísimo a éstos y que no lo ven como una sobrecarga sino todo lo contrario, a esto la enfermera jefe sugiere que se debiese organizar a nivel de región al menos una o dos veces en el año un encuentro de los equipos de Salud Mental, para así intercambiar información respecto a lo que está sucediendo en el quehacer profesional, buscar formas de mejora de la atención de los pacientes y organizar una red que funcione de manera fluida.</p>

	<p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: El director de Salud Mental de Quillota comenta que durante muchos años en el abordaje psiquiátrico llegó a concebir al individuo como el asiento de las patologías. Pero ésta concepción ha variado, pues el importante papel de la influencia de la familia en la conducta y la salud de sus miembros, implica que frecuentemente se trata a más de un miembro de la familia con problemas mentales.</p> <p>Por otra parte, se señala que no se produce discriminación por patologías, pero que si se da más énfasis a las esquizofrenias y depresiones, haciendo frecuentemente coordinaciones con el Hospital de Putaendo. En cuanto a los problemas de alcohol y drogas es evaluado el paciente y se toma en conjunto la decisión si debe ser derivado al consultorio. Las alumnas refieren la cantidad aproximada de pacientes susceptibles a ser derivados aproximadamente 20 de los cuales presentan mayoritariamente depresión, esquizofrenia y patologías duales. En cuanto a la farmacología el equipo de Salud Mental de Quillota da a conocer que cuenta con un buen arsenal de medicamentos y que no sería problema para ellos este tema.</p>
Juicio Profesional.	<p>La actividad se evalúa positivamente ya que el equipo de Salud Mental de Quillota se muestran muy interesados en los traslados, intercambian información de manera clara con la supervisora institucional María Cecilia Torres, el tiempo fue el suficiente ya que ambos profesionales bloquearon atenciones para atender la reunión. En cuanto a la técnica de exposición fue adecuado ya que se utilizó la expresión oral y solo se muestra una presentación en power point con gráficos los cuales son explicados.</p>
Medio de Verificación	

4.3- Puntos Críticos

PRESENTACIÓN

A continuación se presentan las acciones desarrolladas en el marco del trabajo destinado a identificar puntos críticos, surgidos del proceso de derivación de pacientes desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador hacia el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, desde la experiencia de los y las pacientes derivados y los equipos de Salud Mental de los hospitales Gustavo Fricke, de Quilpué y de Quillota. Estas acciones fueron desarrolladas según el siguiente detalle:



**A. Desde la Experiencia de
los Pacientes**

➤ **Actividad de Gestión**

Fecha	Actividad	Equipo participante
19 de julio de 2012	“ Recepción de listado de pacientes seleccionados para acompañamiento”	Equipo seminarista

➤ **Acompañamiento a Pacientes**

Fecha	Participantes	Características de paciente
Jueves 12 de julio, 2012	Paciente N° 1 Hija de paciente Equipo seminarista	Sexo: Femenino Edad: 64 años
Viernes 27 de julio, 2012	Paciente N° 2 Equipo seminarista	Sexo: Femenino Edad: 42 años
Jueves 26 de julio, 2012	Paciente N° 3 Equipo seminarista	Sexo: Femenino Edad: 52 años
Jueves 02 de agosto, 2012	Paciente N° 4 Equipo seminarista	Sexo: Femenino Edad: 41 años
Jueves 02 de agosto, 2012	Paciente N° 5 Equipo seminarista	Sexo: Masculino Edad: 47 años
Jueves 9 de agosto, 2012	Paciente N° 5 Equipo seminarista	Sexo: Masculino Edad: 44 años

➤ **Puntos Críticos**

Postura N° 1	Postura N° 2	Puntos Críticos
Hospital del Salvador	Pacientes	Pacientes resistentes al cambio de Centro de Salud Mental. Falta de recursos económicos para compra de medicamentos Decepción y confusión de pacientes al ser modificados tratamientos y diagnósticos.

➤ **Registro Actividad de Gestión**

Nombre	Objetivo	Participantes	Fecha	Lugar	Medio de Verificación
Recepción de listado de pacientes seleccionados para acompañamiento	Recibir y revisar la lista con los nombres de los pacientes.	Equipo seminarista	19 de julio de 2012	Box N° 2 Policlínico HDS	Registro de Crónica
Antecedentes de la actividad					
Nombre:		"Recepción de listado de pacientes seleccionados para acompañamiento"			
Fecha:		19 de julio de 2012			
Hora de Inicio:		10:00 hrs.			
Hora de Término:		11:15 hrs.			
Lugar:		Box N° 2 Policlínico HDS			
Participantes	Alumnas seminaristas				
Síntesis de la actividad	Se recibe el listado con los pacientes que cada psiquiatra consideró pertinente acompañar en su proceso de derivación. Se les contacta telefónicamente para verificar si han tenido acercamientos con la institución a la que han sido derivados.				
Análisis por Eje Temático	<p>Salud y Salud Mental: No se observa.</p> <p>Gestión en Salud Mental: Se explica a cada paciente en qué consiste el proceso del que están siendo parte, y cómo se está gestionando con cada uno de los centros de atención la recepción y acogida para sus traslados.</p> <p>Perfil general de Patologías Psiquiátricas: No se observa.</p>				
Juicio Profesional	La gestión resulta exitosa en la mayoría de los casos, ya que se tiene una buena respuesta y se percibe un sentimiento de agradecimiento por parte de los pacientes y de sus familiares en los casos en que fueron éstos los que recibieron los llamados.				

➤ **Registro de Acompañamiento
a Pacientes**

PACIENTE N° 1	
Edad	64 años
Sexo	Femenino
Ciudad / Comuna	Peñablanca
Fecha Citación	Jueves 12 de julio, 2012
Hora Citación	10:00 horas
Hora Atención	10:10 horas
Descripción de la experiencia	<p>De acuerdo a lo acordado telefónicamente el día anterior la paciente se presenta en el Hospital de Quilpué acompañada de una hija, donde las alumnas seminarista se presentan con ambas y se le explica el trabajo de acompañamiento en la primera hora médica para ver la recepción del equipo de Salud Mental de Quilpué y luego de eso recoger sus impresiones. De acuerdo al relato de la paciente señala que su estado de salud no ha sido óptimo ya que hace poco tiempo sufrió un accidente cardiovascular, en cuanto a su traslado del HDS a Salud Mental de Quilpué ella comenta que al comienzo estaba molesta puesto que era un agrado ir a Playa Ancha y ver el mar, además agrega que en el HDS todos la conocían, sabían su historial médico, pero que en ocasiones se le hacía difícil el desplazamiento hasta Valparaíso porque a su hija no le gustaba que fuese sola y en ocasiones ella no la podía acompañar.</p> <p>Luego de ser llamada la paciente por una enfermera, esta entra en el box n°2 acompañada de su hija y tras 20 minutos de atención ambas se dirigen en donde las esperaban las alumnas.</p> <p>La usuaria explica que la atención la realiza el Dr. Gutiérrez y una Psicóloga de quién no recuerda el nombre, relata que fueron muy amables que se presentaron como sus nuevos doctores quienes la acompañarían al igual que en el HDS y que junto con ver su parte mental también verían su problema cardiovascular, quedando de acuerdo en coordinar una reunión con el cardiólogo que la atiende para informar que desde ese momento la paciente se controlaría por todas sus patologías en el HDQ.</p> <p>La hija de la paciente agrega que al momento de que el Psiquiatra pregunta a la paciente si sabe porque fue derivada desde el HDS y que enfermedad tiene, ésta no responde con claridad y comenta los síntomas que ella presenta cuando hace algunos años atrás le daban su crisis de esquizofrenia, pero que en ningún momento logra identificar la patología por su nombre clínico.</p> <p>Tras la conversación con la paciente y su hija, ambas se dirigen a retirar los medicamentos, los cuales son los mismos recetados por el HDS y sacan una hora nueva para el mes siguiente, mostrando su citación para el 9 de agosto a las 11:00 hrs.</p> <p>Las alumnas agradecen por dejarlas participar de este proceso y por compartir sus impresiones respecto a la derivación, junto a ello se refuerza a la paciente que debe seguir acudiendo a los controles en Salud Mental de Quilpué, que vea el lado positivo ya que ahorra dinero y tiempo en el traslado, junto con atender sus otras patologías en el mismo lugar, la paciente con su hija se despiden piden que se hagan extensivas las gracias al HDS por la labor que cumplen.</p>

