Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

SISTEMATIZACIÓN DEL PROGRAMA DE MEDIANA COMPLEJIDAD PSIQUIÁTRICA DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO - JUVENIL DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.

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

ESTUDIANTE

SEBASTIÁN SEGURA MOLINA

PROFESORA GUÍA

MARLENE ARAYA CUELLO

Valparaíso, 2018

Agradecimientos

Al finalizar mi etapa universitaria a través de la realización del presente Proyecto de Título, me gustaría agradecer a todas aquellas personas que han jugado un rol significativo en el cierre de esta importante etapa:

En primer lugar, agradecer infinitamente a mis dos madres, ***Sandra*** *y* ***Kika*** *por apoyar desde el primer momento mi decisión de tomar por bandera de lucha el proyecto de vida que me trajo a Valparaíso, y que hoy ese proyecto de vida ve la luz, gracias por 6 años, aunque a la distancia, sus palabras de aliento constante se transformaron en el principal motor para seguir adelante, aún en los días más oscuros. A* ***Waldo*** *por ayudarme a encontrar mi camino en la vida, que es el de la entrega desinteresada y estar a cada paso, como el padre que nunca conocí.*

A mi compañera y próximamente colega ***Macarena****, doy gracias a la vida el haber tenido la oportunidad de compartir mi proceso contigo y nuestro hijo, tal como ocurrió el año pasado cuando nos encontrábamos en la misma situación con tu Proyecto de Título, gracias por cada vez que me brindaste apoyo ya sea desde un cálida sonrisa al escucharme, o el brindarme los espacios adecuados para desarrollar mi tesis cuando todo carecía de sentido y el cansancio parecía triunfar.*

A mi hijo ***Santiago****, por todas las noches en las cuales despertabas para venir a mi encuentro, por cada hermosa sonrisa que me regalas a diario con tu inocencia infantil, mirándome con cara de no entender por qué su papá pasó tantas noches frente a la pantalla, gracias por permitirme compartir mi vida con la tuya, hoy a tus casi 2 añitos, quiero que sepas que este Proyecto de Título lleva tu crecimiento y tus juegos de niño en sus páginas.*

A mi querida Asesora Institucional ***Pamela****, por brindarme la oportunidad y confiarme el desafío de realizar mi Proyecto de Título en PMC, siempre motivándome a seguir adelante, conversando sobre las ideas y el cómo poder llevarlas al papel, gracias por ser un pilar fundamental en este proceso que hoy culmina, debo decir que soy un afortunado al haber tenido la oportunidad de conocer a una gran persona y excelente profesional, y que los lazos forjados se mantendrán para siempre querida colega.*

A mis supervisoras de práctica ***Karem, Katherine, Judith y María José****, Asistentes Sociales del CESFAM Miraflores – Achupallas y CECOSF Sergio Donoso Rodríguez, por permitirme crecer a través de mis prácticas profesionales de Grupo y Comunidad, creyendo siempre en mis capacidades y en mi amor por esta profesión, gracias por siempre escucharme, por los interminables desayunos y conversaciones de pasillo, en especial durante el desarrollo de esta tesis, donde tuvimos la oportunidad de reencontrarnos, demostrando que los vínculos formados trascienden lo profesional, gracias infinitas colegas.*

A ***Roxana y Carla Andrea****, Asistentes Sociales de Un Techo Para Chile – Antofagasta, colegas que forjaron mi vocación y amor por el Trabajo Social, brindándome apoyo y asesoría para decidirme por esta profesión, y por ser testigos indirectos de mi proceso de formación universitaria, hoy les puedo decir que lo logré, llegué al final del camino académico y al inicio de mi vida profesional, ahora compartiendo profesión con ustedes, gracias por sus palabras de aliento para tomar la decisión de venirme a la Quinta Región a estudiar la carrera que me llena de energía y ganas de ser más cada día.*

A los y las dirigentes sociales y comunitarios que se cruzaron en mi camino a lo largo de mis años de voluntariado en Un Techo Para Chile en los campamentos de Antofagasta y Viña del Mar, quienes en definitiva son los principales artífices de mi vocación por lo social, gracias por las eternas conversaciones sobre la vida, por enseñarme las más grandes lecciones de vida, gracias por recibirme en sus casas, donde lo único que nunca falta es el amor y la calidez de un hogar, gracias por hacerme parte de sus familias y caminar juntos en la búsqueda de dignidad y una vida mejor. A ***Claudia*** *del Campamento Víctor Jara de Antofagasta y a* ***Luisa, Olga, Berta y Jacqueline*** *del Campamento Nueva Sinaí de Viña del Mar, mi gratitud infinita para ustedes mis viejas hermosas.*

Para finalizar, comparto con ustedes una de las frases que más sentido tiene para mí en esta idea de dar siempre lo mejor de uno mismo, comprometiéndose completamente en las cosas que uno ama:

"No hagas nada a la mitad. Si amas a alguien, ámalo con toda tu alma. Cuando vayas a trabajar, trabaja hasta partirte el trasero. Cuando odies a alguien, ódialo hasta que duela".

Henry Rollins.

Índice

Resumen 10
Abstract 11
Presentación 12
I. Capítulo Primero: Contextos de la Experiencia 14
i. CONTEXTO DE POLÍTICAS EN SALUD MENTAL 15
1.1. Predominancia del Modelo Asilar 15
1.2. Declaración de Caracas 15
1.3. Salud Mental en Chile 16
1.4. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 16
ii. CONTEXTO INSTITUCIONAL 17
1. HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE 17
1.1. Reseña Histórica 17
1.2. Política Institucional 18
1.2.1. Misión 18
1.2.2. Visión 18
1.2.3. Objetivos Estratégicos 19
2. UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO – JUVENIL 19
2.1. Reseña Histórica 19
2.2. Política Institucional 20
2.2.1. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017 – 2025 20
2.2.2. Orientaciones Técnicas Consultorías en Salud Mental 23
2.2.3. Ley Garantías Explícitas en Salud 23
2.2.4. Ley de Discapacidad 23
2.2.5. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 23
2.2.6. Ley de Derechos y Deberes 24
2.3. Objetivo Institucional 24
2.4. Estructura organizacional 24
iii. CONTEXTO PROGRAMÁTICO 25
1. Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica (PMC) 25
1.1. Reseña Histórica 25
1.2. Equipo de Trabajo 28
1.2.1. Abordaje Clínico 28
1.2.2. Fortalecimiento Institucional 32
1.2.3. Gestión de Redes 33
1.3. Sujetos de Intervención 34
1.4. Metodología de Trabajo 35
1.5. Patologías Abordadas 36

1.6. Trabajo Social en PMC 37
iv. CONTEXTO TEMÁTICO 41
II. Capítulo Segundo: Ejes Conceptuales de Análisis 42
1. EJE CONCEPTUAL DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD . 43
1.1. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano. 56
2. EJE CONCEPTUAL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL 62
2.1. Bienestar Subjetivo 65
2.2. Capital Social 66
2.3. Redes Sociales 68
1.4. Intersectorialidad 69
3. EJE CONCEPTUAL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL 71
3.1. Trabajo Social en Hospitales y Centros de Especialidad 71
3.2. Trabajo Social Clínico 73
3.3. Trabajo Social en Salud Mental 74
III. Capítulo Tercero: Marco Metodológico 77
1.1. Fundamentación Metodológica 78
1.2. Delimitación de la Sistematización 80
1.3. Objetivos de Sistematización 80
1.3.1. Objetivo General 80
1.3.2. Objetivos Específicos 80
1.4. Colectivos Participantes 81
1.4.1. Primer Colectivo 81
1.4.2. Segundo Colectivo 81
1.4.3. Tercer Colectivo 81
1.4.4. Cuarto Colectivo 81
1.5. Criterios de Inclusión 81
1.5.1. Primer Colectivo 81
1.5.2. Segundo Colectivo 81
1.5.3. Tercer Colectivo 81
1.5.4. Cuarto Colectivo 82
1.6. Técnicas con fines de Sistematización 82
1.6.1. Primera Fase: Revisión Documental con Fines de Sistematización ... 82
1.6.2. Segunda Fase: Entrevistas con Fines de Sistematización 82
1.6.3. Segunda Fase: Observación con Fines de Sistematización 83
1.7. Plan de Análisis 83
1.8. Procedimientos de Validación 84
a) Juicio Experto: 84

b) Base Ampliada de Acuerdos: 85
c) Triangulación Interna 85
IV. Capítulo Cuarto: Análisis y Resultados 86
1.1. Proceso de levantamiento de datos y resultados 87
1.2. Resultados de Sistematización Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica 89
1.2.1. Análisis de Contenido 89
1. Línea de Abordaje Clínico 89
1.1. Antecedentes 89
1.2. Sujetos de Intervención 90
1.3. Patologías Abordadas 94
1.4. Ingreso 96
1.5. Equipo de Trabajo 102
1.6. Formación Profesional 105
1.7. Funciones 112
1.7.1. Área Médica 112
1.7.2. Área Psicológica 117
1.7.3. Área Social 120
1.7.4. Retroalimentación 124
2. Línea de Fortalecimiento Institucional 133
2.1. Antecedentes 133
2.2. Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria de Salud 134
3. Línea de Gestión de Redes o Comunitaria 150
3.1. Antecedentes 150
3.2. Trabajo en Red 151
3.3. Club Multifamiliar 156
3.4. Capacitaciones 160
3.5. Mesa Tripartita 166
3.6. Escuela de Líderes Adolescentes 174
1.2.2. Análisis de Integración Teórico – Práctico 185
1. Análisis Integrado del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica desde el Eje Conceptual Determinantes Sociales de la Salud 185
2. Análisis Integrado desde el Eje Conceptual Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental 209
3. Análisis Integrado desde el Eje Conceptual Trabajo Social en Salud Mental 222
V. Capítulo Quinto: Reflexiones y Conclusiones 241
1. Conclusiones desde el Proceso de Sistematización 242

2. Conclusiones desde el Abordaje de la Salud Mental a Nivel Institucional y Programático 243
3. Conclusiones Temáticas a la luz de los Ejes Conceptuales Determinantes Sociales de la Salud, Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Trabajo Social en Salud Mental 246
4. Conclusiones respecto del Rol de Trabajo Social en Salud Mental ...247
VI. Capítulo Sexto: Bibliografía 252
1. Bibliografía 253
VII. Capítulo Séptimo: Anexos 258
1. Formato Actas Consultorías – Mesa Tripartita 259
2. Protocolo Instrumento Entrevista Equipo PMC 259
3. Protocolo Instrumento Entrevista CMVM/ Encargada Consultorías ...260
4. Protocolo Instrumento Grupo Focal Equipo PMC 261
5. Crónicas de Observación Consultorías en Salud Mental 264
5.1. Crónicas de Observación CESFAM Miraflores – Achupallas 264
5.2. Crónicas de Observación CESFAM Gómez Carreño 268
5.3. Crónicas de Observación CESFAM Juan Carlos Baeza 271
5.4. Crónicas de Observación Mesa Tripartita 276
6. Transcripción Entrevistas con Fines de Sistematización 280
6.1. Transcripción Entrevista Asistente Social N°1 280
6.2. Transcripción Entrevista Psicólogo N°1 285
6.3. Transcripción Entrevista Psicóloga N°2 289
6.4. Transcripción Entrevista Médico N°1 292
6.5. Transcripción Entrevista Médico N°2 297
6.6. Transcripción Entrevista Asistente Social N°2 302
6.7. Transcripción Entrevista Psicóloga N°3 305
6.8. Transcripción Entrevista Médico N°3 309
7. Transcripción Grupo Focal 313
7.1. Transcripción Grupo Focal Sesión N°1 313
7.2. Transcripción Grupo Focal Sesión N°2 329

Índice de Figuras

Figura N°1: Mapa Estratégico Conceptual 19
Figura N°2: Estructura Unidad 25
Figura N°3: Flujo Atención Médica 30
Figura N°4: Flujo Ingreso PMC 35
Figura N°5: Flujo Atención PMC 36

Figura N°6: Determinantes Sociales de la Salud Lalonde 43
Figura N°7: Comparación Modelo Canadiense versus OMS 46
Figura N°8: Modelos de Influencia en Capas Dahlgren y Whitehead 52
Figura N°9: Modelo Ecológico del Desarrollo Humano 59
Figura N°10: Comparación Modelo de Influencias en Capas y Modelo Ecológico del Desarrollo 60
Figura N°11: Subjetividad y Estados Subjetivos 66
Figura N°12: Grados de Colaboración Intersectorial 70
Figura N°13: Influencia Escuela de Líderes Adolescentes sobre los Determinantes Sociales de la Salud propuestos por Dahlgren y whitehead 209

Índice de Tablas

Tabla N°1: Arsenal Farmacológico PMC 30
Tabla N°2: Patologías abordadas PMC 36
Tabla N°3: Etapas Análisis de Contenido 84
Tabla N°4: Etapas Análisis Teórico Práctico 84
Tabla N°5: Instituciones Colaboradoras 88
Tabla N°6: Centros de Salud Familiar Colaboradores 88

Índice de Imágenes

Imagen N°1: Equipo Programa TDAH, 2012 102
Imagen N°2: Consultoría CESFAM Juan Carlos Baeza 137
Imagen N°3: Capacitación LGBTIQ+ CESFAM Miraflores – Achupallas 140
Imagen N°4: Consultoría CESFAM Gómez Carreño 142
Imagen N°5: Consultoría CESFAM Miraflores – Achupallas 146
Imagen N°6: Multifamiliar CESFAM Dr. Jorge Kaplán Reñaca Alto 158
Imagen N°7: Capacitaciones Duplas Psicosociales y Profesionales Ley SEP 161
Imagen N°8: Primera reunión Mesa Tripartita 167
Imagen N°9: Segunda Versión Escuela de Líderes 177
Imagen N°10: Propuesta de Trabajo Comunitario Escuela de Líderes Adolescentes 182

Resumen

El presente Proyecto de Título tiene como objetivo general "Sistematizar el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke a partir de las experiencias y aprendizajes de sus principales actores durante el período 2012 – 2018", permitiendo el desarrollo de un proceso de levantamiento de información emanado desde la experiencia de trabajo del equipo profesional del programa y las diversas redes de colaboración intersectoriales y comunitarias involucradas en el abordaje de la salud mental en población Infanto . juvenil desde el nivel secundario de la salud.

Para el desarrollo del proceso de análisis de la experiencia del programa, se establecen 3 ejes conceptuales cuya función consiste en otorgar un sustento teórico al desarrollo de la presente sistematización:

- Determinantes Sociales de la Salud
- Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental
- Trabajo Social en Salud Mental

A través del proceso de levantamiento de información y análisis en base a los ejes conceptuales declarados, se establece que el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica se configura como un modelo de trabajo integral, que aborda la salud mental desde un enfoque biopsicosocial y multiprofesional, centrado en la gestión de redes intersectoriales y comunitarias, estableciéndose como una experiencia pionera en el abordaje de la salud mental en población Infanto – juvenil, posicionándose como un referente desde el cual es posible generar nuevas propuestas de intervención basadas en un enfoque biopsicosocial que contemple la influencia de las comorbilidades en el curso de la patología a través del continuum salud de los pacientes.

Al concluir el presente proceso de sistematización se releva la importancia del Trabajo Social en Salud Mental, como posibilidad de avanzar hacia la redefinición y valoración del rol profesional en esta área, apuntando hacia el empoderamiento de Trabajo Social como profesión de la salud indispensable para el abordaje integral de la salud mental desde sus múltiples aristas.

Palabras Claves: Sistematización, Salud Mental, Continuum Salud, Gestión de Redes, Intersectorialidad, Determinantes Sociales de la Salud, Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, Trabajo Social en Salud Mental, Mediana Complejidad Psiquiátrica.

Abstract

The general objective of the following dissertation project is to "Systematize the Program of Medium Psychiatric Complexity for the Child and Adolescent Psychiatry Unit at the Dr Gustavo Fricke Hospital from the experiences and learnings of its main actors during the period 2012-2018," allowing for the development of an information gathering process emanating from the work experience of the professional team of the program and the diverse network of intersectoral and community collaborations involved in the approach towards mental health in the infant and youth population from the secondary level of the health.

For the development of the process of analysing the experience of the program, 3 conceptual axes are established whose function is to provide a theoretical basis for the development for the present systematization.

- Social Determinants of Health
- Mental Health Care Community Model
- Social Work in Mental Health

Through the information gathering process and analysis based on the declared conceptual axes, it is established that the Program of Medium Psychiatric Complexity is configured as an integral work model, which addresses mental health from a biopsychosocial and multi-professional approach, centred on the management of intersectoral and community networks, establishing itself as a pioneering experience in the approach to mental health in children and adolescents, positioning itself as a reference from which it is possible to generate new intervention proposals based on a biopsychosocial approach that considers the influence of comorbidities in the course of pathology through the continuum of patient health.