PACIENTE N° 2	
Edad	42 años
Sexo	Femenino
Ciudad / Comuna	Viña del Mar
Fecha Citación	Viernes 27 de julio, 2012
Hora Citación	9:30 horas
Hora Atención	9:35 horas
Descripción de la experiencia	<p>La paciente llega a las 9:20 al HGF y en la entrada se encuentra con las alumnas seminaristas previo acuerdo. Al ingresar a la Unidad de Psiquiatría, en el tercer piso del consultorio Maldonado, la paciente entrega su interconsulta en el mesón y espera a que la atiendan, posterior a ello las alumnas se presentan formalmente explicando el motivo del acompañamiento, entablando un dialogo con la paciente quien comenta que sufre de una depresión mayor, que se controla en el HDS hace 13 años y que ha estado hospitaliza en diversas ocasiones y que en un comienzo no entendía porque había sido derivada, ya que encontraba que en HDS poseían una atención más especializada, pero que la Dra. Santamaria quien era su psiquiatra en el HDS le informa que forma parte del proceso de derivación de los pacientes que no pertenecen al SSVSA, junto a ello le hace referencia a que en Viña del Mar también hay muy buenos psiquiatras y que al comienzo será un poco complicado porque es un lugar que no conoce pero que debe ir con la mejor disposición, alentándola a seguir el tratamiento en dicho lugar. La usuaria refiere que en algunas ocasiones se hacía difícil el ir a Playa Ancha ya que debía tomar dos o más locomociones en tanto ahora solo había tomado una sola micro.</p> <p>Luego de aproximadamente 30 minutos de atención, la paciente sale del box de atención y comenta su experiencia con las alumnas, narrando que al comienzo se había sentido asustada, pero que el equipo que la recibió fue muy amable y que con el pasar de los minutos fueron conversando de su situación médica y familiar. Indica que el Dr. Guzmán y la Asistente Social Andrea Gamboa la incentivan a no perder los controles y a que con el pasar del tiempo irán viendo el tema de los medicamentos por si necesitase algún ajuste de ellos.</p> <p>Las alumnas preguntan si ahora se siente más tranquila a lo que responde que sí pero que pensaba que el próximo control lo tendría en un mes, lo que no es así ya que su próxima hora psiquiátrica es en dos meses más y que el control con la enfermera será dentro de un mes, donde se le hará entrega de sus medicamentos correspondientes al mes de septiembre. Para finalizar la usuaria da las gracias por la preocupación de acompañarla y por tomar en consideración su relato de su experiencia vivida.</p>

PACIENTE N° 3	
Edad	52 años
Sexo	Femenino
Ciudad / Comuna	Viña del Mar
Fecha Citación	Jueves 26 de julio, 2012
Hora Citación	9:00 horas
Hora Atención	9:20 horas
Descripción de la experiencia	<p>Se contacta telefónicamente a la paciente el día lunes 23, se explica que la llamada se está realizando desde el HDS para consultar sobre su hora en el HGF y si asistirá, la paciente confirma que ira, pero que no sabe muy bien como llegar al lugar donde tiene que dirigirse ya que es en recreo, las alumnas proponen acompañarla y dan a conocer brevemente que sería parte del proceso de una tesis que se está realizando en el Policlínico del HDS la cual busca recoger su impresión respecto al proceso de derivación, la paciente autoriza el acompañamiento para el día jueves.</p> <p>Al llegar la usuaria al Hospital Diurno de Salud Mental, correspondiente al HGF, quien comenta a las alumnas que le costó demasiado encontrar la dirección ya que la infraestructura no cuenta con ningún afiche que lo identifique como tal, junto a ello agrega que lleva aproximadamente 10 años atendiéndose en el HDS, pero que está tratando de ver el lado positivo del traslado a Viña del Mar puesto que le queda más cerca de su domicilio. La usuaria comienza a ver la hora y se pone algo inquieta, diciendo que pensaba que sería menos la espera.</p> <p>Tras 20 minutos de atención, las alumnas preguntan a la usuaria como fue la recepción del equipo a lo que manifiesta que bien pero que no le había gustado que el Dr .Fernández quisiera cambiar su tratamiento farmacológico, comenta que había una Psicóloga la cual solo se dedicaba a ver su celular, la paciente siente que ha sido un retroceso en su tratamiento la derivación, ya que ella por años toma los mismos medicamentos y ahora se los cambiaron, junto a esto le provoca mucha molestia que la receta debe ir al otro día a retirarla al HGF, puesto que en HDS la farmacia estaba dentro del recinto. Las alumnas alientan a la usuaria a seguir adelante con su traslado y que es parte de un proceso al cual dentro de un tiempo se acostumbrara, la paciente agradece la atención recibida en HDS y propone a las alumnas que se comuniquen telefónicamente el día siguiente para relatar experiencia respecto a la entrega de los medicamentos, las alumnas aceptan y acuerdan que la llamen a las 16:00hrs.</p> <p>Las alumnas seminaristas se contactan con la paciente telefónicamente quien expone que es pésima la atención en el HGF, puesto que sintió que no la tomaron en cuenta, además de perder tiempo en la entrega de medicamentos, pero lo que más le molesta es que deba comprar el Clonazepam, ya que en el HDS le daban todos los medicamentos y este es un gasto extra para ella. La paciente indica que ira nuevamente a control y verá si sigue ahí o abandona el tratamiento, a lo que las alumnas le recomiendan que asista a control y que exponga al psiquiatra esta situación para que en conjunto busquen una solución, a ello agregan que también puede dirigirse a la asistente social del hospital y pedir orientación pero que en ningún caso abandone el tratamiento, para finalizar las alumnas agradecen a la paciente por narrar su experiencia.</p>

PACIENTE N° 4	
Edad	41 años
Sexo	Femenino
Ciudad / Comuna	Viña del Mar
Fecha Citación	Jueves 02 de agosto, 2012
Hora Citación	8:30 horas
Hora Atención	8:35 horas
Descripción de la experiencia	<p>La paciente asiste sola a la citación en Hospital Diuro de Salud Mental de HGF, llega a las 8:15, donde se encuentra a las alumnas seminaristas, estas explican el motivo del acompañamiento y preguntan si le costó encontrar la dirección, quien indica que un poco pero que se guio por un mapa que esta al reverso de la interconsulta, la usuaria conversa respecto a su paso por el HDS y de su buena experiencia en éste, diciendo que extrañara no ir más a control a Valparaíso, pero que está contenta porque ya tiene que ir al "Hospital Psiquiátrico" sino que ahora va al "Hospital Gustavo Fricke", por lo que ya no se burlaran de ella ni le dirán "loca". La usuaria comenta que le agrada el lugar, que tiene buenas expectativas y que preguntara como lo harán con ella ya que es parte del programa clozapina lo cual le implica tomar un hemograma semanal, las alumnas siguieren que realice todas las respectivas consultas al equipo que la recibirá.</p> <p>Luego de ser atendida durante 25 minutos, la paciente describe la oficina en la que fue atendida, en la que se encontraba un doctor, una Asistente Social y una psicóloga, quienes se presentaron como su nuevo equipo tratante, la usuaria comenta que fueron muy amables y cariñosos, mostraron preocupación por su caso y por sus condiciones patológicas y sociales.</p> <p>La usuaria muestra una nueva hora en el HGF para el 20 de agosto, donde se tomara un hemograma y el día 23 tendrá una nueva hora con el Dr. Fernández para ver los pasos a seguir respecto a la clozapina, la paciente relata que el equipo aclaro todas sus dudas y le insistieron en que no dejase de ir a los controles, motivándola a seguir su tratamiento. Tras ello las alumnas agradecen a la usuaria por participar y compartir sus apreciaciones con el equipo seminarista.</p>