To conclude the present process of systematization, the importance of Social Work in Mental Health is highlighted, as a possibility to work towards the redefinition and assessment of the professional role in this area, aiming at the empowerment of Social Work as an indispensible health profession for the comprehensive approach to mental health from multiple angles.

Key Words: Systematization, Mental Health, Health Continuum, Network Management, Intersectoriality, Social Determinants of Health, Mental Health Care Community Model, Social Work in Mental Health, Medium Psychiatric Complexity.

Presentación

El presente documento corresponde al resultado de la sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el período comprendido entre marzo de 2018 y enero de 2019, enmarcado en el desarrollo de la asignatura de Proyecto de Título I Y II, correspondiente al noveno y décimo semestre de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, con la finalidad de optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social y el Título Profesional de Trabajador Social, contextualizado en la atención de salud mental de población Infanto – Juvenil con problemáticas de salud mental en compañía de comorbilidad del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

Por medio de la sistematización del funcionamiento del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica a partir de las experiencias del equipo profesional y redes colaboradoras, es que se permite la elaboración del siguiente documento, cuyo objetivo es visualizar los principales resultados, con la finalidad de dar cuenta sobre la manera en la cual esta iniciativa logra la incorporación del enfoque biopsicosocial a través de sus 3 líneas de intervención, para de este modo, establecerse como un referente que pueda ser replicado en otros dispositivos de salud, preferentemente del sector primario y Centros Comunitarios de Salud Mental.

En cuanto a la estructura del documento que se desarrollará a continuación, se presentan los siguientes capítulos, que buscan avanzar hacia la comprensión de los principales referentes teóricos, metodológicos y prácticos que dan sustento al proceso de sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica:

Capítulo Primero: Contextos de la Experiencia

Consistente en los contextos de Políticas en Salud Mental, Institucional y Programático en los que se engloba la experiencia del abordaje integral de patologías de salud mental con comorbilidad propiciado por el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Capítulo Segundo: Ejes Conceptuales de Análisis

Orientado al establecimiento de las bases teóricas que sustentan al Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, definiendo para dicho efecto los

siguientes ejes conceptuales: **Determinantes Sociales de la Salud, Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Trabajo Social en Salud Mental.**

Capítulo Tercero: Marco Metodológico

Centrado en la definición operativa de la metodología utilizada, entregando las bases del desarrollo del proceso de sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

Capítulo Cuarto: Análisis y Resultados

Correspondiente a los aspectos fundamentales en la comprensión de los alcances del proyecto de título, desde el levantamiento de información de carácter práctico proveniente de la experiencia de trabajo del equipo profesional, además de la integración de los resultados de este análisis con los ejes conceptuales de análisis, finalizando con la sistematización de ambos resultados.

Capítulo Quinto: Reflexiones y Conclusiones

En él se exponen las principales reflexiones y alcances emanadas desde el proceso de sistematización en base a la revisión de los ejes conceptuales de análisis y la información otorgada a través del levantamiento de información desde los colectivos participantes de la experiencia sistematizada. Los resultados del proceso señalado son desarrollados a través de 4 núcleos temáticos: **Sistematización, Institucional – Programático, Temático desde ejes conceptuales y Rol de Trabajo Social en Salud Mental.**

I. Capítulo Primero: Contextos de la Experiencia

i. CONTEXTO DE POLÍTICAS EN SALUD MENTAL

1.1. Predominancia del Modelo Asilar

De acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud (2018), hasta la primera mitad del siglo XX, la asistencia de salud mental se encontraba enfocada en los hospitales psiquiátricos, que tenían por objetivo mantener bajo control a pacientes internados, por ser estos considerados como peligrosos tanto para sí mismos, como para terceros. Lo anterior, corresponde al Modelo Asilar, que se puede comprender como un modelo excluyente de las personas afectadas por trastornos de salud mental en relación con el resto de la sociedad, provocando, entre otras consecuencias, situaciones de aislamiento, de discriminación, estigmatización y una muy baja tasa de recuperabilidad de la enfermedad.

En este sentido, se establecen 2 hechos significativos, que actuaron como desencadenantes de la necesidad de reformar la asistencia psiquiátrica de la época.

A) Al término de la **Segunda Guerra Mundial,** se dejó en evidencia el surgimiento de trastornos mentales en población previamente sana, que se puede explicar de acuerdo con la naturaleza traumática que puede generar un enfrentamiento armado. Esto provocó una fuerte demanda por asistencia de salud mental no asilar, manteniendo a las personas en la sociedad, evitando así, la estigmatización.

B) Por otro lado, se menciona el **Desarrollo de la Psicofarmacología,** denominada también como el uso de medicamentos efectivos, que de forma inédita generó una mejoría evidente en la calidad de vida de sus usuarios, sin necesidad de contención física y/o aislamiento de la sociedad. El efecto principal de ello consistió en una disminución progresiva de los plazos de recuperación, siendo posible en muchos casos, mantener los logros terapéuticos de los pacientes a largo plazo, una vez que estos egresaban de las instituciones de salud mental.

1.2. Declaración de Caracas

De acuerdo con el MINSAL (2018) en 1990, la Organización Panamericana de la Salud, propone un modelo de atención de corte ambulatorio – comunitario a través del lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, la cual, fue presentada por primera vez en la Conferencia realizada en la ciudad de Caracas, Venezuela, llevada a cabo entre los días 11 y 14 de noviembre. Dicha reunión fue convocada por la OPS, recibiendo, además,

el apoyo de múltiples organizaciones como la Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Psiquiátrica de América Latina y la Federación Mundial de Salud Mental, entre otras. Finalmente, de esa reunión surge una declaración que sentaría las bases para avanzar en la reforma en América. La declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (2016) enfatizó en que la atención centrada en los hospitales psiquiátricos no permitía el alcance de los objetivos relacionados a una atención de carácter comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. El MINSAL (2018), sostiene además que los recursos, cuidados y tratamientos de las personas con trastornos mentales deben garantizar su dignidad y su Derechos Humanos y Civiles, proporcionando un tratamiento racional y adecuado, haciendo un esfuerzo por mantener a las personas dentro de la comunidad.

En 1997, el Consejo Directivo de la OPS (1997) reitera la urgencia al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica a través de la Resolución CD 40/R19, la cual, insta a los Estados Miembros desarrollar, entre otras cosas, Programas Nacionales de Salud Mental.

1.3. Salud Mental en Chile

Al revisar antecedentes sobre la historia de la Psiquiatría en Chile, se visualiza un lento tránsito desde los Hospitales Psiquiátricos a los Generales, los primeros tuvieron la potestad de la Asistencia Psiquiátrica por 100 años (1852 – 1952). Recién en 1952 de integran los Servicios de Psiquiatría en Hospitales, siendo uno de vanguardia en esta temática el Hospital José Joaquín Aguirre, dependiente de la Universidad de Chile y su Clínica Psiquiátrica Universitaria, con una cartera de prestaciones psiquiátricas como Consulta Ambulatoria, Hospitalización Diurna y Completa, Talleres de Rehabilitación, Psiquiatría de Enlace, entre otros (Torres, 2001). En 1968 surgen las primeras experiencias en torno a Programas Intracomunitarios desde unidades de Psiquiatría o Salud Mental, intentando de esta manera, reemplazar el modelo asilar imperante.

No obstante, en 1973, tras el Golpe de Estado Encabezado por Augusto Pinochet Ugarte, se detuvieron los avances en salud mental en el país, explicado en gran medida por la crisis acaecida debido a la reducción de presupuesto estatal de salud.

1.4. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Tras el retorno a la democracia, y con el objetivo de dar respuesta a la Declaración de Caracas, en Chile se inicia la discusión de las propuestas de la

OPS, logrando una buena acogida al tránsito hacia un modelo comunitario, que se materializó en la puesta en marcha del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1993, que sirvió de base para su sucesor del año 2000, el cual cuenta con un modelo de atención más elaborado en lo que respecta a la red de atención y los programas de actividades. Desde el planteamiento de Minoletti y Zaccaria (2005), el plan tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades logren alcanzar y mantener la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, con el fin de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. Dicho plan, dejaba entrever una relación directa con las líneas de acción propuestas por la OMS (2001) en su Informe sobre la salud en el mundo, como el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental (COSAM), integración de la Salud Mental en servicios comunitarios de salud mental y la creación de vínculos intersectoriales. Posee un enfoque biopsicosocial que da prioridad a la prevención e intervención temprana orientadas a mejorar de forma continua la calidad de atención con la participación de los usuarios y sus familias, como también de las organizaciones locales.

Actualmente, se encuentra en vigencia el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en su versión 2017 -2025, cuyo propósito, que será revisado más adelante, consiste en la contribución hacia la mejora de la salud mental de las personas, a través de estrategias de sector e intersector, para la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos mentales desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

ii. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1. HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

1.1. Reseña Histórica

Según consta en los registros históricos del Hospital Dr. Gustavo Fricke (2014), a mediados del año 1878, específicamente el día 21 de julio, tomaría lugar la inauguración del Hospicio de la ciudad de Viña del Mar, a cargo de las Hermanas de la Caridad, en un emplazamiento donado por José Francisco Vergara, un año más tarde, aunque sin fecha exacta de ello, dicho Hospicio se adjudica el título de

enfermería. Tras sucesivas administraciones, el 18 de diciembre de 1954, se inaugura el actual edificio, con miras a la satisfacción de la población en auge de Viña del Mar. Finalmente, en el año 1969, el Hospital tomaría el nombre de quien sería el principal gestor de su construcción, el pediatra y salubrista Doctor Gustavo Fricke Schenke. Cabe destacar que dicho centro de salud se encuentra actualmente en proceso de reconstrucción.

En 1980, se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud, otorgándole la calidad de Hospital de base del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ), otorgándole el carácter de Alta Complejidad, al ampliar las dependencias y habilitar la atención permanente a través de las unidades de apoyo.

De acuerdo con las diversas reformas de salud, en la actualidad se clasifica como un **Hospital de Alta Complejidad Auto gestionado en Red** (HGF, 2016), cuyo propósito consiste en otorgar prestaciones de mayor complejidad técnica a la población perteneciente al Servicio de Salud de Viña del Mar - Quillota (SSVQ), ofreciendo especialidades de acuerdo con los requerimientos y prioridades sanitarias de la Red Asistencial.

1.2. Política Institucional

1.2.1. Misión

> Somos un establecimiento público asistencial, docente, autogestionado, acreditado y de alta complejidad, de referencia nacional y regional, que participa plenamente de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña de Mar - Quillota, con el compromiso de entregar una atención de salud amable, con estándares de calidad, seguridad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en la satisfacción del usuario". (HGF, 2016, p.21)

1.2.2. Visión

> "Queremos ser el hospital público más complejo del país, con atención de calidad, centrado en los pacientes y sus familias" (HGF, 2016, P.21).

1.2.3. Objetivos Estratégicos

En cuanto a los objetivos estratégicos propuestos en el Mapa Estratégico - Conceptual de la Planificación Estratégica 2016 - 2018, se establece que estos se encuentran regidos por 3 directrices básicas, expuestas en la siguiente tabla:

Figura N°1: Mapa Estratégico – Conceptual Planificación Estratégica 2016 – 2018, Hospital Dr. Gustavo Fricke

MAPA ESTRATÉGICO – CONCEPTUAL			
PERSPECTIVAS	**DIRECTRICES ESTRATÉGICAS**		
	Orientación de las actividades hacia la Satisfacción de nuestros Usuarios	**Obtener eficiencia y eficacia en el accionar del Hospital**	Organización e Integración en todas las actividades a realizar
	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS		
De Procesos Internos	Calidad Apertura/Integración	Objetivos Compartidos Excelencia Clínica	Trabajo en Equipo
Del Cliente	Comunicación Externa	**Resolutividad**	Coordinación
De Aprendizaje y Crecimiento	Retroalimentación	Capacitación	Comunicación Interna
Financiera	Financiamiento	Gasto	Presupuesto

(Fuente: Adaptado de Planificación Estratégica 2016 – 2018, HGF, p.37)

2. UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO – JUVENIL

2.1. Reseña Histórica

En el mes de abril del año 1993, y tras la llegada al área de pediatría del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la Médico y Psiquiatra Mariela Pino Droguett, quien se desempeñaba en el policlínico de la misma institución, iniciando la atención clínica de niños, niñas y adolescentes hospitalizados por causa de alguna comorbilidad en salud mental. En el año 1996, se integra a este trabajo clínico la Psicóloga Carmen Gloria Quintana Arancibia, con quien se crea la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil.

En 1997, y tras la realización de múltiples gestiones, se consigue un espacio físico para la creciente unidad de salud mental, se ubicaba al costado izquierdo de la actual Unidad de Medicina Ambulatoria (Ex Auditorio Lucas Sierra). Tiempo después, se incorpora la Asistente Social Gloria Carmona, la Neuróloga Infantil Valeria Rojas, y finalmente, en el año 2001 se incorpora también la Neuróloga Orietta Alarcón Aguilar, siendo quien asumiría la jefatura de la unidad a partir del año 2005 y hasta el año 2017.

En el año 2006, se instala la Unidad de Medicina Ambulatoria en las dependencias usadas por la unidad en cuestión, provocando que esta deba

desplazarse hacia el espacio del Consultorio de Atención de Especialidades hasta el año 2011, donde el edificio es demolido. El mismo año, el Ministro de Salud de la época Jaime Mañalich, inaugura el nuevo Consultorio Adosado de Especialidades, en terrenos correspondientes a las antiguas dependencias del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, siendo este lugar, el actual emplazamiento de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil.

Actualmente, la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil depende de la Unidad de Psiquiatría Adultos, contando a la fecha con más de 25 profesionales de diversas disciplinas, separándose de la Unidad de Neurología, se declara que este proceso ocurrió de forma paralela al desarrollo del Proyecto de Título, por tanto, aún no se encuentra oficializado.

2.2. Política Institucional

En cuanto a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil es posible señalar que, se norma de acuerdo con las políticas de salud y de salud mental emanadas desde el Ministerio de Salud, las cuales están destinadas a favorecer a toda la población de Chile independiente de sus condiciones sociales, económicas y/o culturales. A saber:

2.2.1. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017 – 2025

Generalidades

El plan, en su versión 2017 -2025, establece objetivos y estrategias que dan el marco político-normativo a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la presente unidad hospitalaria, que propicia las acciones que aumenten el nivel de bienestar y la salud mental de los chilenos y chilenas; siendo su propósito el de:

Contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario (MINSAL, 2017, p.32)

Valores y Principios

A) Respeto y Promoción de Derechos Humanos

- Concepción del ser humano como un ser integral

- Promoción de la ciudadanía
- Participación e inclusión social
- Igualdad jurídica
- Autonomía y autodeterminación
- Calidad de la atención

B) La persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente

- Indivisibilidad de la salud mental y la salud general
- Integralidad de la atención
- Servicios de salud mental integrados a la red general de salud
- Atención de salud mental centrada en la persona, su familia o red de apoyo
- Continuidad de apoyos y cuidados
- Atención basada en la comunidad

C) Equidad

- Accesibilidad
- Pertinencia
- Cobertura universal
- Intersectorialidad

Líneas de acción

Se definen las siguientes líneas de acción por parte del MINSAL (2017):

1) Regulación y Derechos Humanos, la cual consiste en la definición de necesidades regulatorias para la protección de la salud mental de la población, así como el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y la atención sanitaria adecuada de las personas que padecen un problema o trastorno de salud mental, además de aumentar el grado de conciencia de las personas sobre sus derechos en salud mental y definir mecanismos para la exigibilidad de éstas.

2) Provisión de Servicios de Salud Mental, consistente en la definición de lineamientos y generación de estrategias para una adecuada provisión de servicios de salud mental en base a las necesidades de la población. Incluye dentro de sí,

la articulación de la oferta existente y los lineamientos para incorporar oferta pertinente a las nuevas necesidades de la población, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

3) Financiación, orientada al desarrollo de un plan financiero sustentable que provea de una cantidad y tipo de recursos que favorezcan la realización de acciones costo-efectivas y modificaciones organizacionales definidas por el Plan Nacional de Salud Mental en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

4) Gestión de la Calidad, sistemas de Información e Investigación, tiene como objetivo señalar los avances en cada uno de estos ámbitos y definir objetivos y estrategias que favorezcan en primer lugar, la implementación de un sistema de evaluación y mejora continua de la calidad como parte de la cultura organizacional de los servicios, en segundo lugar, a mejorar y potenciar la información continua que se genera de manera rutinaria a través de registros y otros sistemas de monitoreo, y en tercer lugar, a fomentar y coordinar la investigación con el desarrollo de políticas públicas.

5) Recursos Humanos y Formación, tiene por objetivo aportar estrategias para aumentar la dotación en los niveles clínicos-asistenciales, de gestión y salud pública, el mejoramiento de las condiciones laborales de quienes trabajan en salud mental, de modo de incrementar su positiva contribución a la salud mental de la población y al incremento creciente de competencias, que impacten en la calidad de vida de las personas, así como también en la calidad de los tratamientos.

6) Participación, orientada a desarrollar espacios de participación social efectivos – en los niveles ejecutor, consultivo y decisor – sobre políticas, planes, programas e intervenciones de salud mental, por parte de la sociedad civil y la comunidad, con especial énfasis en usuarios, usuarias y familiares, y en aquellos grupos más vulnerables, postergados y excluidos de la sociedad.

7) Intersectorialidad, tiene como objetivo generar estrategias colaborativas en el sector salud, el Estado y de la sociedad civil, con la finalidad de abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, para mejorar de esa manera, la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgo y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales.

2.2.2. Orientaciones Técnicas Consultorías en Salud Mental

El propósito de la presente norma técnica del MINSAL (2016), consiste en la entrega de herramientas de carácter técnico a los equipos de atención primaria para el abordaje de problemáticas de salud mental de su población usuaria, instando a este nivel de salud a la promoción de la programación y ejecución de Consultorías de Salud Mental en APS contando con la participación de los equipos del nivel secundario, cautelando el cumplimiento de los criterios de calidad de este espacio con la finalidad de cumplir las metas de impacto sanitario para las cuales es implementada.

2.2.3. Ley Garantías Explícitas en Salud

Dentro de la Ley N°18.933, es posible la identificación de 3 patologías GES en relación con salud mental en el nivel secundario de salud, siendo estas las que rigen el accionar de la unidad señalada. Dichas patologías corresponden a Trastorno Bipolar (MINSAL, 2013), Esquizofrenia (Primer Brote) (MINSAL, 2009) y Depresión en personas mayores de 15 años (MINSAL, 2013).

2.2.4. Ley de Discapacidad

De acuerdo con el Servicio Nacional de Discapacidad (2010), existen 2 derechos exigibles por ley, que se constituyen en obligación para el Estado y un derecho y deber de las personas con discapacidad: Prevención y Promoción.

Ambos conceptos son definidos vinculándolos no solo desde la visión de deficiencia, sino que incluye la participación de las personas con discapacidad en la sociedad, y la capacidad de estas de ejercer una o más actividades catalogadas como esenciales en la vida diaria. Se establece como un derecho que en el propio proceso de rehabilitación se incluya la participación de la familia del paciente con discapacidad, o de sus cuidadores. Por otro lado, en lo que respecta a la prevención, se consagra el deber del estado de fomentar la rehabilitación con una base eminentemente comunitaria, y la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación (SENADIS, 2010).

2.2.5. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La convención fue planteada por las Naciones Unidas (2006) con la finalidad de promover, proteger y asegurar el pleno goce e igualdad de Derechos Humanos y libertades catalogadas como fundamentales para aquellas personas con discapacidad, avanzando hacia la promoción del respeto a la dignidad inherente del ser humano. La presente convención entiende a las personas con discapacidad

como aquellas que poseen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo, que, al momento de generar una interacción con diversas barreras, logren impedir la participación plena y efectiva, y en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad en la sociedad. Para lo anterior, se establece que la discriminación por motivos de discapacidad corresponde a cualquier distinción, exclusión o restricción que proceda por la condición de discapacidad, que posea por objetivo obstaculizar o anular el goce en igualdad de condiciones de los Derechos Humanos y libertades fundamentales antes mencionadas. Estas pueden ser subdivididas en los contextos político, económico, social, cultural, etc.

2.2.6. Ley de Derechos y Deberes

Esta ley, de acuerdo con el MINSAL (2012), establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La ley resguarda los principios básicos de atención en salud. Por lo tanto, esta ley promueve el fortalecimiento al eje principal de la salud pública en el país: los usuarios.

En relación con lo anterior, se establece a la igualdad en el trato, como un aspecto medular en relación con la atención otorgada por la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil.

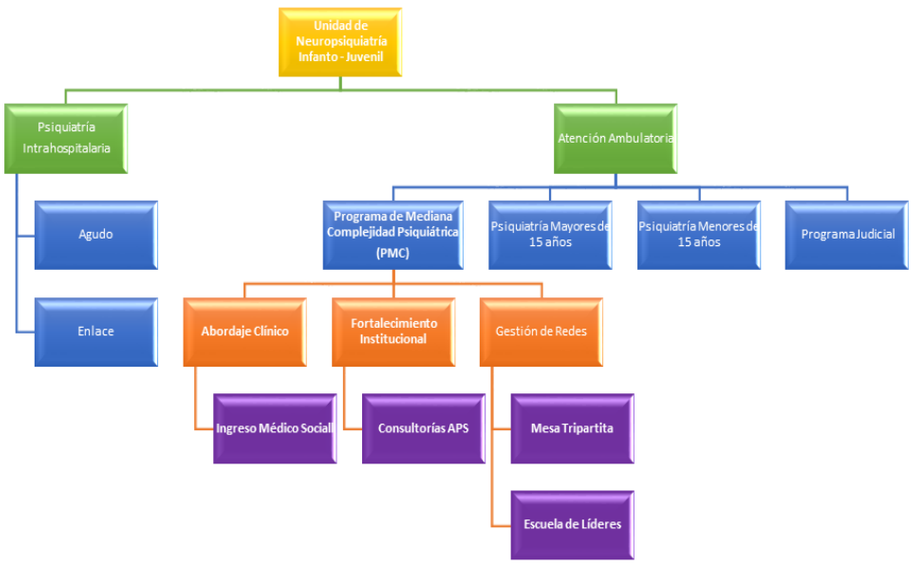
2.3. Objetivo Institucional

Otorgar atención especializada en salud mental y neuropsiquiatría a la población infantil y adolescente que está bajo la circunscripción del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

2.4. Estructura organizacional

En relación con la estructura de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, es posible identificar dos grandes áreas. La primera referida al programa de *Psiquiatría Intrahospitalaria* y la segunda corresponde a la *Atención Ambulatoria*, dentro de la cual se ubican los programas señalados a continuación:

Figura N°2: Estructura Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil



(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

iii. CONTEXTO PROGRAMÁTICO

1. Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica (PMC)

1.1. Reseña Histórica

En el año 2012, y coincidiendo con el término del Programa de Habilidades Para la Vida perteneciente a la Corporación Municipal de Viña del Mar, y bajo el alero de los nuevos lineamientos emanados desde el Ministerio de Salud, materializado a través de un Plan Piloto de carácter ministerial surge el Programa de Apoyo al Tratamiento por Déficit Atencional (TDAH) dentro de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke. El objetivo fundamental de la creación de dicho programa consistió en la centralización y acogida de la demanda surgida desde la población perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota en cuanto a niños, niñas y adolescentes con sospecha diagnóstica de TDAH, indistintamente de la presencia o ausencia de hiperactividad, que presentaran alguna comorbilidad psicosocial, siendo esto último la condición esencial para ser incorporado en el programa señalado. En caso de no presentarse dicha condición, se estableció que debían iniciar atenciones, según sea el caso, en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) o Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) asignado de acuerdo con su domicilio.

La creación de este programa piloto vino a reforzar la planta profesional de la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil por lo cual fue posible replantear el espacio de consultoría con atención primaria de Salud, ya que hasta dicha fecha sólo

participaban profesionales psicólogo integrándose a la totalidad de las consultorías un profesional Trabajador Social y un profesional Médico. Al evaluar esta nueva composición de los equipos interconsultores, llama la atención que los equipos de atención primaria valoran de manera positiva la posibilidad de incluir variables psicosociales en la sospecha diagnóstica. Cabe señalar que esta estrategia de trabajo se mantiene hasta la fecha.

Durante este primer año de funcionamiento del programa se realiza un diagnóstico en dos escenarios; uno respecto a la lista de espera presente en la unidad de neuropsiquiatría infantil y otro respecto a la realidad comunal de las problemáticas emergentes de salud de la población Infanto - juvenil de Viña del Mar. Se concluyó que existía una gran demanda desde atención primaria para la confirmación diagnóstica y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con sospecha de Trastorno conductuales asociados a cuadros de TDAH. A nivel comunitario se logró conocer que existía como práctica desde la Corporación Municipal de Educación la compra de servicios en el sistema privado de salud de atenciones Neurológicas y/o psiquiátricas para la confirmación diagnóstica de los niños, niñas y adolescentes susceptibles de ingresar a PIE, sin embargo los niños/as que accedían a esta compra de servicio recibían el pago sólo de la primera consulta debiendo su familia asumir el costo de las siguientes consultas de control y los tratamientos farmacológicos indicados, lo que sin duda no era posible dada la condición de vulnerabilidad de estas familias, descontinuando rápidamente los tratamientos lo que redundaba en la agudización de sus problemas conductuales en sus establecimientos educacionales siendo prontamente expulsados. En virtud de estos antecedentes y de la población Infanto juvenil que se encontraba en esta situación (256 pacientes) se levantó una mesa de trabajo técnico entre las referentes del área de salud primaria de la corporación municipal de viña del Mar y la referente de Servicio Social de la Corporación de Educación de viña del Mar, que se denominó “Mesa Tripartita”, con el fin de reincorporar a estos niños/as a sus centros de atención primaria, reevaluar sus antecedentes. Presentarlos en consultoría y retomar sus tratamientos farmacológicos, mejorando su incorporación y acceso a educación.

Durante el segundo año de ejecución del programa (2013) surge la necesidad de realizar un proceso de mejora en la calidad de las Interconsultas de Referencia que provenían desde la atención primaria, incorporándose de forma inédita a estas, los antecedentes psicológicos y sociales referidos desde APS.

Tras 3 años de funcionamiento, en el año 2015, los profesionales inician un proceso de fuerte cuestionamiento interno, al observar un aumento sostenido de la complejidad de los pacientes atendidos por el programa, tanto en aspectos ligados a la biología desde la perspectiva médica y psiquiátrica, como en aspectos psicosociales. A raíz de lo anterior, el equipo de TDAH toma la determinación y el desafío de incorporar un nuevo enfoque desde el plantear la atención de sus usuarios, que permitiera relevar la importancia de la complementariedad entre el tratamiento psiquiátrico y psicosocial, estableciendo por otro lado, una estructura en cuanto al manejo de los pacientes y sus tratamientos, entendiendo los reducidos tiempos destinados a la intervención de cada caso particular, además de la creciente demanda de otros trastornos psiquiátricos siendo aproximadamente el 90% de las intervenciones, dicho de otro modo, el TDAH se configuró como una puerta de entrada a atención secundaria de patologías psiquiátricas distintas a las estipuladas originalmente en el inicio del mismo, dado la cantidad de horas profesionales establecidas para su funcionamiento.

Finalmente, el objetivo de este replanteamiento del abordaje de pacientes al interior del programa consistió en intervenir patologías psiquiátricas de mediana complejidad, desde una óptica integral e integradora de la salud, al incorporar el enfoque biopsicosocial de la salud, entendiendo que los pacientes poseen un contexto que los acompaña a lo largo de su vida.

En términos concretos, dicho cambio mantenía el mismo equipo de trabajo, pero con la existencia de un protocolo para la atención de las patologías, entre las que se cuentan el desarrollo de psicoterapia (dimensión psicológica); atención médica (dimensión biológica); intervención social (dimensión social). El perfil de pacientes se orientó a la incorporación de otros trastornos asociados además del TDAH, como los de tipo conductual severo, de ánimo no cubiertos por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, maltrato, abusos no judicializados. Sin embargo, se excluyeron de la competencia del programa aquellos casos ligados a temáticas como el retraso mental en sus diversas graduaciones, abusos de carácter sexual, maltrato grave, y cualquier trastorno de tipo psiquiátrico catalogado como severo.

De esta reevaluación surge el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica (PMC) que logra la incorporación de un nuevo enfoque en la atención de pacientes, basado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente desde el 2016, incorporando las dimensiones social y comunitaria y elevándolas al mismo nivel que las dimensiones psicológica y biomédica.

Por otro lado, para potenciar dicho enfoque integral e integrado, el PMC desde su génesis ha desarrollado diversas iniciativas, entre las cuales se destacan:

A) Evaluación Médico - Social de ingreso a PMC.

B) Formación de Mesa Tripartita (Unidad, CMVM Educación y Salud), con proyección de incorporación de la referente del convenio SENAME – MINSAL – SENDA dado la reestructuración de SENAME

C) Escuela de Líderes Adolescentes, a la fecha se está ejecutando su tercera versión.

D) Taller Multifamiliar dirigido a padres y madres de NNA con TDAH (ejecutado dos años consecutivos 2013 – 2014).

Un antecedente importante de mencionar dice relación con la disminución de las horas profesionales del equipo de trabajo del PMC, ya que, hoy en día no se dispone ni de Terapeuta Ocupacional ni de Psicopedagoga, lo cual, se configura como un desafío para el equipo de Programa de Mediana Complejidad, porque los casos atendidos por el programa siguen en constante aumento, acotando los plazos de intervención de forma considerable.

1.2. Equipo de Trabajo

- ***Médico General Coordinador (22 Horas)***
- ***Médico General (22 Horas)***
- ***Asistente Social (22 Horas)***
- **Psicólogo (22 Horas)**
- **Psicóloga (22 Horas)**

En cuanto a las áreas de trabajo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, es posible señalar la presencia de 3 grandes líneas mediante las cuales el equipo del programa orienta su accionar, Línea de Abordaje Clínico, Línea de Fortalecimiento Institucional y Línea de Gestión de Redes, las cuales, serán detalladas a continuación:

1.2.1. Abordaje Clínico

Corresponde a la atención directa tanto de los pacientes del programa, como de sus familias, referidos desde los dispositivos de Atención Primaria de Salud, Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil y otras unidades pediátricas

del hospital, dicha atención se materializa a través de una dupla compuesta por una de las médicos y la Trabajadora Social, esto desde el segundo semestre del año 2017, ya que previamente era un equipo multidisciplinario, compuesto por Médico, Trabajadora Social y Psicólogo, quienes brindaban la primera acogida.

A partir de su puesta en marcha, específicamente durante el primer año de implementación, el programa logró brindar atención a niños, niñas y adolescentes situados en la lista de espera de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del hospital.

En cuanto a la implementación de la presente línea, y con el objeto de optimizar los procesos para otorgar una atención integral a la problemática multifactorial suscitada, desde el primer año de implementación, se generaron 3 vías de ingreso al programa, a saber:

- **Ingreso Multiprofesional:** Asignación de 8 cupos semanales para ingreso con un equipo multiprofesional (Médico General, Asistente Social y Psicólogo) de aquellos casos de mayor complejidad.

- **Ingreso Psicosocial:** Asignación de 6 cupos de ingreso por semana con dupla psicosocial (Asistente Social y Psicólogo) para aquellos casos con mayor índice de compromiso psicosocial.

- **Ingreso Médico:** Asignación de 4 cupos de ingreso semanal con Médico General para aquellos pacientes que se encontraban en control en Neurología y/o Psiquiatría, que debían mantener tratamiento farmacológico.

En cuanto a la distribución de los ingresos, se destacó la eficacia de los Ingresos Multiprofesionales, debido a que, en una consulta de 1 hora, se lograba coordinar con la Red Infanto – Juvenil, Educación y Tribunales, se establecía, además, el tratamiento farmacológico, y se definían los lineamientos para iniciar tratamiento psicológico. Finalmente, y tras la disminución de las horas psicológicas, se libera a estos de los ingresos, quedando como **Ingresos Médico – Sociales.**

Dentro de la línea precedente, es posible identificar una subdivisión de roles en áreas específicas, atendiendo la multiplicidad de disciplinas que operan al interior del programa:

Área Médica, consistente en la evaluación de pacientes mediante consulta de ingreso e inicio de tratamiento farmacológico según el diagnóstico de cada

paciente, solicitud de exámenes pertinentes a cada caso particular, entre los que se destacan los exámenes de Niveles Plasmáticos de Fármacos, Hepáticos y Hemogramas, entre otros.

En cuanto a la disponibilidad de arsenal farmacológico, se declaran los siguientes fármacos utilizados por el equipo de PMC, clasificados en los grupos de Antidepresivos, Neurolépticos, Estabilizadores de Ánimo y Estimulantes del Sistema Nervioso Central. En la siguiente tabla se detallará cuáles son los fármacos que corresponden a cada grupo, a saber:

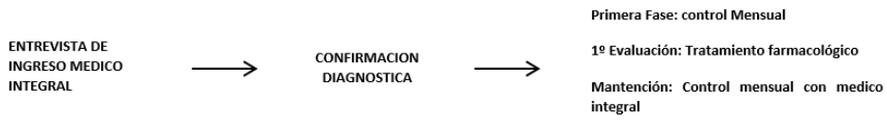
Tabla N°1: Arsenal Farmacológico PMC

Antidepresivos	ISRS (Citalopram, Sertralina, Fluoxetina) – IRSN (Venlafaxina), IRDN (Bupropion), Tricíclicos (Imipramina).
Neurolépticos	Risperidona, Aripiprazol, Quetiapina, Olanzapina.
Estabilizadores del Ánimo	Carbonato de Litio, Ácido Valproico, Lamotrigina.
Estimulantes SNC	Metilfenidato, Anfetamina.