PACIENTE N° 5	
Edad	47 años
Sexo	Masculino
Ciudad / Comuna	Viña del Mar
Fecha Citación	Jueves 02 de agosto, 2012
Hora Citación	9:00 horas
Hora Atención	9:15 horas
Descripción de la experiencia	<p>El paciente llega retrasado en 15 minutos, por lo que rápidamente el equipo seminarista se presenta y pasa directamente al box de atención.</p> <p>Una vez que ha sido atendido el usuario este pide las disculpas correspondientes a las alumnas seminaristas por no llegar a la hora exacta de la citación, excusándose en que le costó mucho llegar al Hospital Diurno de Salud Mental de HGF, ya que no se ubicaba en el sector y el Hospital no cuenta con una identificación clara, junto a ello comparte lo que fue su recepción en la que participo solo el Dr. Fernández, quien le realizo preguntas básicas respecto a su patología, le dio la bienvenida al SSVQ y le comento los pasos a seguir; que debía dirigirse al HGF a retirar sus medicamentos ya que el Hospital Diurno no cuenta con farmacia en el recinto, junto a esto el doctor le pregunta cómo fue su atención en el HDS a lo que el comenta que fue muy buena, que en HDS acogen bien a las personas y las tratan dignamente, por lo que le hace extensivo su idea de lo que será la atención en el SSVQ.</p> <p>El paciente comenta que el recibimiento fue bueno, pues pensó que le llamarían la atención por llegar tarde o simplemente no lo atenderían, respecto a los medicamentos señala que debe ir a retíralos al HGF y que le acomoda el traslado ya que le que más cerca de su domicilio ahorrando tiempo en el traslado, pero si sugiere que a los demás pacientes que serán derivados a los diversos servicios el Psiquiatra del HDS le explique bien el motivo del traslado.</p>

PACIENTE N° 6	
Edad	44
Sexo	Masculino
Ciudad / Comuna	Viña del Mar
Fecha Citación	Jueves 9 de agosto, 2012
Hora Citación	09:00 horas
Hora Atención	09:20 horas
Descripción de la experiencia	<p>El paciente llega a la hora a su control en el Hospital Diurno de Salud Mental, correspondiente al HGF, pese a que le costó mucho encontrar la dirección (el lugar se encuentra en el sector Caleta Abarca, en un pasaje y no tiene ninguna referencia en el exterior)</p> <p>En primer término, el equipo seminarista se presenta y le explica al paciente que harán un acompañamiento y observarán cómo se desarrolla su primera atención en el SSVQ; está de acuerdo y se inicia la conversación con la pregunta de cuánto tiempo se atendió en HDS, a lo que responde que fue usuario por 8 años, ante lo que se consulta si está conforme con su derivación a Viña del Mar; inicialmente señala que le es indiferente, ya que no le es problema viajar a Valparaíso y no tiene complicaciones con el tiempo de desplazamiento, pero luego dice que en realidad cree que es mejor estar en Viña del Mar, ya que al no ser un hospital de tipo psiquiátrico, le resultará más fácil pedir permiso en su trabajo para asistir a sus controles. Además siente que dejará de ser estigmatizado, por la misma razón.</p> <p>Por otra parte, indica que está muy agradecido del HDS, porque pese a su diagnóstico de esquizofrenia, los médicos siempre lo instaron a llevar una vida normal, sin proponerle nunca la opción de tener licencias médicas.</p> <p>Tras veinte minutos de espera, el paciente es llamado a su control, siendo acompañado por el equipo seminarista hasta su entrada al box de atención, donde es recibido por un equipo de acogida, compuesto por el Jefe de Salud Mental del HGF, doctor Mauricio Fernández, dos psicólogas y una enfermera.</p> <p>Se le espera por un lapso de treinta minutos, tras los cuales, abandona el box y se retoma el diálogo, ahora preguntándole cómo fue su experiencia. Señala que se sintió muy cómodo y que el equipo lo trató muy bien y se mostró interesado por su caso. Muestra los papeles que le fueron entregados en la oportunidad, siendo uno su receta y otro su nueva citación, ahora en el HGF.</p> <p>Tras esto, se agradece al paciente su colaboración, finalizando así el proceso de acompañamiento.</p>

➤ **Registro de Puntos Críticos**

POSTURA N ° 1	POSTURA N ° 2			
HOSPITAL DEL SALVADOR	PACIENTES	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA
Médicos tratantes entregan a pacientes formulario de derivación, diciéndoles que deben ser atendidos en los centros de salud correspondientes a sus domicilios.	No comprenden el motivo de sus derivaciones, debido a que ya fueron admitidos por el Hospital Psiquiátrico del Salvador y en su mayoría llevan un largo período de atención.	Los pacientes se resisten al cambio y retornan al Hospital Psiquiátrico del Salvador, con la esperanza de obtener nuevas horas.	No asisten a sus nuevos centros de control, con consecuencias de descompensaciones y retrocesos en su estado de salud.	Lograr una coordinación de los funcionarios del policlínico, para que orienten a los pacientes de los beneficios de la derivación.
Cuenta con un amplio arsenal farmacológico, por lo que los pacientes retiran todos sus medicamentos desde Farmacia, sin costo (según su previsión) o a un precio menor que en farmacias privadas.	Sienten que son “obligados” a comprar los medicamentos, ya que no están en las farmacias de sus nuevos centros de atención.	Los pacientes no cuentan con el dinero suficiente para comprar medicamentos.	Abandonan el tratamiento por falta de recurso. En ocasiones siguen asistiendo a sus controles, pero en la gran mayoría de los casos, lo abandonan.	Coordinación de la farmacia del HDS al con las respectivas farmacias de los Centros de Salud Mental a los cuales deberán ser derivados los pacientes. Poniendo énfasis en no derivar los pacientes que no recibirán el tratamiento en su nuevo Centro de Atención hasta que éstos cuenten con un arsenal farmacológico más completo
Médicos mantienen diagnósticos y tratamientos de los pacientes por períodos prolongados de tiempo.	Muchos señalan que sus tratamientos han sido modificados y se les ha dado un nuevo diagnóstico.	Decepción y confusión de los pacientes, al ser desarraigados de sus anteriores antecedentes de enfermedad.	Nuevos efectos orgánicos con los medicamentos ahora administrados, que los lleva a rechazar y abandonar sus tratamientos, bajo el argumento que “los antiguos remedios le hacían mejor” y rechazo a los nuevos diagnósticos.	Hacer llegar al nuevo centro de atención una copia de la ficha clínica del paciente a fin de que el nuevo equipo de salud mental tenga conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente

B. Desde la Experiencia de los equipos de Salud Mental de los Hospitales Gustavo Fricke, Quilpué y Quillota

➤ **Puntos Críticos**

Postura N° 1	Postura N° 2	Puntos Críticos
Hospital del Salvador	Hospital Gustavo Fricke	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de información en HDS respecto a criterio de atención de Salud Mental de HGF - Pacientes no reciben totalidad de medicamentos por limitado arsenal farmacológico en HGF. - Sobredemanda de pacientes en HGF
Hospital del Salvador	Hospital de Quilpué	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento erróneo en envío de derivaciones - Falta de cupo para pacientes con Olanzapina y Quetiapina - Falta de cupo para pacientes con Clozapina - Rechazo por parte de pacientes a modalidad de atención de Asistentes Sociales
Hospital del Salvador	Hospital San Camilo de Quillota	<ul style="list-style-type: none"> - HDS desconoce inexistencia de unidad de alcohol y drogas.

➤ **Hospital Gustavo Fricke**

POSTURA N ° 1	POSTURA N° 2			
HOSPITAL DEL SALVADOR	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA
Se atiende a pacientes que presenten cualquier diagnóstico psiquiátrico.	Se atiende a pacientes que presenten sólo diagnósticos de: -Policonsumo de alcohol y drogas. -Trastornos psicóticos severos -Depresión mayor -Trastornos del ánimo Quienes estén diagnosticados con otras patologías, son derivados a atención primaria.	El Hospital Psiquiátrico del Salvador deriva a pacientes sin manejar la información entregada por Hospital Gustavo Fricke, por lo tanto, existen pacientes que son re derivados a atención primaria, proceso en el que pueden pasar 3 a 4 meses en que no reciban ningún tipo de atención a la espera de una hora médica.	Los pacientes sin atención ni medicamentos son propensos a descompensaciones y retrocesos en su condición.	HDS debe actualizar permanentemente la información respecto a criterios de atención en HGF, para así derivar sólo a los pacientes que corresponda, y a los demás, transferirlos a APS
Cuenta con un amplio arsenal farmacológico, por lo que los pacientes retiran todos sus medicamentos desde Farmacia, sin costo (según su previsión) o a un precio menor que en farmacias privadas.	Cuenta con un reducido arsenal farmacológico, por lo que muchos pacientes deben comprar sus medicamentos en farmacias privadas.	Muchos pacientes poseen recursos económicos limitados, por lo que desembolsar dinero en medicamentos les resulta difícil y en algunos casos, imposible.	Los pacientes obvian la utilización de determinados medicamentos o suspenden sus tratamientos, lo que trae como consecuencia descompensaciones y retrocesos en sus procesos de recuperación o mantención.	Farmacia de HDS debe enviar listado de medicamentos utilizados por pacientes a ser derivados. Aquellos que no estén en arsenal de HGF deben ser considerados en el presupuesto anual de dicho Hospital
Proceso de derivación se inició a comienzo de este año, con un número de 228 pacientes.	No se envió información oficial desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador, por lo que no había conocimiento de la cantidad de pacientes derivados.	Se produce una sobredemanda de pacientes en Hospital Gustavo Fricke, por lo que la primera hora de acogida a los pacientes derivados, puede tardar hasta 5 meses.	Muchos pacientes retornan al Hospital Psiquiátrico del Salvador, provocando un desorden administrativo, otros abandonan su tratamiento.	HDS debe informar oficialmente a HGF del proceso de derivación, para que éste genere los cupos requeridos por el proceso de derivación de los pacientes