(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

En adición a lo anterior, se realiza un seguimiento de posibles reacciones adversas a los fármacos, así como también, la respuesta clínica y adherencia al tratamiento, consistente en citaciones con una periodicidad de 30 días durante los primeros dos meses de ingreso al programa. Transcurrido este período, los controles se realizan bimensual por seis meses. Una vez que estos alcanzan la estabilidad, serán citados a control de forma bimensual o trimensual según la patología y evolución de esta con el tratamiento, siendo, además, derivados en caso de presentar alguna comorbilidad que pudiese acentuar la patología con el especialista pertinente. A continuación, se presenta el Flujo de Atención Médica del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica:

Figura N°3: Flujo de Atención Médica



(Fuente: Documentos de circulación interna Programa PMC)

Área Psicológica, centrada en la inclusión del grupo familiar en la intervención del programa, a través de las siguientes prestaciones:

- Terapia Individual
- Terapia Familiar

Para la intervención, se considera un plan de trabajo correspondiente a 16 sesiones, las cuales, involucran las prestaciones que se detallan a continuación:

- Diagnóstico de Causales y mantenedores de la problemática actual del paciente.
- Sesión de análisis de ciclo sintomático de la conducta problemática a nivel familiar.
- Técnicas de enfrentamiento progresivo.
- Reestructuración cognitiva (valía personal, desesperanza, falta de relaciones).
- Abordaje de las estrategias de resolución de conflictos.
- Sesiones específicas para problemas de contingencia puntuales.

Finalmente, en cuanto al **Área Social,** se destaca que las entrevistas de ingreso son realizadas por una dupla compuesta por la Asistente Social y Médico Integral, donde se evalúa al paciente y a su familia de acuerdo con variables como la dinámica y estructura familiar, condiciones de vivienda (materialidad, estado de conservación, condiciones de hacinamiento, etc.), escolaridad, bullying escolar, causas de tribunales del paciente o de sus adultos responsables (medidas de protección, órdenes de alejamiento, cuidado personal entre otras). Lo anteriormente señalado, implica intervenciones tales como:

- Realización de entrevista individual con adulto o adulta responsable del cuidado del niño, niña o adolescente.
- Visitas domiciliarias y/o escolares según requerimiento.
- Coordinación con redes especializadas (Tribunales de familia, Fiscalía, PAICAVI, SENAME Y SENDA).
- Informes Sociales para solicitud de apoyo y recursos.
- Trabajo Grupal (Niños y Familia)

- Solicitud de Medidas de Protección en los casos de vulneración de derechos de NNA.

- Seguimiento constante de las acciones durante la duración de la intervención en PMC.

1.2.2. Fortalecimiento Institucional

De acuerdo con lo planteado el MINSAL (2001) desde el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, y su sucesor emanado desde MINSAL (2017), surge la necesidad de establecer acciones y actividades orientadas a aumentar constantemente la resolutividad de la Atención Primaria, con el fin de evitar la sobrecarga de la Atención Secundaria. Para lo anterior, se hace necesario un proceso de asesoramiento continuo a los equipos pertenecientes al nivel primario de salud. Lo anterior, se materializa a través de la participación de los equipos de atención secundaria, que según el MINSAL (2016), en el desarrollo de las **Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria,** es decir, equipos interconsultores, entendiendo estas como un espacio de trabajo colaborativo e interactivo entre los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, y los equipos pertenecientes al primer nivel de atención en salud. Para ello, se plantea la realización de reuniones clínico – Técnicas con una periodicidad de al menos una vez por mes en los dispositivos de APS como los CESFAM.

Finalmente, en la consultoría se debe incorporar al menos un miembro de cada estamento de la Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil en estos equipos interconsultores de salud mental infantil con la finalidad de supervisar casos clínicos que, de acuerdo con el criterio de estos equipos, califica para atención secundaria, o, dicho de otra forma, aquellos casos que, por su complejidad, los centros carecen de la resolutividad necesaria para abordar los casos por sí mismos. Actualmente, los equipos desde atención secundaria se componen de al menos un miembro de las disciplinas involucradas, como Trabajo Social, Medicina y Psicología desde la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, donde uno de ellos correspondía al Programa TDAH.

Dicha incorporación, propició un protocolo para la derivación de pacientes hacia el Hospital, generando a su vez, una relación estrecha de colaboración intersectorial entre los dispositivos de salud, educación y comunitarios.

1.2.3. Gestión de Redes

De acuerdo con el MINSAL (2017) el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en cuanto a la participación social, se establece que esta, junto a la asociatividad y la cohesión, son catalogadas como factores protectores de la salud mental. Al tener una comunidad fortalecida y con mecanismos de participación efectivos, posee mayor capital social y oportunidades de protección y promoción de la salud mental, entendiendo que sólo a través de las relaciones sociales y comunitarias, las personas son saludables. En este punto, resulta interesante rescatar la definición de participación ciudadana del Instructivo Presidencial para la participación ciudadana en la gestión pública, que la entiende como:

> El proceso de cooperación mediante el cual el Estado y la ciudadanía identifican y deliberan conjuntamente acerca de problemas públicos y sus soluciones, con metodologías y herramientas que fomentan la creación de espacios de reflexión y diálogos colectivos, encaminados a la incorporación activa de la ciudadanía en el diseño y elaboración de las decisiones públicas. (Gobierno de Chile, 2014, p.2)

En sintonía con este planteamiento, la línea de acción de intersectorialidad del mismo programa, el objetivo consiste en la generación de estrategias colaborativas entre el sector salud, Estado y Sociedad Civil con la finalidad de abordar temáticas atingentes a la salud mental, para así mejorar la calidad de vida de las personas, a través del fomento de factores de protección, detección temprana de factores de riesgo e inclusión social de personas en situación de discapacidad emanada desde trastornos mentales.

Las acciones mencionadas en relación con la promoción deben ser, necesariamente de carácter intersectorial, para así, proponer y aportar información técnica y material de apoyo para que individuos, familias, grupos y comunidades alcancen, a través de la organización, un mejor nivel de salud mental. Para lo anterior, se promueven iniciativas de promoción desde la comunidad, las cuales, pueden ser realizadas por los equipos de salud, organizaciones locales, redes de prevención comunal, ONG'S, etc.

Concretamente, en lo que respecta a las intervenciones y/o acciones comunitarias desarrolladas por el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, y su predecesor TDAH, se cuentan la conformación de una mesa de trabajo colaborativo con los encargados de Educación y Salud de la CMVM, constituyéndose la mesa tripartita.

Por otro lado, en el año 2014, el Programa de Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad, impulsa la creación del Club Multifamiliar, el cual constituye una forma de intervención comunitaria basada en el modelo Ecológico Social Multifamiliar propuesto por el Dr. Troncoso. El Club, se dirige puntualmente a las familias de NNA con diagnóstico de TDAH con o sin farmacoterapia, con el fin de contribuir en la construcción de un espacio para compartir conocimiento familiar y comunitario respecto del trastorno y las consecuencias de él. El desarrollo de dicho club implicó la articulación de la red entre el CESFAM Dr. Jorge Kaplán de Reñaca Alto (Sector Primario), y la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil (sector secundario).

En base a lo consignado en los diversos compendios de práctica de estudiantes de la Universidad de Valparaíso, de circulación interna del programa y la experticia del estudiante en él, se declara que desde el año 2016, dicho vínculo se mantiene, ahora con PMC, en donde dicho programa colabora en la realización de la Escuela de Líderes Adolescentes, propiciada por el Programa de Acompañamiento Psicosocial del dispositivo primario señalado, con el objeto de formar líderes adolescentes que actúen como colaboradores en cuanto a la salud mental desde su rol de agentes de cambio. El objetivo corresponde al fortalecimiento de habilidades de liderazgo en adolescentes, con el fin de trabajar en la prevención de conductas de riesgo y estrategias preventivas de suicidio adolescente. Actualmente, se han ejecutado 4 versiones de dicha iniciativa.

1.3. Sujetos de Intervención

Se define como población objetivo a niños, niñas y adolescentes ubicados entre 6 y 17 años, 11 meses, 29 días, que cumplan con los siguientes requisitos básicos:

1- En primer lugar, se establece que los usuarios del programa deben poseer residencia en el territorio cubierto por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

2- Por otro lado, se requiere que los usuarios sean beneficiarios del sistema de salud FONASA.

3- Finalmente, presentar sintomatología asociada a la esfera de Salud Mental, que se configure como un deterioro significativo en cada una de las áreas de desarrollo de la vida cotidiana, pudiendo o no implicar un riesgo vital, que requerirán necesariamente una atención especializada en diversas áreas, como la Psiquiatría, la Neurología, el Trabajo Social y la Psicología.

1.4. Metodología de Trabajo

En cuanto al Plan de Trabajo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, se presenta la siguiente figura que da cuenta del proceso de ingreso de pacientes a dicho programa:

Figura N°4: Flujo de Ingreso PMC

(Fuente: Documentos de circulación interna PMC)

Los pacientes del programa pueden ingresar mediante las siguientes vías:

1) Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, correspondiente a todos aquellos pacientes que actualmente se encuentren en tratamiento con Médico Psiquiatra de la unidad, con patología de base compensada por lo menos durante seis meses, cuyo tratamiento farmacológico no se encuentre disponible en el arsenal de Atención Primaria de Salud.

2) Unidad de Neurología Pediátrica, centrada en pacientes diagnosticados con TDAH y alguna comorbilidad psicosocial.

3) Atención Primaria de Salud, para estos efectos, el paciente debe ser evaluado por Médico General, quien es el encargado de referir a estos hacia la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil a través de interconsulta, donde se establezca a lo menos la información diagnóstica respaldada por el DSM V – CIE 10, que incluye la sintomatología principal, el inicio aproximado de esta, las intervenciones realizadas previamente, y el tratamiento farmacoterapéutico actual. Se destaca que, al ser una unidad de nivel secundario, no es permitido el ingreso de pacientes por demanda espontánea.

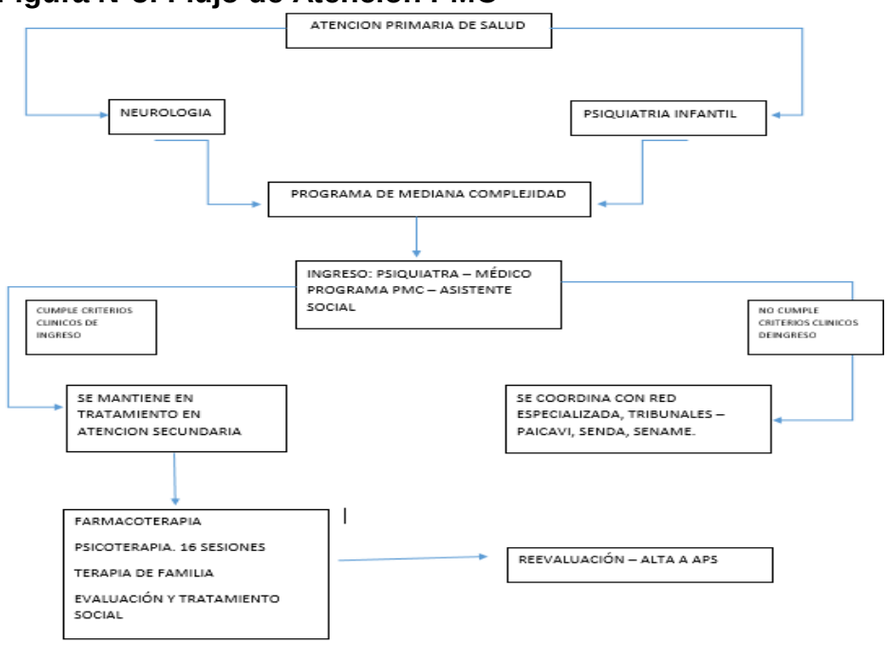
En lo que respecta a las interconsultas de derivación, estas son recibidas por el Médico Coordinador de PMC, la cual asigna hora para ingreso de paciente, ingresando la información en una planilla de Excel, y derivando el documento físico al área de SOME del Hospital Fricke, quienes son los encargados de hacer efectiva la citación de los y las pacientes. Luego, al momento de concretar la entrevista de ingreso, se adosa la ficha clínica a la interconsulta.

El paciente será recibido en esta primera entrevista, la cual se encuentra dirigida por una dupla compuesta por Médico Integral y Asistente Social, con una

duración de 45 minutos, entre los que se incluye la evaluación respecto al motivo de la consulta, la gravedad y pertinencia de continuar definitivamente en PMC o ser contra referidos a las unidades correspondientes (Psiquiatría Infantil, Neurología, APS). Una vez que se realiza dicha evaluación, y en caso de proceder, se asigna hora médica e interconsulta para psicoterapia efectuada por psicólogo.

A continuación, se presenta el Flujo de Atención del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica:

Figura N°5: Flujo de Atención PMC



(Fuente: Documentos de circulación interna PMC)

1.5. Patologías Abordadas

Tabla N°2: Patologías Abordadas por PMC

Patologías	Categorías	ratamiento
Patología psicoorgánica	Retardo Mental con Trastorno conducta	Médico-farmacológico Psicoterapia
Trastorno Ansiedad	- Trastorno ansiedad moderada - Trastorno ansiedad refractario - Trastorno Adaptativo severo - Trastorno de pánico moderado - Estrés post traumático	Tratamiento en APS: Médico-farmacológico Psicoterapia
Depresión	Depresión < 15 años	Médico-farmacológico Psicoterapia
Trastorno Vincular	- Trastorno vincular con trastorno conducta asociado a baja funcionalidad - Trastorno Conductual Intermitente - Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad	Médico-farmacológico Psicoterapia

(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

1.6. Trabajo Social en PMC

1.6.1. Objetivo de Trabajo Social en la institución:

Otorgar una atención integral, eficiente y eficaz a aquellos niños, niñas y adolescentes afectados/as por problemas de salud mental, procurando el desarrollo y/o restablecimiento de sus potencialidades para mejorar su calidad de vida, insertándolos o reinsertándolos en sus redes familiares, comunitarias y/o educacionales, con el fin de instaurar o restaurar dichas redes sociales, a través de la atención de choque o tratamiento social con un equipo multidisciplinario dentro de la institución.

1.6.2. Objetivo General de Intervención

Realizar una evaluación diagnóstica y un plan de intervención multiaxial, con el fin de ejecutar una intervención integral en los casos de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales, para así finalizar con una evaluación de la respectiva intervención.

1.6.3. Objetivos Específicos

- Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos sociales y culturales, tanto, en el diagnóstico de la situación de salud, como en la programación de sus actividades.

- Otorgar una atención integral a las personas que sufren diferentes diagnósticos o patologías psiquiátricas, así como también a sus familias.

- Contribuir a la instauración o restauración de las redes sociales y de apoyo a los pacientes y familiares, a fin de obtener un resultado óptimo en su tratamiento y calidad de vida.

- Identificar factores protectores y factores de riesgo que influyan en el trastorno psiquiátrico del niño, niña o adolescente.

- Gestionar los recursos que tengan por finalidad facilitar el tratamiento de las problemáticas asociadas al trastorno psiquiátrico que afectan al bienestar biopsicosocial del niño, niña o adolescente y de su familia

- Coordinar las diversas redes en que se insertan los usuarios/as y sus familias, principalmente en la interconexión de la red salud y red infancia (establecimientos educacionales, SENAME, Tribunales de Familia, Municipio, etc.).

- Solicitar medidas de protección en situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes ante los Tribunales de Justicia.

1.6.4. Rol de Trabajo Social en la Institución

Dentro de los roles desempeñados por Trabajo Social en el PMC y en base a lo señalado por el MINSAL (2018), es posible señalar que estos varían de acuerdo con las exigencias propias de cada caso particular. Es debido a lo anterior, que se refleja la ductilidad que requiere el o la profesional para el desarrollo de las diversas áreas, funciones y responsabilidades, ya que, el trabajo con NNA en Salud Mental, exige amplitud en cuanto capacidad profesional para de este modo otorgar una atención integral, que dicho grupo necesita. Por otro lado, es interesante destacar que el rol profesional funciona sobre la base de delimitación de los 3 procesos constitutivos del trabajo en el área de la salud mental: Estudio diagnóstico; Tratamiento/Rehabilitación; y Seguimiento de cada caso. La orientación de los procesos señalados apunta hacia los siguientes roles:

A) Implementador de Políticas Sociales

Centrado en la articulación de políticas ligadas al ámbito de la salud pública y la salud mental, a través de la ejecución de los programas y actividades programadas para ese fin. Dicho rol, se configura como un factor facilitador del acceso y de vinculación de los usuarios y usuarias para con los servicios y/o beneficios establecidos para alcanzar el mayor nivel de bienestar en las esferas mental, física y socio – familiar. Cabe destacar que un aspecto fundamental en dicho rol implementador consiste en la capacidad de generar condiciones de eficiencia que permitan maximizar los resultados con los recursos existentes, emanados desde el Ministerio de Salud.