➤ **Hospital de Quilpué**

POSTURA N ° 1	POSTURA N ° 2			
HOSPITAL DEL SALVADOR	HOSPITAL DE QUILPUÉ	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA
Hace las derivaciones a través de un sistema informático llamado SIGGES	Debido a que pertenece a un Servicio de Salud distinto al del Hospital Psiquiátrico del Salvador, las derivaciones no las reciben de manera adecuada, ya que se produce un problema de plataforma, debido a que el programa SIGGES tiene restricciones de un Servicio a otro.	Derivaciones son recibidas en Quilpué con información incompleta y de manera tardía.	Se retrasa la entrega de hora para los pacientes derivados.	Hacer el envío a través de correo electrónico a SOME de Quilpué o por medio de fax, evitando el uso del programa SIGGES
Cuenta con cupos suficientes para entregar medicamentos de uso restringido como Olanzapina y Quetiapina	Poseen cupos restringidos – para pacientes actuales – de medicamentos; Olanzapina y Quetiapina, por lo que al recibir pacientes derivados que utilicen estos fármacos, deben generar nuevas plazas.	Se produce un lapso de tiempo en que el paciente permanece sin tratamiento.	Los pacientes contra referidos deben esperar un largo período de tiempo mientras su cupo es generado en Quilpué, lo que los deja sin medicamentos.	HDS debe solicitar al Hospital de Quilpué abrir un nuevo cupo previo a la derivación. Para que cuando el paciente sea derivado reciba todos sus medicamentos.
Se administra medicamento Clozapina a algunos pacientes con esquizofrenia. Lo cual debe ser controlado por el Instituto de Salud Pública, dado que es un antipsicótico que produce efectos colaterales de alto riesgo; para esto, existe un encargado de fármaco vigilancia.	Cuando reciben pacientes que utilizan Clozapina, debieran llegar con el traspaso de un hospital a otro ya autorizado por el Instituto de Salud Pública.	La persona encargada de fármaco vigilancia del Hospital del Salvador, no da aviso al ISP, por lo que cuando el paciente llega a Quilpué, se debe iniciar recién ese trámite.	Se atrasa la administración de Clozapina a los pacientes que la requieren.	Encargado de fármaco vigilancia de HDS debe informar a IPS el cambio de paciente clozapina previo a que se formalice la derivación
Asistentes Sociales atienden a los pacientes a través de un sistema de demanda o consulta espontánea.	Asistentes Sociales dan hora de atención a los pacientes.	Acuden pacientes acostumbrados al sistema del HDS y no son atendidos hasta una o dos semanas más tarde.	En muchas ocasiones, los pacientes tienen una necesidad del momento o requieren una ayuda pronta; retirándose sin soluciones.	Explicar al paciente en HDS, que el sistema de atención de Asistentes Sociales en Hospital de Quilpué no por demanda espontánea, sino que a través de previa solicitud de hora.

➤ **Hospital San Camilo de Quillota**

POSTURA N° 1	POSTURA N° 2			
HOSPITAL DEL SALVADOR	HOSPITAL SAN CAMILO QUILLOTA	PUNTO CRÍTICO	CONSECUENCIA	PROPUESTAS DE MEJORA
Cuenta con unidad de alcohol y drogas.	No cuenta con unidad de alcohol y drogas; debe derivar pacientes al Hospital de Putaendo o a CTA de La Cruz.	El Hospital Psiquiátrico del Salvador deriva pacientes con patologías de fármaco dependencia, desconociendo que el Hospital de Quillota no los puede acoger.	Los pacientes son recibidos en el Hospital de Quillota, pero para realizar una re derivación a las unidades mencionadas, lo que retrasa la continuación del tratamiento.	Crear instancia de encuentro de equipos profesionales de HDS y Hospital de Quillota para compartir experiencias, retroalimentarse y mantener actualizada la información administrativa de ambas instituciones

CAPÍTULO V

REFLEXIONES PROFESIONALES

PRESENTACIÓN

En el siguiente acápite, el equipo seminarista expondrá reflexiones profesionales surgidas del aprendizaje adquirido durante el proceso de elaboración de este Seminario de Título.

Éstas tienen su fundamento en los ejes temáticos de Salud, Salud Mental y Patologías Psiquiátricas, y Gestión en Salud Mental.

Se trata de las consideraciones que las alumnas obtuvieron, tras un proceso de gestión y participación de reuniones y entrevistas, que llevaron a incrementar sus conocimientos y a adquirir habilidades en el área de Trabajo social y Psiquiatría, herramientas con las que se obtuvo como producto, la consecución de este documento.



Policlínico Hospital del Salvador

➤ SALUD, SALUD MENTAL Y PERFIL GENERAL DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Respecto a estos Ejes Temáticos propuestos por el equipo seminarista para la evolución del documento, se puede señalar que el aumento de las patologías psiquiátricas, se debe en parte al cambio en el perfil epidemiológico de la población, que ocurre por la mayor sobrevivencia y por el descenso sostenido en la morbilidad asociada a causas evitables, producto de procesos biológicos, culturales, económicos.

El tratamiento de tales patologías, varía de acuerdo a las características de los profesionales tratantes; aquellos con largos años de profesión, pertenecientes a las generaciones más antiguas, conservan un trato distante y enfocado en el modelo biomédico; mientras que profesionales jóvenes, aplican el Modelo Biopsicosocial, lo que se demuestra en una preocupación integral, tanto por la situación actual del paciente como de su entorno familiar, social y laboral.

Por ende, la labor de la psiquiatría no se reduce a lo estrictamente clínico, sino que también tiene una función preventiva y rehabilitadora de las patologías psíquicas, por lo tanto, no puede ser ajena a los vaivenes sociales y a los cambios que se produzcan en el entorno de los pacientes.

Tras diversas entrevistas con profesionales responsables del proceso de derivación, el equipo seminarista pudo comprender que a través del Modelo de Salud Comunitaria, los hospitales psiquiátricos disminuyen su acción asilar y su atención se diversifica, creándose unidades de psiquiatría en hospitales generales, desestigmatizando así a los enfermos y a su entorno familiar y social más significativo.

Se observa que las primeras consultas de los pacientes, se refieren a situaciones con denominadores comunes, como malestar con la pareja, problemas en sus puestos de trabajo con jefaturas o compañeros de labores y por falta de manejo de habilidades sociales. Atendiéndose en la actualidad 29 patologías diferentes, las que pueden ser agrupadas en 5 trastornos (Adaptativo, Personalidad, Bipolar, Patologías Duales y Esquizofrenia)

Lamentablemente, el equipo seminarista pudo comprobar la existencia de situaciones que obstaculizan los esfuerzos por progresar hacia una atención de calidad a los pacientes psiquiátricos. Por medio de la observación in situ se pudo determinar que existe una desigual distribución de los recursos humanos para la atención de Salud Mental, respecto a otras disciplinas médicas; lo que lleva a escasez de Psiquiatras, Enfermeras, Psicólogos y Trabajadores Sociales, siendo uno de los principales obstáculos para ofrecer una mejor y mayor cantidad de tratamientos y atención.

Además, existen distintos criterios de atención y prioridad, según el Centro de Salud Mental al que el paciente deba ser derivado: en algunos no recibe todas las patologías que son atendidas en HDS, ya que se utilizan filtros, en que quienes no padecen determinadas enfermedades, son contra referidos a atención primaria de salud. Mientras que en otros, se otorga mucha importancia a mantener los tratamientos de los pacientes y protegerlos de posibles descompensaciones, por lo que velan por la existencia permanente de cupos y medicamentos disponibles.

La inclusión del Trabajo Social en Salud Mental, se debe a la necesidad de contar con una disciplina encargada de los conflictos y carencias sociales de los pacientes del HDS, quienes padecen distintos trastornos psiquiátricos.

Las Asistentes Sociales buscan impulsar y facilitar la atención de forma integrada en el abordaje interdisciplinar de los problemas de Salud Mental, atención integral y coordinación entre niveles y sectores. En el policlínico del Hospital Psiquiátrico del Salvador, atienden a toda la población adscrita a dicho dispositivo de la red de atención en Salud Mental, dentro de las delimitaciones geográficas y poblacionales establecidas, pero especialmente a aquella parte que presenta riesgo social o problemática social. Debido a la falta de recursos económicos existente en la salud pública, la cantidad de profesionales Asistentes Sociales del policlínico es insuficiente para la gran población que se atiende; debiendo ajustar los recursos humanos actuales para brindar una atención adecuada.

Los distintos dispositivos de atención del policlínico del HDS contemplan diversas modalidades organizativas, así se establecen mecanismos oportunos de coordinación y colaboración entre los miembros de cada equipo para garantizar la

atención del paciente y su familia, con óptimos niveles de calidad. Se desarrolla una atención directa, por lo que la intervención con éstos y sus familias va desde la detección del riesgo social hasta la derivación a instituciones competentes o idóneas y/o la finalización o cierre de la problemática.

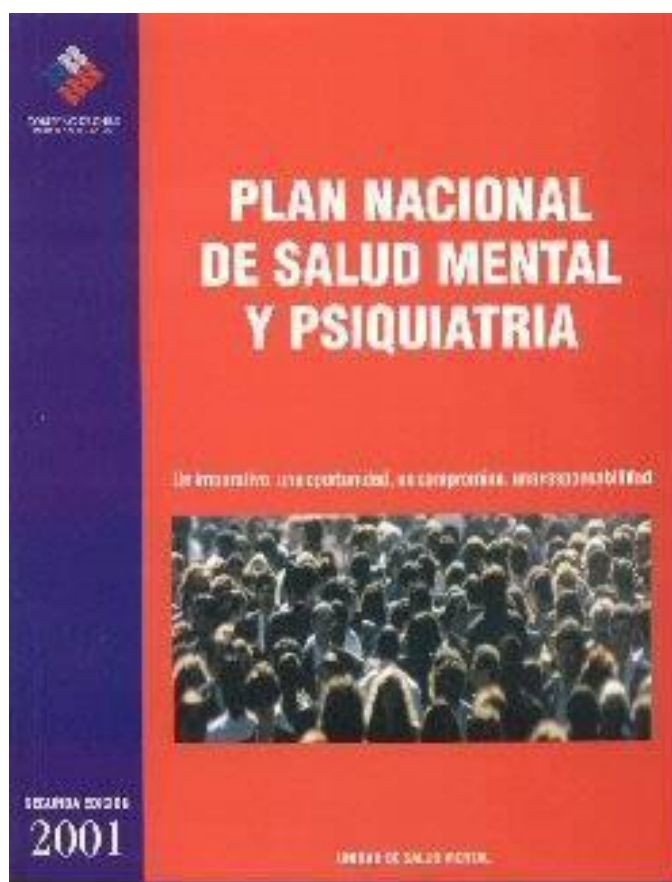
Las Asistentes Sociales del policlínico - mediante el estudio y tratamiento de factores sociales que condicionan la salud individual - identifican factores psicosociales, condicionantes socioeconómicos y culturales influyentes en el proceso de salud-enfermedad del paciente. Promueven la toma de conciencia de los pacientes sobre el auto cuidado de su salud, les orientan a tomar decisiones para la solución de sus problemas, posibilitando el desarrollo de su autonomía personal mediante la información sobre sus derechos y deberes con relación a su salud. Además informan y colaboran en la tramitación de prestaciones sociales. Situaciones que no resultan fáciles, debido, en primer término a las características propias de un paciente psiquiátrico y en segundo lugar al precario nivel educacional, tanto de pacientes como de sus familias.

La OMS habla de Educación para la Salud como el “conjunto de actividades encaminadas a aumentar la capacidad de los individuos y la autorresponsabilidad en materia de salud”, donde el Trabajo Social cumple una tarea de intervención destacado, promoviendo que el problema sea afrontado, aceptado y asumido. El Trabajador Social potencia las capacidades personales del paciente, incidiendo en el desarrollo de la autoestima, fortalece actividades personales positivas hacia ellos mismos, y hacia su entorno familiar y social. Junto a ello incentiva a valorar la red de apoyo socio familiar, y su funcionalidad.

Todo lo anterior, produce efectos positivos, disminuyendo efectos adversos que inciden en la vida diaria de los pacientes, como: recaídas, hospitalizaciones, conflictos en la adherencia al tratamiento, y fortaleciendo factores protectores, como mayor participación en la vida familiar y en actividades sociales y laborales.

➤ GESTIÓN EN SALUD MENTAL

Inicialmente, cabe mencionar que el Plan de Salud Mental y Psiquiatría es responsable de la mejora y el fortalecimiento de la gestión de servicios, los recursos materiales, humanos y financieros. Gracias a sus lineamientos, actualmente se trabaja en procesos de atención personalizados y expeditos.



Portada Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

La idea anterior, se reafirma al hablar sobre la decisión de llevar a cabo el proceso de derivación de pacientes desde el policlínico del HDS, el que se ampara en los lineamientos del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, basándose en la optimización de recursos (económicos, humanos, materiales) y de la atención a los pacientes. Se utilizan criterios basados en la información demográfica y las patologías de cada uno de los pacientes.

Por otra parte, la programación de las actividades de los profesionales de Salud Mental se basa en la capacidad de horas profesionales disponibles y no en la demanda y las necesidades de los usuarios; sin embargo, los pacientes psiquiátricos presentan permanentemente situaciones de crisis, que requieren una atención inmediata, por lo tanto, los sistemas administrativos de los Servicios de Salud se deben adaptar para asegurar la disponibilidad de la atención.

Según lo anterior, se hace urgente terminar con la falta de uniformidad en los protocolos de las diversas instituciones de salud mental para poder llevar a cabo los procesos de derivación y facilitar la coordinación de nuevas acciones a seguir. Se aprecia la falta un ente superior que regule el accionar de los distintos centros de salud mental, tanto a nivel regional como nacional.

Se considera además, que es necesario formalizar los procesos de derivación y contrareferencias desde el HDS hacia los Centros de Salud Mental SSVQ, para evitar que debido a exigencias burocráticas, se vea afectada la atención y el tratamiento de los pacientes derivados. Esta necesidad se basa en los actuales lineamientos de Salud Mental en Chile, que centran la atención en la satisfacción del usuario; significando un control y seguimiento permanente por parte de los profesionales (Psiquiatras, Enfermeras y Psicólogos), sin dejar períodos extensos sin atención, en que los pacientes corran el riesgo de sufrir una descompensación o abandonar definitivamente sus tratamientos.

Por otro lado, las Asistentes Sociales, llevan a cabo una fundamental labor de gestión y coordinación, dentro de policlínico, con las Unidades del HDS y con otras instituciones de Salud Mental y entidades públicas.

Además de la atención espontánea de pacientes, se desarrolla una tarea de apoyo a programas especiales (pacientes clozapina, Unidad de Trastornos del Animo o Unidad de Trastornos Psicóticos), evaluando la problemática social, haciendo seguimientos y fortaleciendo la adherencia terapéutica de los pacientes, a través de coordinaciones con distintas entidades públicas (ChileAtiende, Registro Civil, Fonasa, etc) de salud (consultorios, hospitales) y familiares, mediante la realización de entrevistas, reuniones y acompañamientos.