B) Educador Social Informal

Orientado a la entrega de herramientas necesarias y suficientes a los usuarios y sus familias, para que estos logren desarrollar destrezas y habilidades, que les permitan resolver sus propias dificultades o problemáticas. Con esto, se logra generar un cambio de conducta positivo, que signifique una contribución a la elevación tanto de su condición como de su nivel de vida.

C) Investigativo

Abocado a la identificación y organización de los antecedentes familiares y sociales de los NNA y sus familias en el programa. Este se refleja a través de la

entrevista clínica social y la visita domiciliaria, en la cual, es posible, entre otras cosas, la individualización del usuario y su grupo familiar, y realizar una evaluación de aspectos como la previsión, los aspectos socioeconómicos y de vivienda, así como la detección de redes familiares, comunitarias e instituciones públicas o privadas. Además, el rol investigativo involucra la recopilación y análisis de las intervenciones realizadas, sus resultados, la historia del síntoma, la reorganización familiar a propósito del diagnóstico, entre otras variables.

D) Terapéutico

Consistente en la intervención directa de la dinámica familiar del paciente NNA y su familia, orientada a la generación de un plan de vida que permita sobrellevar la enfermedad o trastorno al interior de la familia. Por otro lado, el Trabajador o Trabajadora Social opera como mediador en el establecimiento de una relación directa y regular de los pacientes con su familia, para de esta manera, evitar la generación de daño adicional. Lo anterior, entendiendo el riesgo latente en el contexto familiar y comunitario, frente a lo cual, se buscan posibles soluciones que van desde un ingreso a residencias por despeje familiar; búsqueda de adulto idóneo para el cuidado personal del NNA; y análisis de posibles respuestas de la familia frente a problemáticas sociales.

E) Coordinador

Centrado en la coordinación y derivación a servicios entregados por la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil, además de los otorgados por otras instituciones, organismos o grupos externos.

Internamente, la coordinación es realizada a partir del trabajo interdisciplinario y multiprofesional realizado por el Trabajador y Trabajadora Social con los demás miembros del equipo de salud (Psiquiatras, Psicólogos, Médicos, entre otros). Desde el nivel externo, se orienta a la gestión, coordinación y la vinculación de los pacientes y familias con otras entidades con las que es posible acceder para de esta manera, otorgar tratamiento integral no sólo a la enfermedad, sino que a las problemáticas familiares y/o socioeconómicas asociadas a la patología o trastorno de base.

F) Asesoría, orientación, consultoría

Orientado al trabajo con los pacientes y las familias de estos, para orientaros en cuanto al buen uso de las redes sociales que les ayudarán a modificar su situación actual. Comprende el asesoramiento y orientación respecto

de la solución de problemas y/o necesidades a través de un uso adecuado de los servicios disponibles para dicho fin.

G) Gestor

Trabajo Social en cuanto intermediario entre pacientes e instituciones, deber clarificar y transparentar la mejor forma de hacer uso de los recursos del programa, los cuales apuntan hacia la facilitación del tratamiento de las problemáticas concomitantes con el diagnóstico y que significan un desmedro al bienestar biopsicosocial del NNA y la familia de este.

H) Gestor de Políticas Públicas

Consistente en un proceso inverso al señalado en el apartado del rol implementador de Políticas Públicas, ya que se centra en el trabajo desarrollado desde la comunidad, expresada en el trabajo de gestión intersectorial, dígase Atención Primaria y Mesa Tripartita, con el objetivo de incidir en la creación de nuevos marcos normativos y de Política Pública, elevándolos hasta el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, y este a su vez a nivel de Ministerio de Salud.

1.6.5. Trabajo Social como Eje de Coordinación Territorial

Al comprender al Trabajo Social como aquella profesión idónea en cuanto a la articulación de redes, permitiendo la facilitación del trabajo en red, además del cumplimiento de los objetivos comunes entre las diferentes instituciones y/o comunidades. De acuerdo lo anterior es que, el Programa de Mediana Complejidad ha desarrollado esta misión por medio de:

- La conformación de una Mesa Tripartita: Corporación Municipal de Educación-Salud-Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

- La articulación de Atención Primaria y el Nivel Secundario, por medio de las Consultorías, Club Multifamiliar y Escuela de Líderes.

1.6.6. Trabajo Social como Generador del Cambio Social a través del Empoderamiento de la Sociedad Civil

Dentro de las funciones que desarrolla la profesión dentro de la Unidad, es posible identificar el Trabajo social como generador del cambio, es decir, que plantea el cambio a través del empoderamiento de las comunidades. El Plan de Salud Mental determina diferentes intervenciones comunitarias que pueden ser llevadas a cabo por cualquier profesional del área de salud, con las Organizaciones Locales, Redes Comunales de Prevención, Organizaciones No Gubernamentales,

Privadas, Medios de Comunicación, entre otros. El objetivo primordial es estimular los factores protectores de las personas y comunidades, para que éstas puedan enfrentar los desafíos de la vida diaria, mejorando su capacidad para manejar el estrés y promoviendo redes de apoyo.

iv. CONTEXTO TEMÁTICO

De acuerdo a lo señalado por la institución, la necesidad del presente Proyecto de Título, consiste en la realización de un proceso de sistematización del Programa de Psiquiatría de Mediana Complejidad, con la finalidad de visibilizar realzar una propuesta de atención clínica basada en un modelo de atención integral en una unidad de psiquiatría de alta complejidad inserta en un hospital general, destacando sin duda la clara orientación y cumplimiento de los lineamientos de la psiquiatría comunitaria, donde integra de manera real a los usuarios, sus familias y las comunidades en las cuales se desenvuelve, devolviéndole a la sociedad su rol protector, además permite la gestión eficaz y eficiente de los recursos siempre escasos en los servicios de salud públicos, aumentando sin duda la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los usuarios de este programa. En términos operativos, el proceso de sistematización busca recoger las experiencias del equipo de trabajo en las 3 líneas de acción del programa: Línea de Abordaje Clínico; Línea de Fortalecimiento Institucional; Línea de Gestión de Redes o Comunitaria, lo anterior, con la finalidad de generar insumos que permitan visibilizar dicho trabajo, con miras hacia la construcción de un referente a nivel nacional, ya sea, en su estado actual, o con modificaciones que permitan subsanar las falencias que pudiesen emerger desde este análisis de experiencias y aprendizajes de los profesionales del programa, emanados desde la propia práctica de estos en cada una de las áreas de desarrollo del presente programa.

II. Capítulo Segundo: Ejes Conceptuales de Análisis

1. EJE CONCEPTUAL DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A modo de aproximación a la definición del presente concepto, es menester comenzar a partir de la gran influencia de las aportaciones del Ministro de Sanidad de Canadá Marc Lalonde en la comprensión actual de los determinantes sociales. Concretamente, en el año 1974 Lalonde crea un modelo de salud basado en la explicación de los determinantes sociales, que aún hoy, se encuentra vigente. El aporte de Lalonde se inspira en retomar el Modelo Holístico propuesto por Laframboise un año antes, en 1973, el cual se encarga de clasificar dichos determinantes sociales de la salud en 4 niveles (Ávila-Agüero, 2009):

Figura N°6: Determinantes Sociales de la Salud según Lalonde

(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

En el modelo recientemente expuesto, se plantea que la biología humana involucra todos aquellos aspectos ligados a la salud que tienen su origen en el individuo, dependiendo de la estructura y biología de cada persona, incluyendo la carga genética de cada individuo, así como su crecimiento, desarrollo y envejecimiento, y, por lo tanto, se determina como la causa principal de todo tipo de morbilidad y/o mortalidad, aun cuando en 1973 no se conocía la secuencia exacta del genoma humano.

En cuanto al medio ambiente, se establece que corresponden a todos aquellos factores externos al ser humano, frente a los cuales el individuo posee una incidencia mínima o nula, como, por ejemplo, la contaminación del aire, y factores psicosociales y socioculturales dañinos como la miseria y la hambruna.

Sobre los estilos de vida y conductas de salud, se establece que estos corresponden a un conjunto de decisiones del individuo para con su salud, donde, a diferencia del medio ambiente, este si posee algún nivel de control. De acuerdo con lo señalado por los autores entendidos en la materia, este determinante corresponde al de mayor influencia en la salud de las personas, incluye, por ejemplo, la alimentación, actividad física, conductas de riesgo, consumo, etc.

Finalmente, el cuarto determinante propuesto por Lalonde, consiste en la manera en la que se organizan los sistemas sanitarios, incluyendo la cantidad,

calidad, accesibilidad y financiamiento de estos sistemas de salud encargados de la atención de individuos y poblaciones, incluyendo la práctica de la medicina, la enfermería, hospitales, medicamentos, servicios públicos comunitarios de atención de salud y otros servicios de carácter sanitario (Caballero et al, 2012).

En el año 1991, Castellanos (como se citó en Ávila-Agüero, 2009) establece la interacción producida entre los determinantes de la salud con las condiciones de vida, señalando que corresponden a los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado. Lo anterior, entendiendo que dichas condiciones sociales de vida se traducen en impactos de salud (Wilkinson y Marmot, 2001).

En síntesis, el Informe Lalonde se configuró como una primera aproximación a los determinantes sociales a partir de su experiencia como Ministro de Sanidad de Canadá, sirviendo de base para la profundización del estudio de estos determinantes, llegando a la conclusión de la existencia de otros factores, distintos a la medicina y de la atención de salud, que son cruciales en la búsqueda de una población sana. A continuación, se detallarán 12 factores o determinantes de salud que indicen en la búsqueda de dicho estándar de población sana, declarando que pueden seguir evolucionando de acuerdo con el avance de las investigaciones en salud. (Barragán, 2007):

1) Ingreso y Estatus Social
2) Redes de apoyo social
3) Educación
4) Empleo/Condiciones de Trabajo
5) Ambientes Sociales
6) Ambientes Físicos
7) Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse
8) Desarrollo Infantil Saludable
9) Biología y Dotación Genética
10) Servicios de Salud
11) Género

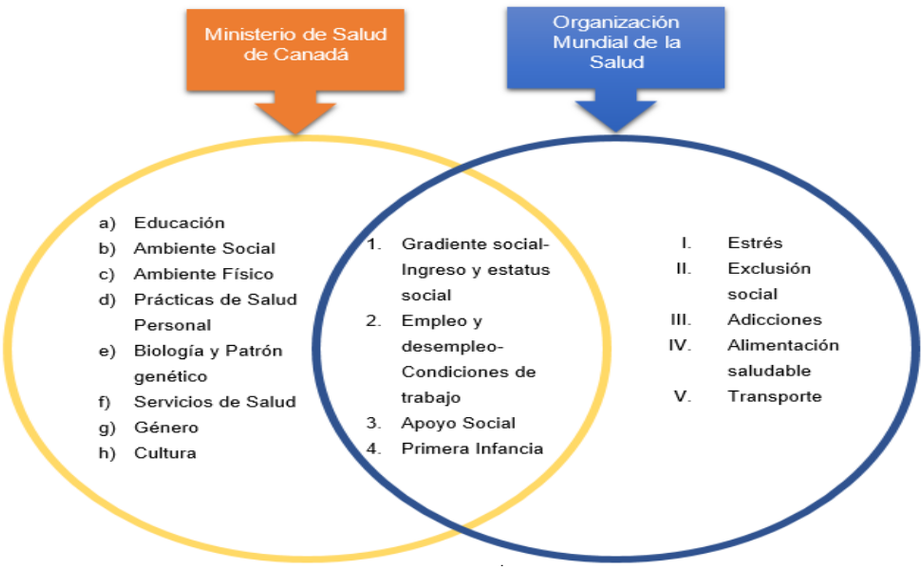
12) Cultura

Por otro lado, desde la OMS (2003), se publica la segunda edición del informe titulado "Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes", en el cual, se plantea que, si bien el cuidado médico podría prolongar la supervivencia y el diagnostico de determinadas enfermedades de carácter severo, son trascendentales las condiciones socioeconómicas que decantan en que las personas se enfermen y requieran atención médica, sin embargo, es justamente el acceso universal a la salud un determinante de salud. Otro hecho interesante de destacar es la nula presencia de factores genéticos en el informe, ya que estos obedecen condiciones individuales y particulares de cada sujeto, siendo las causas ambientales las generadoras de enfermedad, siendo asociadas a condiciones físicas, mentales y económicas, como se señala en las Condiciones de Salud propuestas por Wilkinson y Marmot (1999), que se detallarán a continuación:

1) Gradiente Social
2) Estrés
3) Infancia Temprana
4) Exclusión Social
5) Condiciones de Trabajo
6) Desempleo
7) Apoyo Social
8) Adicciones
9) Alimentación Saludable
10) Transporte

Una vez señaladas ambas corrientes explicativas y descriptivas de los Determinantes Sociales de la Salud, se presenta el siguiente cuadro, en el cual, se comparan ambos enfoques, centrándose, tanto en los puntos en común, como las características particulares de cada uno:

Figura N°7: Comparación Modelo Canadiense y Modelo OMS



(Fuente: Barragán, 2007)

Tras la presentación de la presente figura, se detallarán sus componentes de acuerdo con el planteamiento de Barragán (2007):

A) Gradiente Social – Ingreso y Estatus Social

El estatus dice relación con la posición en la sociedad que posee una persona en cuanto a las otras, además, determina el grado de control de estas sobre las circunstancias de vida, por lo tanto, la posición social alta y el nivel de ingresos, blindan a los individuos de la condición de enfermedad

La gradiente social consiste en la determinación sobre que mientras más bajo sea el nivel social, también lo es la expectativa de vida, siendo, además, de mayor frecuencia la aparición de enfermedades, es más, se establece que dichas personas, corren un riesgo mayor de hasta dos veces se contraer enfermedades serias o muerte prematura que aquellas personas que se posiciones en niveles superiores. Sin embargo, se establece que dicha gradiente es transversal a la sociedad en su conjunto, y se explica por causas materiales y psicosociales (OMS, 2005). Lo anterior, implica, entre otras cosas, una disparidad abismal entre ricos y pobres, siendo esto últimos, especialmente sensibles en su salud a causa del ambiente social. Por otro lado, al poseer un ingreso elevado, se adquieren ciertas capacidades, como el acceso a condiciones habitacionales óptimas, alimentación y una gama de necesidades básicas, teniendo así, un mayor control sobre su vida, lo cual, es esencial para alcanzar un nivel de salud adecuado.

B) Empleo y Desempleo – Condiciones de Trabajo

Las personas saludables son aquellas que poseen mayor control sobre su trabajo, el cual, no les presenta demandas de carácter estresante, por lo que viven más que aquellas que poseen condiciones de trabajo estresantes, que se catalogan como causa importante del deterioro de la salud. Dicha salud, se deteriora en la medida que no existen oportunidades para mostrar sus habilidades, sumado a que se posicionan con distancia de cualquier poder de decisión.

El desempleo y el empleo precarizado son factores que gatillan una salud deficitaria. El desempleo extendido en el tiempo se asocia con muerte temprana, así como también con un aumento en las tasas de suicidio y enfermedades al corazón, además de conflictos familiares, que desencadenan consecuencias en los aspectos psicológico y financiero. De forma inversa, la condición de seguridad laboral significa un incremento en el bienestar y la satisfacción laboral. La inseguridad laboral continua actúa como un estresor crónico, cuyos efectos se acentúan en la medida que el tiempo de exposición se prolonga (OMS, 2005).

C) Redes Sociales de Apoyo

Según la Agencia de Salud Pública de Canadá, una red social de apoyo implica, en primer lugar, poseer familia o personas significativas en los tiempos de necesidad, y, en segundo lugar, tener el convencimiento del valor propio en situaciones de apoyo para con otros que se encuentren en un estado de necesidad (Lalonde, 1974).

Contar con el apoyo de familiares y comunidades se asocia con buena salud, ya que se constituyen en relaciones de contención emocional, teniendo impacto a nivel emotivo, al nivel de salud física, la percepción propia de la salud, además de la manera en la cual los sujetos y sus familias hacen frente a la enfermedad. Por otro lado, en cuanto a la comunidad, se cuenta con el lugar de desempeño laboral, escuelas, iglesias establecen una relación recíproca de apoyo social al interior de las comunidades.

Se establece, según la OMS Europa (2003) que aquellas personas que poseen carencias en este aspecto son asociadas a un bienestar menor, siendo expuestas a trastornos como la depresión, o incluso, complicaciones durante la gestación e invalidez en cuadros crónicos.

D) Desarrollo Infantil Saludable

Las experiencias prenatales y aquellas vivenciadas en la primera infancia, poseen un efecto en el desarrollo de habilidades para desenvolverse de manera adecuada en la sociedad. Aquellos niños y niñas que nacen en familias de escasos recursos poseen una propensión a tener bajo peso al momento de nacer, consumir alimentos con un menor aporte nutricional, y experimentar dificultades sociales en su vida futura.