Entidades públicas con las que se realizan coordinaciones en el área del Trabajo Social

Al ser entes coordinadores, deben preocuparse de optimizar recursos humanos y materiales (escasos) e impulsar actividades de coordinación interna entre los miembros del equipo de salud; lo que resulta dificultoso en una institución con una elevada demanda de usuarios y una baja proporción de profesionales per cápita. Un ejemplo de ello es la colaboración entre Asistentes Sociales y Enfermeras (os) en la educación sanitaria de pacientes y sus familias.



Reunión de gestión y coordinación de equipo seminarista con enfermeras (os) universitarias (os) y personal paramédico del Policlínico.

Finalmente, es relevante la gestión que se lleva a cabo con diversas instituciones de salud, tanto a nivel primario (consultorios), como secundario (hospitales del SSVSA y SSVQ); en que las profesionales deben asistir mensualmente a reuniones de consultorías y de estamento, para fortalecer las redes multidisciplinarias y lograr la integración de profesionales y unidades que desarrollan la difícil tarea de atender a los enfermos psiquiátricos, para ofrecerles un mayor bienestar y una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

PRESENTACIÓN

A continuación se expondrán las conclusiones obtenidas luego de finalizado el presente estudio, cuya temática compete a la gestión en el proceso de derivación de pacientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador, no pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, hacia los centros de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Este capítulo constará de tres apartados correspondientes a las conclusiones temáticas del estudio, en que se analizará el correcto seguimiento del hilo conductor dado al inicio del Seminario de Título, a través de los Ejes Temáticos seleccionados.

Las conclusiones metodológicas, que considerarán la recolección y análisis de datos estadísticos respecto a los pacientes del HDS no pertenecientes al SSVSA, correspondientes a la primera etapa metodológica del presente documento; y la gestión necesaria para crear, afianzar y fortalecer redes con las instituciones de salud mental, pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, perteneciente a la segunda etapa del estudio.

Por último, se expondrán las conclusiones profesionales, correspondientes a la visión del Equipo Seminarista respecto del rol que las / los asistentes sociales cumplen en Salud Mental, Gestión y Coordinación.



6.1.- CONCLUSIONES TEMÁTICAS

➤ SALUD Y SALUD MENTAL

Hasta hace pocos años, la salud contemplaba sólo el Paradigma Biomédico, en que sólo se consideraba la atención y el tratamiento entregado por el profesional médico. Esta postura, se ha modificado progresivamente, hasta llegar en la actualidad a una visión biopsicosocial. Lo que se ve implementado en el HDS, ya que los tratamientos no son realizados sólo por médicos psiquiatras, sino que se complementan con la intervención profesional de Psicólogos (as), Enfermeras (os), Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupaciones.

Este cambio ha sido considerado como uno de los motivos principales para la decisión de iniciar el proceso de derivación de los pacientes que no pertenecen al SSVSA, para así disminuir la demanda actual y poder entregar una atención multidisciplinaria de mejor calidad (disminuyendo el período de tiempo entre citación y citación, acortando los tiempos de espera en la realización de psicometrías y psicoterapias, permitiendo una atención más personalizada de Enfermeras/os y Asistentes Sociales)

Además, ha influido en una mejor condición de vida de los pacientes, ya que con el modelo anterior, sólo se tenía una visión: la del usuario, mientras que con el actual paradigma, es posible conocer la situación desde el punto de vista de la familia, el entorno social y laboral.

De acuerdo al cambio de paradigma en salud, la Salud Mental ha replicado dicha acción a través del cambio de un Modelo Asilar a uno Comunitario. En el primero – y sólo según la opinión del médico psiquiatra tratante – se recurría a elevadas dosis de medicamentos, tratamientos de alto impacto (camisas de fuerza y electroshock) y hospitalizaciones de larga estadía, sin considerar la participación, opinión y apoyo del paciente y su entorno significativo. En el Modelo actual, se busca rehabilitar, habilitar y reinsertar a los pacientes institucionalizados, a través de atenciones ambulatorias, del respeto a los derechos de los usuarios y al fortalecimiento del principio que la Salud Mental no sólo depende de factores biológicos, sino también de las condiciones en que vive el sujeto.

Esta situación se replica en el HDS, ya que prima la atención ambulatoria en el policlínico por sobre las hospitalizaciones, que se realizan sólo en casos de descompensaciones graves. Esto también ha generado un aumento en la demanda de atención, siendo otra razón para implementar el proceso de derivación.

➤ GESTIÓN EN SALUD MENTAL

De acuerdo al Plan de Salud Mental y Psiquiatría elaborado por el MINSAL e implementando en el país a partir del año 2000, las autoridades han dado énfasis a las políticas públicas, planes y programas de salud pública, prestación de servicios y un aumento y mejora de los recursos humanos, materiales y financieros.

Este documento ha sido el plan maestro en las modificaciones y mejoras que se están llevando a cabo en el HDS, como la contratación de profesionales (Asistentes Sociales, Enfermeras/os, Psicólogos/as) y la remodelación y sectorización del policlínico; acciones que han beneficiado a la gran mayoría de los pacientes, excepto a quienes deben ser derivados a otras instituciones.

Los equipos profesionales, principalmente asistentes sociales, siguiendo los lineamientos del Plan, realizan gestión socio comunitaria, basada en la planificación y programación de actividades, con el objetivo de atender a la población con un enfoque biopsicosocial.

Pese a lo positivo de las acciones planteadas, el HDS posee una falencia importante en cuanto a la gestión y coordinación de sus actividades; ya que la sectorización y derivación de pacientes surgen como un proceso administrativo propio e individual del hospital; sin que exista una obligación de hacerlo oficial ante las instituciones que deberán recibir a los pacientes que no seguirán sus tratamientos en el hospital, creándose un desorden en quienes no tienen las condiciones para recibir a un considerable número de usuarios y que no están informados de los protocolos a seguir.

Debido a esta situación, se pierde el *flujo de información* necesario entre entidades públicas que deben trabajar en red para el directo beneficio de los pacientes, siendo éstos perjudicados por la deficiente gestión y coordinación, lo que

se materializa en la dificultad de la continuidad de los tratamientos, insuficientes recursos dirigidos hacia el tratamiento de las patologías, falta de implementación de historia clínica única y ausencia de análisis de efectividad de tratamientos.

➤ **PERFIL GENERAL DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS**

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2004, llevada a cabo por SENADIS, el 12,9% de la población del país presenta alguna situación de discapacidad permanente. En un 5,9% de estas personas, se encuentra como diagnóstico principal una enfermedad mental o del comportamiento. Dentro de esta categoría, los trastornos de mayor prevalencia en el país son la depresión mayor (9,0%), distimia (8,0%), dependencia de alcohol (6,4%) y esquizofrenia (0,9%)

De acuerdo a los resultados del catastro desarrollado por el equipo seminarista, se obtuvo que la incidencia de patologías presentes en los pacientes que tienen atención en el policlínico de HDS y que deben ser derivados, varía respecto a la información manejada por MINSAL, ya que en primer lugar está la esquizofrenia, con un 43,2% de los pacientes, en segundo los trastornos con patologías duales con 22,4%, luego las adicciones correspondientes a un 8,9 % y en cuarto lugar la depresión mayor alcanzando un 7,1%.

En consecuencia, las patologías predominantes en los pacientes que serán derivados del HDS poseen rangos prácticamente opuestos, ya que el que en uno encabeza el listado, ocupa el cuarto lugar en el otro, y viceversa. Esto repercute en que las políticas de Salud Mental dan prioridad a las cifras generales y oficiales, otorgando mayores recursos a aquellos; mientras que las situaciones particulares de los Centros de Salud Mental, no entran en las proyecciones del MINSAL. Lo que se refleja, principalmente en la falta de determinados medicamentos.

Por último, es importante que las autoridades centren su atención en el 5,9% de personas con discapacidad permanente por alguna patología psiquiátrica, ya que por lo general, no son incluidas en los planes, programas, proyectos y beneficios que anualmente se implementan para quienes poseen capacidades diferentes. Esto porque las enfermedades mentales no son visibles para la población en general y por lo tanto se cree que no son invalidantes ni que requieren atención especial.

6.2.- CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

El presente Seminario de Título se enmarca en el fortalecimiento de la Gestión Hospitalaria en Salud Mental, asociado al manejo de información estratégica y al desarrollo de acciones destinadas a optimizar la Gestión en Salud Mental y psiquiatría de la institución tanto internamente –con los diversos profesionales que en ella trabajan– como externamente.