Para la OMS (como se citó en Barragán, 2007), al hablar de desarrollo infantil saludable, se define como

> Un estado de buena salud, que tiene que ver con una nutrición óptima, un desarrollo tanto físico, como mental y social acorde a su edad; una capacidad de establecer relaciones sociales efectivas con otros individuos, capacidad de manejar el estrés y un sentimiento de pertenencia y autoestima, además de un cierto grado de control sobre las elecciones de vida. (p.179)

Es decir, el nivel de salud que alcanza un adulto tiene que ver con los estadios de vida antes mencionados. Un retardo en el crecimiento y redes sociales que brinden apoyo emocional temprano, se configuran como un desmedro en las funciones físicas y las cognitivo – emocionales en el contexto escolar y vida adulta.

E) Educación

Estadísticamente, las personas que alcanzan mayores niveles de educación poseen más oportunidades de ser empleados en trabajos con elevado estatus social e ingresos estables. La educación incrementa las posibilidades de elección y oportunidades, brindando las habilidades requeridas para lograr identificar y resolver problemáticas en la esfera individual y grupal.

F) Ambiente Físico

Afecta la salud en el corto y largo plazo, ya que una buena salud dice relación con el acceso a agua apta para el consumo humano y alimentos. En cuanto al largo plazo, se señala que, si la economía crece en desmedro del medio ambiente y los recursos que de él emanan, significará un deterioro significativo en la salud. Para contrarrestar lo anterior, es necesario generar un medio ambiente sustentable, además de condiciones medioambientales propias del ser humano,

como el tipo de vivienda, la seguridad comunitaria y laboral, y el diseño vial, se catalogan como influyentes.

G) Ambiente Social

Valores y normas sociales generan influencia sobre la salud y bienestar de los sujetos en diversos niveles, tales como el reconocimiento de la diversidad, y la cohesión de la comunidad, otorgan contención que apalea o subsana muchos de los riesgos potenciales de una buena salud. Se determina que un bajo nivel de apoyo y escasa participación social impactan de forma nociva sobre la salud y bienestar de los individuos, grupos y comunidades.

H) Práctica de Salud Personal y Habilidades para cubrirse

La primera apunta a todas aquellas conductas realizadas de manera voluntaria, como el tabaquismo, régimen alimentario y actividad física. Las habilidades para cubrirse dicen relación con las formas de enfrentar un problema determinado, es decir, son el repertorio de recursos internos que las personas utilizan para entre otras cosas, prevenir la enfermedad, aumentar la confianza propia y manejar influencias externas.

I) Biología y Dotación Genética

Se definen como determinantes trascendentales de la salud, la carga genética de cada individuo condiciona el estado de salud de acuerdo con las respuestas individuales. Se declara que, en algunos casos, la carga genética posee mayor influencia que el contexto socioeconómico y ambienta, ya que predispone a enfermedades o problemas de salud.

J) Servicios de Salud

Contribuyen a la salud de las personas, en especial, aquellos que promueven y mantienen la salud, desde la prevención y restauración de la salud, e incluyen la prevención secundaria y terciaria.

K) Género

Orden socialmente determinado respecto de los roles, personalidad, actitudes, conductas y valores atribuidos a cada sexo, por sobre las diferencias evidentemente biológicas.

L) Cultura

Dice relación con la historia personal y factores de tipo socioeconómicos y geopolíticos y su importancia es la de determinar el modo en que las personas interaccionan con el sistema sanitario; participación en programas preventivos y de promoción; acceso a información de su salud; estilos de vida Saludables; y la comprensión del proceso salud – enfermedad.

Son aquellos valores dominantes los que definen el medio socioeconómico de las comunidades, por ende, existen ciertos grupos minoritarios que afrontan condiciones de riesgo de salud mayor, explicado por la marginación, devaluación de la cultura, lenguaje y acceso deficiente a servicios de salud apropiados.

M) Estrés

Factores estresantes que provocan que las personas se sientan preocupados e incapaces de superar, pueden causar muerte prematura. Mientras más baja sea la posición en la estructura social, más habituales se vuelven dichos problemas (enfermedades crónicas).

N) Exclusión Social

Se hace la distinción entre pobreza absoluta y relativa, siendo la primera, la carencia de necesidades materiales de vida, y la segunda a todas aquellas personas que perciben menos del 60% del ingreso promedio nacional. La exclusión es particularmente dañina durante la gestación y los bebés; además de niños y ancianos. En su conjunto, la pobreza y la exclusión aumentan los riesgos de divorcio, adicciones y aislamiento social.

O) Adicciones

El consumo de alcohol, drogas y tabaco está influenciado por el contexto social más amplio, estableciendo que las personas que consumen alcohol de forma problemática lo hacen a modo de mitigar el sufrimiento por las condiciones socioeconómicas, aun cuando dicha dependencia los hace descender aún más. Por otro lado, la carencia de una vivienda digna, ingresos bajos o desempleo, guardan una profunda relación con las altas tasas de tabaquismo, que además es la causa de mayor merma de los ingresos de las personas pobres.

P) Alimentación Saludable

La alimentación saludable es un problema político, ya que el mercado global es quien controla la provisión de los alimentos. Las condiciones socioeconómicas

condicionan la calidad de la dieta, incidiendo en las desigualdades de salud, ya que, las clases sociales se diferencian en la fuente desde la cual emanan los nutrientes. Por otro lado, según el MINSAL (como se citó en Caro, 2015), si bien la población chilena, en general, posee serias dificultades en el acceso a una dieta saludable y rica en nutrientes, existen ciertos mecanismos para paliar sus efectos, como la concientización de las personas sobre su propia nutrición, sumado a las redes de apoyo de los sujetos, se configuran como herramientas bastante efectivas para alcanzar la plenitud alimentaria y nutricional.

Q) Transporte

Se entiende transporte saludable como disminución de vehículos, reemplazándolos por caminatas y bicicletas, además del transporte público, lo cual, posee 4 formas de promoción de la salud según Barragán (2007):

- Ejercicio físico
- Reducción de accidentes con resultado de muerte
- Aumento del contacto social
- Reducción de la contaminación atmosférica

En adición a lo anteriormente señalado en cuanto al aporte de Lalonde en la comprensión y caracterización de los determinantes sociales en base a los planteamientos de Laframboise, en 1992, Göran Dahlgren y Margaret Whitehead crean un modelo explicativo de la manera en que las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones en diversos niveles de condiciones causales, desde el individuo hacia las comunidades, y también, a nivel de políticas de salud nacionales. De acuerdo con lo anterior, los Determinantes Sociales de la Salud según Dahlgren y Whitehead (como se citó en OMS, 2018) se definen como:

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo sus sistemas de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (extraído de sitio web de la OMS, 2018)

Figura N°8: Modelo de Influencia en Capas Dahlgren y Whitehead

(Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992)

En este planteamiento, los individuos se posicionan al centro de la figura, y se encuentran dotados de edad, sexo y factores de corte genético que de una u otra forma, inciden en el potencial final de salud de los individuos. En la siguiente capa se ubican las conductas personales y estilos de vida. Las personas que poseen ciertas carencias se configuran como proclives a la prevalencia de factores negativos como pueden ser el tabaquismo, o la mala alimentación, potenciada a su vez, por problemas financieros que les imposibilitan optar por un estilo de vida más saludable. Las redes sociales y comunitarias, las cuales influyen en las conductas personales a través de la influencia social entre pares. Sobre las redes comunitarias se ubican aquellos factores ligados a las condiciones de vida y de trabajo, entre los que es posible señalar la vivienda, educación, condiciones de agua y saneamiento, etc. Se declara que en este nivel las condiciones habitacionales precarias, condiciones de trabajo estresantes y la dificultad en cuanto al acceso a servicios, son generadoras de riesgos para los menos favorecidos de la sociedad. En la esfera superior del esquema, se ubican las condiciones económicas, culturales y medioambientales que prevalecen en la sociedad. Estas influyen y ejercen presión sobre cada una de las capas interiores. En otras palabras, y a modo de ejemplo, el modelo de vida que alcance una sociedad puede influir en la elección de una vivienda o trabajo, o sobre las interacciones sociales, hábitos, costumbres, ligadas al rol de la mujer en la sociedad o el trato a las minorías étnicas puede influir en su vida y posición económica, política y social.

Se recomienda que para avanzar hacia la reducción de la inequidad sanitaria entre y al interior de los países, se hace de cardinal importancia indagar en profundidad más allá de las causas inmediatas o evidentes, buscar las causas de las causas, es decir, buscar aquellos elementos subyacentes interconectados,

y abordarlos desde una óptica de política pública integral e integrada, adecuándose al contexto particular de cada país y región.

La labor de la comisión quedó plasmada en su informe final, del año 2008, en el cual, se proponen 3 recomendaciones generales para la mitigación de la influencia de los determinantes sociales en la salud de los habitantes de los países asociados (OMS, 2009).

1- Mejorar las condiciones de vida cotidianas

2- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

3- Medición y Análisis del Problema

En relación con la primera recomendación se señala que se encuentra dividida en 5 ejes, entre los que se cuentan:

Equidad desde el principio: Según cifras de la OMS (2009), se establece que al menos 200 millones de niñas y niños no alcanzan un desarrollo pleno, lo anterior, posee serias consecuencias en la salud y en la sociedad toda. Por ende, la preocupación y el énfasis en los primeros años de vida, sin lugar a duda contribuirá a la reducción de las inequidades. Para la concreción de lo anterior, la comisión solicita el establecimiento de un mecanismo interinstitucional que sea garante de la coherencia de las políticas en materia de primera infancia; la disposición de un stock de programas de calidad para niños, madres y dispensadores de atención; impartir enseñanza primaria y secundaria de carácter obligatoria y de calidad para todos los niños.

Entornos salubres para una población sana: El lugar de residencia afecta la salud y la posibilidad de vida próspera. Las condiciones de vida poseen una incidencia importante en la equidad sanitaria. Vivienda de calidad, agua potable y servicios higiénicos son derechos inherentes a la condición humana. En ese sentido, la comisión exige que se avance en la mejora de la disponibilidad y asequibilidad de viviendas, potenciando la mejora de los barrios precarios, priorizando el acceso a los servicios básicos; promoción de conductas de salud a partir de la equidad, alentando la actividad física, alimentación sana y disminución de delitos, por ejemplo, disminuyendo la cantidad de expendios de alcohol; Invertir en el desarrollo rural: tener la equidad sanitaria como finalidad en cuanto a las respuestas sociales y económicas del cambio climático y deterioro del medio ambiente.

Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno: Poseen efectos importantes dentro de la equidad sanitaria, en especial si son positivos, aportando a la posición social, el desarrollo y relaciones sociales y autoestima. Se sugiere que transformar en objetivos rectores de políticas sociales y económicas tanto a nivel nacional como internacional; formulando políticas orientadas a la generación de empleos de calidad debidamente remunerados, considerando el costo de la vida sana; políticas laborales internacionales como las de la Organización Internacional del Trabajo que brinden protección a los trabajadores y trabajadoras: mejorar las condiciones de trabajo de todos los trabajadores.

Protección social a lo largo de la vida: La protección social se configura como un indispensable para la vida, desde la infancia hasta la vejez. Además, se hace necesaria en determinados contextos no contemplados, como la enfermedad, discapacidad o pérdida del empleo. Extender la protección social a la población mundial, se configurará como un paso crucial en la meta de alcanzar la equidad sanitaria. Para ello, se solicita el establecimiento de políticas integrales de protección social, así como el fortalecimiento de las ya existentes; velar por que dichos sistemas incluyan a las personas que se hallen en precarias condiciones laborales, especialmente de quienes trabajan en sectores sin estructura, servicio doméstico o asistencia a terceros.

Atención de salud universal: El acceso a los servicios de salud es primordial para gozar de una buena salud y así, alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención, desaparecerán un porcentaje importante de oportunidades para mejorar la salud de las personas, ya que un gran porcentaje de las personas que caen en la pobreza se debe a su incapacidad de hacer frente a gastos asociados a las enfermedades, provocando consecuencias catastróficas en las familias. Se recomienda disponer de un sistema de salud basado en la equidad, prevención de morbilidad y promoción con cobertura universal, con énfasis en la salud primaria, independientemente de la capacidad de solventar los gastos de las personas.

En la segunda recomendación de la OMS (2009), se plantea que la inequidad en las condiciones de vida se encuentra determinada por estructuras y procesos sociales profundos. La inequidad se define como sistemática y como resultado de políticas y normas sociales que favorecen la distribución injusta del poder y la riqueza y la manera de acceder a ellos. Se plante desde la comisión que la equidad sanitaria se establezca como un criterio de evaluación permanente del actuar de los gobiernos; avanzar hacia un régimen de tipo impositivo y progresivo;

aumentar la ayuda mundial al 0,7% del Producto Interno Bruto; evaluar las consecuencias de los tratados económicos mundiales, regionales y aquellos bilaterales en cuanto a la equidad sanitaria; reforzar la predominancia del sector público en lo que respecta a la prestación de bienes y otros servicios básicos de la salud y control sobre aquello que daña la salud; promover desde la legislación la equidad de género; generación y financiamiento de una unidad especializada en equidad de género; inclusión de la contribución económica del trabajo doméstico, asistencia a terceros e iniciativas voluntarias a las cuentas del país; Garantía de representación de la sociedad en la toma de decisiones; permitir que la sociedad civil se organice y actúe en función de la promoción y el respeto de los derechos sociales que inciden en la equidad sanitaria; Convertir la equidad social en objetivo primordial de programas de desarrollo mundial de la ONU, usando indicadores de determinantes sociales para comprobar los progresos realizados de forma periódica.

En cuanto a la tercera recomendación planteada por la misma comisión, se establece que la acción sobre estos determinantes se vuelve eficaz en la medida que se posee acceso a datos básicos, como los registros civiles y programas sistemáticos de observación de las inequidades y los determinantes, además de mecanismos que garanticen la interpretación y utilización de dichos datos en la elaboración de políticas eficaces. Es primordial relevar la importancia de la formación y comprensión de los determinantes sociales en esta materia.

Los actores: Se brinda apoyo a la función central de los gobiernos y sector público, sin embargo, se establece la necesidad de colaboración de organismos mundiales, autoridades nacionales y locales con la sociedad civil y comunidades investigativas, además de la incorporación del sector privado.

Organismos multilaterales: Se solicita un cierto nivel de coherencia desde la intersectorialidad en cuanto a la incidencia en la elaboración de políticas públicas y ejecución de intervenciones proclives al aumento sostenido de la equidad sanitaria. Se pide a los organismos tanto especializados como a los de financiamiento ciertas condiciones como el convertir a la equidad sanitaria en un objetivo común, a través de indicadores comunes para el seguimiento; velar por aumentar la ayuda y alivio de la deuda, con la finalidad de ejecutar acciones coherentes en cuanto a los determinantes sociales; favorecimiento de participación equitativa entre los estados miembros y otras organizaciones interesadas en la incidencia en políticas mundiales.

OMS: Se sugiere potenciar la función de directriz de la acción sanitaria a través de la adopción de una función rectora que facilite el desarrollo de acciones, velando por la coherencia entre las políticas de los organismos del sistema multilateral; facilitar apoyo en el planteamiento de objetivos de equidad sanitaria, realizando procesos de seguimiento de acciones realizadas en cada país; robustecer capacidad en cuanto a los determinantes sociales de la salud.

Autoridades nacionales y locales: Se establece que las intervenciones en materia de determinantes y equidad sanitaria sean respaldadas desde el sector público, que debe poseer capacidad de decidir, apoyada en principios como la justicia, participación y de colaboración intersectorial, dando como resultado, la coherencia de las políticas implementadas, procesos de intensificación de medidas promotoras de equidad y financiamiento.

Sociedad Civil: Desempeña un rol fundamental en las intervenciones en los determinantes, tales como, la participación en las políticas, así como en la planificación de los programas y la evaluación de estos.

Sector privado: Influencia sobre la salud y bienestar a través del aumento de la responsabilización, inversiones y procesos de investigación de la mano del sector público.

Instituciones de investigación: Conocer la situación sanitaria en la esfera mundial nacional y local en cuanto a los pasos a seguir en función de la mejora de la situación actual, con el objeto de determinar las medidas de eficacia para subsanar las inequidades sanitarias. Versan sobre la generación de conocimiento sobre los determinantes y realizar un proceso de difusión de dicho conocimiento.

1.1. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano.

En relación con el planteamiento anterior respecto de los Determinantes Sociales de la Salud, la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner resulta especialmente útil a modo de profundización de los procesos de influencia en distintos niveles, tal y como se propone en los modelos de Determinantes Sociales de la Salud revisados de forma detallada anteriormente.

Según Bronfenbrenner (1979), el ambiente ecológico corresponde a un conjunto de estructuras seriadas donde cada una cabe dentro de la siguiente, tal y como ocurre con el caso del modelo de influencia en capas de Dahlgren y Whitehead adoptado por la Organización de la Salud. En el nivel más interno de dichas estructuras, se ubica el entorno más inmediato en el cual se desenvuelve

la persona en desarrollo, el cual, corresponde a su hogar o su clase. El siguiente nivel, se ubica desde una perspectiva más amplia ligada a las relaciones existentes entre estos entornos. Estas interconexiones pueden ser cruciales en cuanto al desarrollo, tanto como aquello que sucede al interior de cada entorno individual, a modo de ejemplo, el autor señalado plantea lo que es posible que la capacidad de un niño o niña para aprender a leer tiene que ver con el origen y existencia de un lazo que lo una tanto a su escuela como a su propio hogar. El tercer nivel, trasciende hacia un nivel superior, enfocado en las consecuencias negativas en el desarrollo que sufren las personas provocadas por entornos en los cuales la persona no posee presencia siquiera, por ejemplo, las condiciones de los empleos de sus padres y madres. Al mencionar estos tres niveles, es pertinente señalar que, en toda cultura o subcultura, mientras los entornos de una clase particular tienden a parecerse, los entornos entre culturas tienden a denotar diferencias sustanciales. Lo anterior, implica que, de una u otra forma, cada sociedad pareciera tener una forma particular de organizar cada tipo de entorno.

De esta manera, la capacidad de un entorno (hogar, escuela, centro de salud, trabajo, etc.) para funcionar de manera eficaz como un contexto que propicie el desarrollo, dependerá de la existencia de la naturaleza de las interconexiones sociales entre los entornos, lo cual involucra la participación conjunta, comunicación eficiente entre estos y la información correcta de cada entorno respecto del otro. Lo anterior, involucra un proceso de radical importancia; las llamadas transiciones ecológicas, es decir, cambios de rol o de entorno, que ocurren a lo largo de todo el ciclo vital. La importancia de estas transiciones para el desarrollo tiene que ver con la implicancia de estas en un cambio del rol de las conductas ligadas a una determinada posición social. Este principio se valida tanto para las personas en desarrollo como para las demás personas implicadas en ellas.

De esta manera, la Ecología del Desarrollo Humano, según Bronfenbrenner (1987) se define de la siguiente forma:

> Comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. (p.40)

Desde la definición anterior, es posible destacar 3 ámbitos importantes de declarar:

A) La persona en desarrollo no es considerada meramente una “tabula rasa” en la cual el ambiente tiene repercusiones, sino más bien como una entidad creciente y dinámica, que se adentra de forma progresiva, tratando de reestructurar su medio.

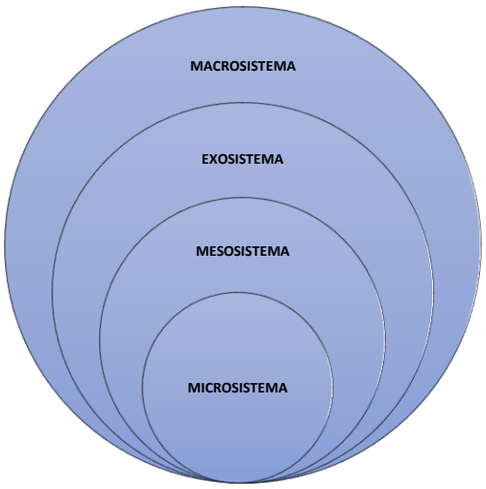
B) Se parte desde la consideración de que el proceso interaccional entre la persona y el ambiente en el que se desenvuelve es recíproco, ya que el ambiente influye en la persona y se requiere un proceso de mutua acomodación. Por tanto, esta interacción se encuentra caracterizada por la reciprocidad de la relación persona – ambiente.

C) El Ambiente, en su condición de importancia para el desarrollo, no se ve limitado a un entorno inmediato, sino que incluye los procesos de interconexión entre estos y aquellas influencias externas de los entornos más amplios.

Siguiendo esta lógica, en cuanto al desarrollo infantil, desde los postulados de Bronfenbrenner (como se citó en López & Guaimaro, 2015), el Modelo Ecológico permite la comprensión de todos aquellos factores que intervienen en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, ya que implica un proceso transaccional, es decir, a través del entendimiento de la influencia recíproca entre el individuo y el ambiente físico y social, generando ajustes en ambas direcciones.

Como se mencionó, la estructura seriada del ambiente ecológico, que implica la contención de cada capa a su par anterior, a continuación, se expondrán los componentes de tal ambiente:

Figura N°9: Modelo Ecológico del Desarrollo Humano.



(Fuente: Bronfenbrenner, 1979)

Microsistema: Corresponde a un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Dentro de dicha definición, las acepciones *actividad, rol* y *relación interpersonal,* son los componentes del microsistema.

Mesosistema: Incluye la interrelación entre dos o más entornos en los cuales la persona en desarrollo participa de forma activa, y es, por tanto, un sistema de microsistemas. Este tipo de sistema de crea o se fortalece en la medida en que la persona ingresa a un nuevo entorno, como, por ejemplo, los niños y niñas al entrar a la escuela. En cuanto a las interconexiones, se establece que estas pueden adoptar múltiples formas, como las otras personas que juegan un rol activo en ese entorno.

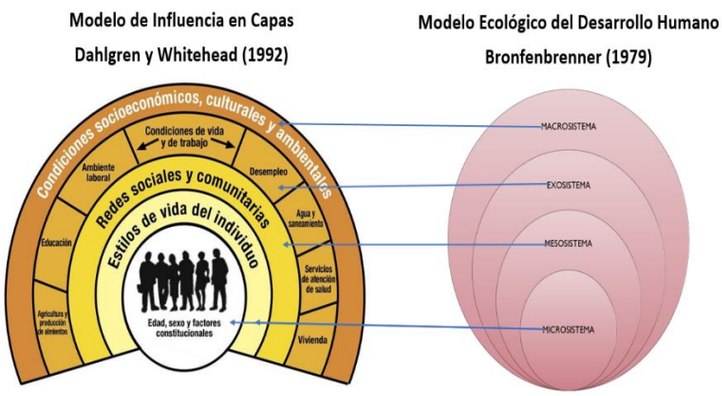
Exosistema: Referido a uno o más entornos donde la persona no posee un rol activo, pero que, sin embargo, en ellos se producen circunstancias que inciden en el entorno de la persona en desarrollo, o que estas se ven afectadas por lo que ocurre a su alrededor.

Macrosistema: Centrado en las correspondencias de forma y contenido de los sistemas inferiores que existen o podrían existir a nivel subcultural o cultural de forma total, además de cualquier sistema de creencias o ideológico que las sustente.

Tras la presentación y posterior explicación del Modelo Ecológico, se presenta la siguiente figura, que intenta reflejar las posibles semblanzas entre el

Modelo de Influencia en Capas de Dahlgren y Whitehead (1992) y el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), con la finalidad de generar una complementariedad entre ambos modelos. A saber:

Figura N°10: Comparación Modelo de Influencia En Capas y Modelo Ecológico



(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

En relación con lo observado en la figura precedente, es posible señalar la posible relación o semblanzas entre los modelos señalados, en cuanto al proceso de influencia entre los diversos niveles de capas o sistemas, que estos descansan en los siguientes postulados:

A) Microsistema – Edad, sexo y factores constitucionales/Estilos de vida del individuo

En cuanto al nivel más profundo, es pertinente señalar que ambos descansan en aquellos factores del entorno más próximo de las personas en desarrollo, como sus condiciones biológicas, de género y factores ligados al aspecto genético de cada persona, y por otro lado, los estilos de vida de estos, los cuales, a su vez, se ven influenciados por aquel entorno más próximo al sujeto, como lo es la familia y el hogar, entendiendo a la familia como el agente socializador primario, por ende, desde el cual se replican muchos patrones valóricos y culturales. Todos estos factores, condicionan la manera en la cual influyen los siguientes niveles.

B) Mesosistema – Redes sociales y comunitarias

En el nivel directamente superior a los estilos de vida, se sitúan las redes sociales y comunitarias en las cuales se desenvuelven las personas en desarrollo, que se configuran como aquellos entornos en los que estas poseen participación

plena, generando procesos de interacción e influencia mutua entre diversos microsistemas. A modo de ejemplo se puede mencionar la incorporación del individuo a una nueva fuente laboral, o la inscripción en la Junta de Vecinos. En esta interacción mutua, implica no que no sólo se influye la persona por el hecho de ser incluido en un nuevo entorno, sino que tiene relación con la influencia que pueden tener las demás personas que participan activamente del mismo ambiente en relación con el entorno más próximo de cada miembro de este nuevo escenario.

C) Exosistema – Condiciones de vida y trabajo

Se establece que dentro de las condiciones de vida y trabajo, existen ciertos factores, que si bien, influyen en la vida de la persona en desarrollo, no dependen exclusivamente de él, o dicho de otra manera, no es partícipe directo de él, como por ejemplo, el ambiente laboral o las condiciones de los sistemas de salud, lo cual, tiene repercusiones en los sistemas internos, ya que, si existe un mal clima laboral o el sistema de salud no es eficiente en la promoción, prevención y tratamiento, difícilmente la persona podrá desarrollarse de forma normal.

D) Macrosistema – Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

Se ubica en la cúspide de los procesos de interacción de los diversos entornos en los cuales se desenvuelve la persona en desarrollo, y obedecen a causas de tipo estructural, como la situación socioeconómica que posea el individuo, o los valores culturales que sustentan esa manera particular de influencia que pueden tener estas condiciones en los 3 niveles anteriores. Su característica mayor, es que no dependen de la persona por sí sola, y debido a su magnitud son difíciles de abordar desde la cotidianidad, por ende, determinan el curso de los entornos más próximos a las personas en desarrollo.

2. EJE CONCEPTUAL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud entiende salud mental como "un estado de bienestar en 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, 2013). Desde la definición anterior se establece a la salud mental como un factor crucial en el bienestar del sujeto, su familia, un grupo o comunidad. Complementando lo anterior, el Ministerio de Salud chileno, a través de una adaptación desde el Ministerio de Sanidad de Canadá (como se citó en MINSAL, 2018), define la Salud Mental como aquella:

> Capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí, y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Ministry of Supply and Services Canada, 1988, citado en MINSAL, 2018, p.31).

La definición recientemente expuesta, aporta el concepto de bienestar subjetivo a través del fortalecimiento de los vínculos con redes.

Tras esta breve contextualización de la salud mental, el presente apartado, corresponde definir, en términos operativos lo que se entenderá por Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, frente a lo cual, el Ministerio de Salud declara lo siguiente:

> Surge en contraposición al Modelo Asilar, incorporando a la atención de las personas con enfermedad mental, el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad. Comprende que reconocer y abordar las necesidades de esta población con un enfoque integral, determinará positivamente la evolución de su enfermedad y su bienestar. Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, el no resguardo y ejercicio de sus derechos ciudadanos, complejizan y cronifican el proceso de recuperación. Estos determinantes sociales requieren ser considerados en la atención y cuidado de toda persona que tenga un trastorno mental, el no hacerlo impactará aspectos como la adherencia y continuidad del tratamiento, la

> evolución de la enfermedad y su calidad de vida (citado en MINSAL, 2017, p.38).

Este modelo posee su principal foco en la persona que padece un trastorno mental severo y persistente en el tiempo, su familia y el impacto de dicho trastorno tiene en su entorno y sobre de qué manera este contexto puede ser un factor que contribuya a la recuperación de la persona, favoreciendo la inclusión social y la provisión de aquellas condiciones tendientes a contribuir al pleno ejercicio de sus derechos y su bienestar socioemocional. A partir de lo anterior, se destaca lo señalado por el MINSAL (como se citó en Grandón Fernández, Dredsner Vicencio, Sanhueza Vallejos y Vaccari Jiménez, 2016), el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría promulgado por el MINSAL (2001), orienta los lineamientos y valores para la definición de una política pública en Salud Mental, a través del establecimiento de la Red de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, con una impronta biopsicosocial, territorial y comunitaria, orientada al mejoramiento de la calidad de vida de individuos con diagnóstico psiquiátrica, tanto en su tratamiento y rehabilitación, como en la inclusión social, y es en este último tópico, que resulta relevante lo señalado por la Organización de las Naciones Unidas (citada en Grandón Fernández et al., 2016) en cuanto a la necesidad de generar intervenciones contra el estigma, desde un enfoque de Derechos Humanos, entendiendo al estigma como una práctica opresora

Desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017 – 2025, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, define lo comunitario como

> Aquellas prácticas de intervención que reflejan interacciones entre las diversas redes sociales que constituyen la vida de un barrio específico. Implica que la atención de salud mental se encuentra inmersa y toma rol participante en la compleja realidad comunitaria, localizando recursos y creando alianzas para la salud mental de la población. (OPS-OMS, 1992, citado en MINSAL, 2018),

permitiendo así, comprender lo trascendental que puede llegar a ser el contexto en un proceso de recuperación, favoreciendo la inclusión social y proveyendo condiciones para el ejercicio pleno de derechos.

Asimismo, el modelo señalado, alcanza un nivel de integración y de complementariedad con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que, dentro de sí, aborda también la salud mental, desde el punto de vista de aquellos trastornos leves que no requieren de atención especializada

desde sus múltiples aristas. Ambos modelos coexisten y se interrelacionan de manera dinámica en salud mental, partiendo de la base del reconocimiento de las personas como pertenecientes a un grupo familiar y a una comunidad, desde la óptica de la integralidad, la territorialización, el ejercicio de Derechos Humanos y la continuidad de los cuidados en un sistema integrado de atención. Estos modelos comprenden a la salud como un bien social y a la red de salud como una acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y el intersector. Dichos modelos promueven una relación de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad, siendo posicionados en el centro de la toma de decisiones, ya que se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, cuyos miembros son activos en el cuidado de su salud (Ministerio de Salud, 2013).

Por otro lado, se destaca que para ambos modelos, la participación social, en específico, en el empoderamiento y organización de los usuarios y las familias de estos es fundamental en la co-construcción de un abordaje integral tanto individual como colectivo, en el cual las personas son sujetos activos dentro de su propia recuperación y manejo de su enfermedad en el tiempo, y de impulsar estrategias y acciones tendientes a la disminución progresiva y sostenida del estigma social que pesa sobre aquellas personas diagnosticadas con algún trastorno o enfermedad mental.

El modelo se inspira en 3 principios generales que se encuentran relacionados entre sí:

A) Trabajo en Red:

El establecimiento de una red no radica en los dispositivos que la constituyes, sino que se ubica en los procesos relacionales entre profesionales de las diversas instituciones que la componen. Bajo esa lógica, cada miembro debe generar aportes de cada a un sujeto con necesidades de cuidados específicas, a través de una red de salud coordinada con diversos sectores desde una óptica de horizontalidad, ya que, la red de salud no es exclusiva jurisdicción de sistema de salud, sino que también de un sistema social ampliado, desde el cual cada sujeto se construye.

B) Abordaje de la Psicopatología:

Emanada desde un modelo de sujetos de relación, es decir, la atención de salud mental debe ir más allá de los síntomas de la patología, entendiendo que el

sujeto pertenece a un entramado vincular con otros, desde el cual se construyen. A partir de aquello, se establece que la sintomatología no puede ser desagregada de la persona en un espacio de tiempo determinado, o desde su historia de vida y entorno más próximo.

C) Gestión Clínica:

Entendida como el proceso de la toma de decisiones, obteniendo a su vez, mayores índices de autonomía tanto para los profesionales, como para los usuarios, que apuntan a la generación de institucionalidad con características de flexibilidad y participación. Por ende, la gestión clínica debe centrarse en la consecución de objetivos ligados a la eficiencia y la eficacia a través de la conformación de equipos de acuerdo con perfiles de competencia.

2.1. Bienestar Subjetivo

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012), el bienestar y malestar subjetivos son catalogados como expresiones de evaluación moral y práctica reflexiva que los individuos realizan sobre sí mismos, en su relación con otros, y con el mundo de acuerdo con sus referentes e intereses propios. Estos estados, implican un proceso de "darse cuenta de sí", ya sea de forma positiva o negativa en base a su autoimagen, la imagen de otros y del mundo en el cual se encuentran insertos.

Sobre la definición de Bienestar Subjetivo, se destaca el planteamiento de Casas (citado en Oyanedel, Alfaro & Mella, 2015), quien declara que este bienestar dice relación con un componente psicosocial de la vida de las personas, que se construye a partir de la percepción que estas poseen sobre sus condiciones de vida, entre las que se mencionan las económicas, sociales, de salud, etc. Desde esta perspectiva, el bienestar subjetivo es un fenómeno complejo que se construye en base a referentes individuales y aquellos de orden social (PNUD, 2012):

El **Bienestar Subjetivo Individual,** resultante de la evaluación cognitiva – emocional positiva que realiza el individuo de la imagen de sí, en función de sus referentes. Es un espacio de evaluación reflexiva y emocional.