El proceso metodológico utilizado para la elaboración del presente Seminario de Título, se caracteriza por ser flexible, ya que no se intentó rigidizar el proceso a pautas previamente establecidas, por el contrario, de acuerdo a las particularidades que se presentaron durante el recorrido del Seminario, se descubrieron las formas más adecuadas de acercarse a los objetos de estudio. Esto implicó revisar y modificar constantemente lo formulado en un inicio según lo que la realidad exigía.

Para conseguir esto, el equipo seminarista desarrolló un trabajo que combinó, la recolección y análisis de datos estadísticos y la gestión necesaria, e inexistente para crear, afianzar y fortalecer redes con instituciones de Salud Mental pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Para la obtención de resultados en el primer objetivo de este Seminario de Título, las alumnas utilizaron metodología cuantitativa con el fin de diseñar el Catastro de Pacientes susceptibles de ser derivados del Hospital Psiquiátrico del Salvador. Se utilizó como principal herramienta el programa de computación SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) que permitió obtener información correspondiente a las medidas de tendencia central, de las distintas dimensiones seleccionadas para conseguir la información más completa y fidedigna de los pacientes a ser derivados, considerando que la información existente hasta el momento era escasa y desactualizada.

La metodología ocupada para desarrollar el segundo objetivo es de gestión y coordinación; incluyó la utilización de técnicas de trabajo, tales como reuniones con profesionales del área de la Salud Mental, entrevistas a pacientes en proceso de derivación, exposiciones a diversos equipos profesionales y la utilización de TIC's. Además consideró como estructura de trabajo la gestión telefónica, por escrito y

presencial. Estos métodos colaboraron a la ejecución de un trabajo sistemático y ordenado por parte del equipo seminarista.

En tercer término, para la consecución del último objetivo, se aplicó una estructura de trabajo consistente en la recolección y análisis de Información, lo que condujo al surgimiento de puntos críticos y a propuestas de mejora de éstos. La información obtenida tras el uso de esta última metodología es destacable, ya que permitió el desarrollo de productos relevantes para ofrecer al HDS, como pueden ser las modificaciones en los protocolos de derivación.

El equipo seminarista consideran que el proceso metodológico utilizado resulta innovador para un Seminario de Título, puesto que combina herramientas cuantitativas y de gestión. En un primer momento, se considera un proceso continuo, ya que era necesario contar con los datos del catastro para luego poder desarrollar la gestión, posteriormente varía a un proceso transversal, ya que paralelamente se lleva a cabo la gestión y formulación de puntos críticos y propuestas de mejora.

6.3.- CONCLUSIONES PROFESIONALES

Reconocer que la atención a la población con enfermedades mentales debe ser integral y no realizarse solamente a partir de un tratamiento medicamentoso, ha permitido que disciplinas como el Trabajo Social contribuyan en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

El papel que ha desempeñado el Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la Salud Mental, ha estado marcado por una visión integral de ser humano, al no ver a la persona como un ser aislado, sino como un sujeto en el marco de un contexto que lo determina. Por eso la profesión ha servido para crear un nexo entre los centros de atención médica y la sociedad, comprendiendo que los procesos de rehabilitación no se pueden llevar a cabo solamente dentro de una institución y que por el contrario son viables en la medida en que incluyan actores sociales externos para propiciar una adecuada reinserción.

Con respecto a la comprensión que se ha dado de ese contexto, se percibe que el quehacer ha trascendido, en el sentido de que ya no solamente se hace referencia a la persona y su familia, sino que se toman en cuenta para la intervención, marcos de referencia más amplios tales como la comunidad, centros educativos y laborales.

En Psiquiatría y Salud Mental, los/las Trabajadores/as Sociales han desempeñado un papel fundamental en abrir espacios para la consolidación de un modelo de atención biopsicosocial, ya que sus aportes han permitido trascender el Modelo Biomédico, precisamente por ser una profesión que facilita y enriquece la comprensión de la enfermedad.

El Trabajo Social ha promovido una participación activa de los pacientes y sus familias, reconociendo sus derechos, educando en cuanto a los tratamientos y características de las distintas patologías y fortaleciendo las redes familiares, sociales y públicas de los usuarios. Al validar sus derechos, se hacen esfuerzos importantes a nivel gubernamental con la intención de ofrecer cada vez una mejor atención, siempre apuntando a la reincorporación de los pacientes a la sociedad.

De acuerdo a lo anteriormente planteado y según las experiencias recabadas por el Equipo Seminarista durante el desarrollo de este documento, es posible afirmar que desde el punto de vista profesional del Trabajo Social, existe un accionar consistente y claro en el ámbito interno de la institución, en que las/los Asistentes Sociales se encargan de educar y orientar a los pacientes y sus familias, además de gestionar, coordinar y organizar las acciones de los diversos profesionales y equipos clínicos que se desenvuelven en el Hospital.

Mientras que en el ámbito externo, es destacable la función de crear redes para los pacientes con instituciones públicas como Registro Civil, Fonasa, Chile Atiende, existiendo una importante falencia en la comunicación y coordinación con Centros de Salud Mental de otros servicios de salud; en esta situación particular, el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Particularmente en el proceso de derivación de pacientes, las/los Asistentes Sociales no han podido cumplir una óptima labor gestora y coordinadora, ya que como fue mencionado anteriormente, las autoridades del HDS no han socializado ni oficializado la decisión de sectorizar el policlínico y derivar a los pacientes no pertenecientes al SSVSA.

El equipo seminarista, considerando la situación planteada y la información obtenida a través de reuniones y entrevistas, ha concluido que para que el proceso de derivación sea exitoso y no resulte perjudicial para los pacientes (modificando sus tratamientos, cambiando diagnósticos, espaciando aún más sus horas de atención, etc.) se debe diseñar un protocolo de atención y derivación – extensivo tanto a HDS como a los centros de salud mental hasta donde son derivados los pacientes – que considere los siguientes aspectos:

- HDS debe informar oficialmente a los Centros de Salud Mental pertenecientes al SSVQ del proceso de derivación, para que se generen los cupos requeridos por los nuevos pacientes.
- Se debe lograr la coordinación de los funcionarios del policlínico de HDS, para que orienten a los pacientes de los beneficios de la derivación y les informen que no todos/as los/as Asistentes Sociales de otros centros de

salud atienden por demanda espontanea, sino que a través de previa solicitud de hora.

- La farmacia de HDS debe realizar un proceso de coordinación con las respectivas farmacias de los Centros de Salud Mental del SSVQ, dando énfasis que la derivación de pacientes sólo se realice cuando se cuente con un arsenal farmacológico completo en todos los centros de atención; de no ser así, se sugiere considerarlos en el presupuesto anual de dicho Hospital. Además debe solicitar a los distintos Centros de Salud Mental abrir cupos para pacientes que utilicen Olanzapina y Quetiapina previo a la derivación, para que cuando el paciente sea derivado reciba todos sus medicamentos. Por último, la persona encargada de fármaco vigilancia de HDS debe informar a IPS la derivación de pacientes que utilicen clozapina previo a que ésta se formalice, ya que los cupos son creados sólo desde IPS, a nivel central.
- HDS debe hacer llegar al nuevo centro de atención una copia de la ficha clínica del paciente, a fin de que el equipo de Salud Mental tenga conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente. Por otra parte, HDS debe actualizar permanentemente la información respecto a criterios de atención y recepción de pacientes en otros centros de atención para así derivar sólo a aquellos que corresponda y a los demás, transferirlos a APS. Por último, se debe hacer el envío de formularios de derivaciones a través de los correos electrónicos de SOME de HDS a SOME de las otras instituciones, o por medio de fax, evitando el uso del programa SIGGES.
- Debe existir una instancia de encuentro de equipos profesionales de HDS y los hospitales del SSVQ, para compartir experiencias, retroalimentarse y mantener actualizada la información administrativa de las instituciones.

En esta propuesta de protocolo, las/los Asistentes Sociales del policlínico del HDS desarrollarán una labor fundamental, considerando sus roles de coordinador e implementador, al crear un vínculo de comunicación permanente y recíproca con las/los Asistentes Sociales de los Hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar, de Quilpué y San Camilo de Quillota; ya que son quienes cuentan con la experticia necesaria para acoger a los pacientes ante situaciones en que requieran apoyo, orientación y contención, y por ende, son los profesionales idóneos para facilitar a los usuarios y sus familias el proceso de derivación.

Para finalizar, el equipo seminarista considera relevante fortalecer la formación académica en Psiquiatría y Salud mental, dado que al trabajar directamente en este ámbito, se requieren elementos teóricos y prácticos que potencien la intervención. Si bien es cierto que a lo largo de la formación que brindan las Escuelas de Trabajo Social es imposible profundizar en todos los ámbitos en los que se puede intervenir, se considera que es importante priorizar estos temas dado que hoy en día existe un incremento de personas diagnosticadas con patologías psiquiátricas, y por ende aumenta la demanda de profesionales capaces de intervenir en estas situaciones. Los y las profesionales que se desempeñan en los campos de Psiquiatría y Salud Mental, han tenido que emprender la tarea de investigar sobre estos temas y ampliar sus conocimientos a través del trabajo in situ con los pacientes y profesionales del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Libros:

- **González, R. y Levav, I.** (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Organización Panamericana de la Salud, Programa Promoción de la Salud, Washington, D.C. / Instituto Mario Negri, Milán, Italia.
- **López M. Paulina et al.** (2008). *Discapacidad Psíquica e Integración Social: Un Programa de Intervención* 13 - 20, Nº 3 - 4, XXV, *Psiquiatría y Salud Mental*.
- **Poblete, A.** (2008). *Salud Mental y Gestión I: Proceso Tradicional de Gestión de Servicios*. Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile.
- **Vallejo-Nágera, J. A.** (1997). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid.Ed. Salvat. España
- **Vasco U., A.** (1979). *Enfermedad y Sociedad*. Ediciones Hombre Nuevo. Medellín., p.17,18,22-23

Apuntes de Docencia:

- **Cátedra de Salud Pública** (2008). *Apuntes de Circulación Interna*, Escuela Trabajo Social Universidad de Valparaíso. Chile
- **Cisternas, T.** (2010). *Compendio de Práctica Profesional Trabajo Social. Nivel Caso en Policlínico de Hospital Psiquiátrico del Salvador*. Universidad de Valparaíso, Chile.
- **Fuentes, L.** (2004). *Trabajo social y Grupos Étnicos: Relaciones de género en el colectivo mapuche urbano de la Región Metropolitana, Comuna de la Pintana*. Universidad de Valparaíso, Chile.

- **Martínez, M.** (2009). *Exclusión Social: Experiencias de discriminación en personas con diagnóstico psiquiátrico severo*. Universidad de Valparaíso, Chile.
- **Torres, V.** (2011). *Trabajo Social y Gestión Social: Análisis de situaciones de reclamo tipo en el marco del programa de mejoramiento OIRS en el CESFAM Jean & Marie Thierry*. Universidad de Valparaíso, Chile.

Referencias Electrónicas:

- **Errasti, J.** (2002). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*.
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/GuiaRefOcioalternativo.pdf>.
- **Hidalgo C, Carrasco, E.** (2002). *El modelo de salud familiar en el servicio de salud viña del mar Quillota: un desafío alcanzable*. Valparaíso.
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/El_modelo_de_salud_familiar.pdf
- **Jadresic, E.** (2010). *Depresión en el embarazo y el puerperio*. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.48 n.4 Santiago.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272010000500003&script=sci_arttext.
- **López, P.** (2008) *Psiquiatría y Salud Mental*.
http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/rev2008_3-4.pdf
- **Marconi, J.** (2001) *La psiquiatría en el cambio de siglo: psiquiatría social*. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]., vol.39, n.1, pp. 10-11. ISSN 0717-9227. doi: 10.4067/S0717-92272001000100004.
- **OMS** (2012). <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.

- **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**, Chile 2000.
http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental1.html.
- **Poblete, A.** (2008). *Sistema de Salud Mental en Chile: Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*.
http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf.
- **Retamal, P.** (2001). *Psicofarmacoterapia antidepressiva*. Rev. méd. Chile v.129 n.7 Santiago.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000700016&script=sci_arttext.
- **Sciolla, C.** (2011) *Práctica asistencial en un Hospital Psiquiátrico, más allá de la reforma*. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2, 2011 Sección Medicina Pág. 10.
http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_22011/03_PSIQUIATRIA_COMUNITARIA.pdf.
- **Sitio web** www.fonasa.cl
- **Sitio web** www.inp.cl
- **Sitio web** www.rae.com
- **Sitio web** www.minsal.cl

Fuentes de Información Primaria:

- **Asistente Social** María Cecilia Torres Escobar. Asistente Social de Sector 2 Policlínico Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- **Asistente Social** Dagoberto Salinas Avilés. Profesor de Estadística Social I y II. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

- **Enfermera Universitaria** Sandra Riquelme. Enfermera Jefe de SOME de Policlínico Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- **Psiquiatra** Álvaro Cavieres Fernández. Director de Escuela de Psiquiatría Universidad de Valparaíso.
- **Psiquiatra** Cesar Solanas Rojas. Médico Psiquiatra de Comisión Médica, Preventiva e Invalidez de la Región de Valparaíso.
- **Psiquiatra** Ulises Ríos. Médico Psiquiatra de Unidad de Trastornos del Ánimo de Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- **Químico Farmacéutico** Ana María Valdebenito. Jefe de Farmacia de Hospital Psiquiátrico del Salvador.

GLOSARIO

1. **APS:** Atención Primaria de Salud.
2. **AUDIT:** *Test* de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.
3. **AVISA:** Años de Vida de Salud.
4. **CDT:** Centro de Diagnostico Terapéutico.
5. **CES:** Centros de Salud.
6. **CECOSF:** Centros Comunitarios de Salud Familiar.
7. **CESFAM:** Centros de Salud Familiar.
8. **CIE-10:** Clasificación Internacional de las Enfermedades.
9. **CIF:** Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la *Salud*.
10. **CONACE:** Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.
11. **COSAM:** Centro Comunitario de Salud Mental.
12. **CRS:** Centros de Referencia de Salud.
13. **DOC:** Daño Orgánico Cerebral.
14. **DSM- IV:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
15. **EBBA:** Escala Breve de Beber Problema.
16. **EEG:** Unidad de Electroencefalografía.
17. **EMPA:** Examen de Medicina Preventivo del Adulto.
18. **ENS:** Encuesta Nacional de Salud.
19. **ESPA:** Examen de Salud Preventivo del Adulto.
20. **EQZ:** Esquizofrenia.
21. **FONADIS:** Fondo Nacional De Discapacidad.
22. **FONASA:** Fondo Nacional de Salud.
23. **GES:** Garantías Explícitas en Salud.
24. **HCVB:** Hospital Carlos Van Buren.
25. **H.D.D:** Hospital de Día para Dependencias.
26. **HDS:** Hospital Psiquiátrico del Salvador.
27. **HDQ:** Hospital de Quilpué.
28. **HGF:** Hospital Gustavo Fricke.
29. **ISAPRE:** Instituciones de Salud Previsional.
30. **LSD:** Dietilamida de Ácido Lisérgico.
31. **MINSAL:** Ministerio de Salud de Chile.
32. **OH:** Alcohol.
33. **OIRS:** Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.

34. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
35. **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
36. **PSR:** Postas Salud Rurales.
37. **T.B.C:** Tuberculosis.
38. **UCE:** Unidad de Cuidados Especiales.
39. **UFD:** Unidad de Fármaco Dependencia.
40. **UME:** Unidad de Mediana Estadía.
41. **SAMU:** Servicio de Atención Médica Urgente.
42. **SAPU:** Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
43. **SENDA:** Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
44. **SEREMI:** Secretaría Regional Ministerial de Salud.
45. **SERMENA:** Servicio Médico Nacional de Empleados.
46. **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
47. **SIDRA:** Sistema de Información de la Red Asistencial.
48. **SIGGES:** Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud.
49. **SNS:** Servicio Nacional de Salud.
50. **SNSS:** Sistema Nacional de Servicios de Salud.
51. **SOME:** Servicio de Orientación médico Estadístico.
52. **SPSS:** Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.
53. **SSVQ:** Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.
54. **SSVSA:** Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.
55. **TA:** Trastornos Adaptativos.
56. **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo.
57. **U.D.D:** Unidad de Desintoxicación.
58. **UNODC:** Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
59. **USA:** Estados Unidos de América.
60. **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.