Por su parte, el **Bienestar Subjetivo con la sociedad**¸ corresponde a un estado subjetivo resultante de la evaluación de las oportunidades otorgadas por la sociedad para la realización de la autoimagen. Al tener una imagen positiva y una sociedad en la cual el individuo percibe que su entorno lo habilita para desarrollar

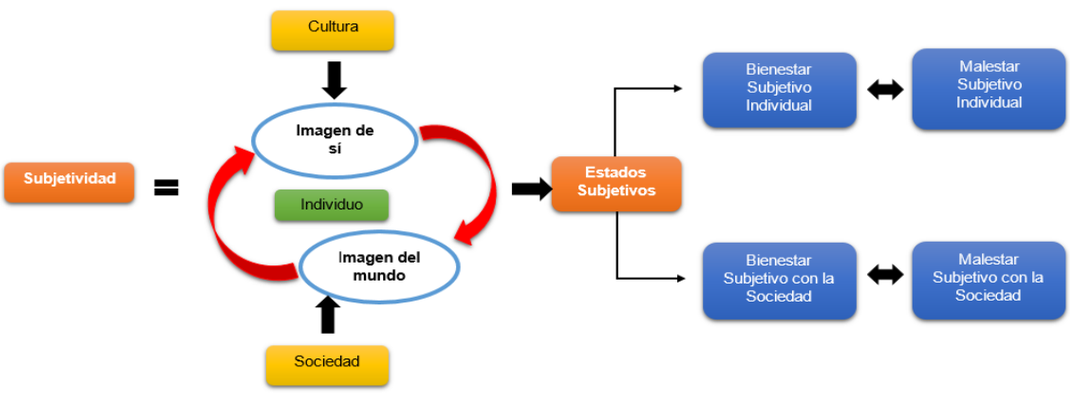
su imagen. Cuando sucede esto, el individuo alcanza un nivel óptimo de bienestar subjetivo global.

En contraposición a lo señalado, la PNUD (2012), establece que el **Malestar Subjetivo Individual** se cataloga como una experiencia negativa de sí, materializada en insatisfacción, tristeza, sufrimiento, entre otras. Se realiza un cuestionamiento de la vida individual. Una característica propia consiste en la auto atribución de responsabilidad en las causas de una deficiente imagen de sí.

Finalmente, el **Malestar Subjetivo con la sociedad** se entiende como la expresión de una experiencia negativa que surge a partir de la percepción del truncamiento de las posibilidades de realizar la imagen deseada del individuo en el mundo, llevando a situaciones de frustración, indignación y descontento, etc. Se daña la imagen del mundo, ya que la sociedad deja su postura de soporte para afirmar la imagen de sí, siendo está a la que las personas le atribuyen los problemas para la autorrealización.

En la siguiente figura, se sintetizan los principales ejes del Bienestar subjetivo:

Figura N°11: Subjetividad y Estados Subjetivos



(Fuente: Adaptado de PNUD, 2012, p.107)

2.2. Capital Social

El término hace referencia a aquellas normas, instituciones y organizaciones que propician la confianza, la ayuda recíproca y la cooperación. El paradigma señala que, al establecer relaciones estables de confianza, reciprocidad y cooperación se pueden obtener 3 beneficios (Durston, 2000):

Reducción de costos transaccionales;

Producción de bienes públicos;

Facilitación de la constitución de organizaciones de gestión efectivas, de actores sociales y sociedades civiles saludables.

A partir de las definiciones clásicas, es posible evidenciar la presencia de factores coincidentes en 2 aspectos fundamentales:

Se entiende al Capital Social como un recurso, o, al menos, una forma de acceder a ellos, que, al adicionarle otros factores, genera una serie de beneficios para sus acreedores.

La forma específica de Capital apunta hacia las relaciones sociales.

Según Robert Putnam (citado en Urteaga, 2015), destacado cientista político, el Capital Social se entiende como todos aquellos "aspectos de las organizaciones sociales, tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la acción y la cooperación para beneficio mutuo" (p.58). Sin embargo, dicha conceptualización de capital social encontró muchos detractores, que señalaron que la definición hecha por Putnam era vaga, y que, por ello, conduce a situaciones de confusión. Además, se declara que, en el planteamiento clásico, se omiten los recursos materiales que cada comunidad posee, y se pasa por alto la historia de décadas de dominación. Por otro lado, se ha acusado a Putnam de caer en explicaciones de carácter tautológico sobre la definición operacional del capital social planteado por él.

En base a la serie de críticas hacia la Teoría del Capital Social, en 1998, Portes genera el planteamiento de la existencia de 2 formas específicas de Capital Social: Individual y colectivo o comunitario. En primera instancia, el capital social individual está latente en las *relaciones sociales* en base a la *confianza y reprocidad*, la cual se extiende a través de redes egocentradas. Por otra parte, el capital social colectivo se manifiesta en *instituciones más complejas*, con contenido de *cooperación y gestión*. En relación con el concepto de institución se entenderá como el sistema de normas y de relaciones sociales estables que resultan de las interacciones en un grupo de personas, y que tienden a producir la satisfacción de necesidades de algunos o de todos ellos, a un costo menor que en forma individual, o que sería imposible de producir de otra manera.

Por consiguiente, el capital social individual es propiedad solo de quien puede beneficiarse de ello, en cambio, el capital social comunitario no es propiedad de nadie, pero contribuye al beneficio de la totalidad del grupo. Sin embargo, a pesar de la existencia de ciertas diferencias de capital social, estas

dos tipologías se traslapan, puesto que, el capital social es eminentemente comunitario, debido a que las instituciones de cooperación y cogestión emergen como resultado que se da de manera frecuente en las diversas interacciones de estrategias individuales. Dicho de otra forma, el capital social comunitario emerge de todas aquellas acciones de agentes individuales para maximizar su capital individual.

Asimismo, las instituciones más complejas de capital social comunitarios se transforman en el marco regulatorio del capital social individual, donde se produce un debilitamiento como una retroalimentación del capital social comunitario, producto de estas estrategias individuales de fortalecimiento ego-centradas. Finalmente, es posible identificar otras formas de capital social: los grupos (forma de capital social especial de tamaño intermedio entre los dos tipos anteriormente señalados) y el capital social externo a la comunidad que permite coordinar la sociedad mayor con el Estado.

Por otro lado, si se entiende al Capital Social como un flujo, es posible aseverar que este puede generarse, o a lo menos, instalar las condiciones idóneas para hacerlo posible, obteniendo resultados positivos en un corto plazo.

2.3. Redes Sociales

Según Dabas (como se citó en Dabas y Perrone, 1999), una Red Social se puede definir de la siguiente manera:

> Implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. (p.3).

De acuerdo con la definición otorgada, es posible, entonces, señalar que, en relación con la satisfacción de necesidades de los miembros de la comunidad, que esta se realiza en base a la solidaridad y los principios de la autogestión.

En relación con la red, esta es entendida como un conjunto de grupos, organizaciones e individuos, los cuales establecen relaciones e intercambio continuamente, con el objetivo de alcanzar metas comunes de manera colectiva y eficiente. El objetivo común de los miembros de la red se constituye como la razón de ser de esta; es o que articula y convoca a los diferentes actores sociales.

Con todo, una red social corresponde a un espacio de trabajo en donde se potencia y propicia el intercambio y reciclan experiencias, en donde se construye un tejido social humano que promueve una participación no jerárquica, sino que horizontal, además de producirse y permitir el establecimiento de relaciones e intercambio en múltiples direcciones.

Por lo tanto, es por medio de la red social que, sus integrantes pueden acceder a un sinfín de beneficios, tales como incrementar niveles de información, adquirir nuevos conocimientos, establecer relaciones sociales, ampliar y estrechar vínculos. Por esta razón es que se hace indispensable la comprensión del individuo en conjunto con su tejido social, debido a que está obligado a establecer y ser parte de una red, producto de una dependencia funcional con otros individuos, ya sea de manera directa o indirecta.

1.4. Intersectorialidad

La organización Mundial de la Salud (citada en OMS, 2015) entrega una interesante definición respecto al concepto de intersectorialidad, definiéndolo como:

> Un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita los efectos negativos para la salud de las políticas públicas, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. (p.1)

Por lo tanto, la intersectorialidad, como forma de trabajo participativo y descentralizado, se constituye como una forma plausible para dar respuesta efectiva para los problemas de salud que acontecen en la actualidad.

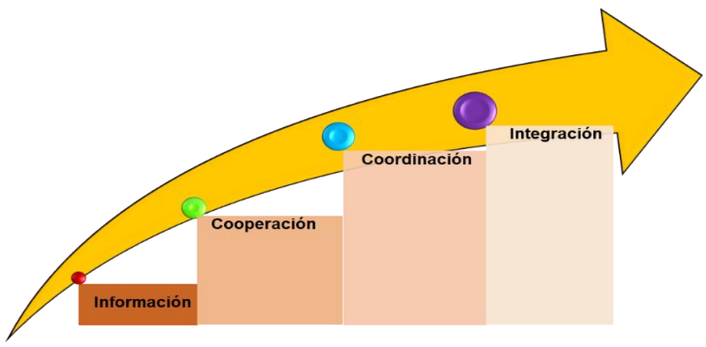
Según Castell-Florit Serrate & Gispert Abreu (2018), un punto interesante de destacar de este trabajo intersectorial dice relación con la promoción del empoderamiento de directivos de instituciones públicas y privadas, además de los líderes comunitarios, entendiendo que la constitución de alianzas para la acción colectiva permite alcanzar un óptimo nivel de salud en la población

Respecto a ello, y en relación con lo expuesto por la OMS (como se citó en MINSAL, 2017), el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, establece como objetivo lo siguiente:

> Generar estrategias colaborativas entre el sector salud, otros sectores del Estado y de la Sociedad Civil, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgos y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales. (MINSAL, 2017, p.145)

Por otra parte, es posible identificar distintos grados de colaboración intersectorial, los cuales se presentan en el siguiente esquema:

Figura N°12: Grados de Colaboración Intersectorial



(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

1. **Información:** forma parte del primer nivel de intersectorialidad, en donde el proceso de construcción de un lenguaje común es fundamental para lograr el diálogo y el entendimiento en relación con la lógica de trabajo e identificar aspectos comunes y/o complementarios o importantes para llevar a cabo un trabajo en conjunto.

2. **Coordinación:** por medio de una relación de cooperación, se busca optimizar las acciones de cada sector. Dicha relación de cooperación puede crecer paulatinamente, desde una cooperación incidental, causal o reactiva hasta acciones estratégicas orientadas a solucionar las problemáticas que pueden ser determinantes para la salud. Este tipo de acciones se orientan a etapas de ejecución implementación de políticas o programas y no en su formulación.

3. Cooperación: se basa en las relaciones basadas en la "coordinación", donde el trabajo en conjunto involucra adaptar las políticas y programas a los intereses de cada sector. Apunta a una red de trabajo horizontal, con instancias formales de trabajo y con una fuente de financiamiento compartido. Loa anterior es de radical importancia, debido a que, para crear sinergias, es necesario tener una visión panorámica de los temas o problemas comunes, sobre todo cuando se desea desarrollar una acción intersectorial. Además, de determinar la planificación y distribución de tareas entre los sectores y la responsabilidad de estos.

4. Integración: corresponde al nivel superior, el cual implica la definición de una nueva política o programa junto con otros sectores los cuales representan los intereses y necesidades en la definición de esa política o programa. De esta manera, la acción intersectorial se manifiesta no solo en el proceso de ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino que también durante el proceso de formulación y financiamiento.

3. EJE CONCEPTUAL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

3.1. Trabajo Social en Hospitales y Centros de Especialidad

Según la Comisión de Trabajo Social y Salud (2018), Trabajo Social ha sido partícipe de los equipos de salud secundaria, generando aportes en las áreas de recuperación, rehabilitación y reinserción social de pacientes con patologías complejas. Lo anterior, a través de la integración de la profesión en equipos multidisciplinarios, incorporando la dimensión social a través de la identificación y el tratamiento de aquellos factores que desencadenan el problema de salud, o las consecuencias a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria provocadas por dicho problema de salud. Sobre ello, García (como se citó en

> En esa vertiente interdisciplinar de la intervención, el trabajador social traslada otros componentes como el contextual, el relacional, el cultural o el económico, a la interpretación psicologista y biomédica, a fin de ofrecer un análisis global de la situación del paciente (García, 2004).

Por lo anterior es que, se necesita una articulación permanente con redes significativas de las y los usuarios que se encuentran hospitalizados, con la finalidad de lograr una continuidad adecuada de sus cuidados, puesto que tiene un impacto significativo en el tratamiento sanitario y el alta de la hospitalización.

En cuanto al proceso de atención ambulatoria, en el área de especialidades médicas, el Trabajo Social cumple un rol fundamental en la recuperación,

rehabilitación y reinserción social, poniendo un énfasis especial en el abordaje de los factores determinantes sociales de la salud a nivel familiar y comunitario. Asimismo, Trabajo Social en nivel secundario ya sea en atención cerrada o ambulatoria, se especializa en ámbitos específicos, como salud mental, discapacidad, gerontología social, intervención familiar sistémica, enfoque de género y diversidad sexual, migración entre otros. Además, desarrolla habilidades y competencias para la gestión de redes, gestión participativa, gestión de la satisfacción usuaria, gestión de calidad, mediación, etc.

Se busca profundizar en cuanto al ámbito de desempeño específico del Trabajo Social en el nivel secundario y la incidencia de estos en la Gestión Social, que en gran medida se basa en el Modelo de Gestión de Redes, declarado en las orientaciones técnicas como uno de los modelos rectores del Trabajo Social en el área de salud, frente a lo cual, se establece que este se orienta hacia la identificación, fortalecimiento y vínculos con las redes de un territorio específico, con el fin de avanzar hacia la consecución de objetivos comunes. Por tanto, se declara que este modelo de trabajo se enfoca en el establecimiento de relaciones de intercambio de información, recursos de diversa índole, la transferencia de conocimientos y experiencias, generando alianzas y acuerdos de colaboración. Siguiendo esta lógica, se establece que, durante las últimas décadas, una de las áreas emergentes de Trabajo Social corresponde a la gestión en el amplio espectro, sin embargo, en el contexto hospitalario, al declararse como un centro de salud que opera en base al trabajo con las redes, se establece como un área de especial relevancia en cuanto a la salud mental, y para ello, se declaran las siguientes estrategias o funciones respecto al trabajo con las redes declaradas por el Ministerio de Salud (2018) para el desempeño específico en Hospitales y Centros de Especialidad:

En primer lugar, esta gestión se orienta hacia la planificación e implementación de planes, programas, proyectos propios de la institución o del trabajo intersectorial, cuyo fin es ir en directo beneficio de las personas y sus familias, para de esta manera atenuar las brechas en cuanto al acceso a una atención integral de salud.

En una segundo apartado se menciona el rol de agente facilitador de procesos de organización y participación social y comunitaria, con finalidad de generar redes de apoyo mutuo y colaboración en temáticas específicas, como la

protección y defensa de los derechos humanos en salud, además de la posibilidad de evaluar y controlar la gestión pública de salud.

En tercer lugar, se busca generar instancias de apoyo al ejercicio de derechos y ciudadanía, bajo la óptica del ejercicio de derechos humanos en salud, priorizando a los grupos vulnerables como discapacidad, migración, enfermedades catastróficas con costos elevados, protección de NNA, Adultos Mayores, y derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

En una cuarta posición, se enfatiza en la articulación con las organizaciones de la sociedad civil, grupos de autoayuda, monitores de salud y voluntariado, con el objetivo de fortalecer las redes de apoyo, así como el intercambio y movilización de recursos.

Y, en quinto lugar, establecer coordinaciones a nivel de intersector y la articulación de redes comunitarias y sociales para de esta manera avanzar hacia la implementación de diversas iniciativas a fin de favorecer la salud, bienestar social y calidad de vida de la población usuaria.

Por otro lado, y en relación con la temática específica de salud mental, se exponen los referentes de Trabajo Social Clínico (Ituarte, 1992) y Trabajo Social en Salud Mental (Garcés, 2010).

3.2. Trabajo Social Clínico

Al momento de realizar una conceptualización del rol de Trabajo Social en los servicios de salud mental, es posible señalar, en primer lugar, el aporte de Amaya Ituarte (1992) en la definición de este a partir de la noción de Trabajo Social Clínico, que se define como:

> Una forma especializada de Trabajo Social, que siguiendo el proceso científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social. (p.11)

En relación con esta definición, se clarifica la especificidad de este tipo de Trabajo Social, que centra sus actuaciones en el desarrollo de capacidades psicosociales que permitan a los individuos hacer frente a sus problemáticas en condiciones óptimas, que además permitan que estos logren desarrollar una compresión de su medio.

3.3. Trabajo Social en Salud Mental

Frente a la anterior definición operativa, Garcés (citada en Garcés et al, 2010) incorpora algunos elementos del planteamiento precedente para construir su definición de Trabajo Social en Salud Mental, frente a lo cual, señala que este corresponde a:

> Un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares. (p.338)

En base a lo recientemente expuesto, es posible señalar que el Trabajo Social desde la perspectiva de la salud mental, se centra en la comprensión y valoración de la interacción entre los individuos y el entorno en el cual se desarrollan, desde una óptica biopsicosocial tendiente a la generación de estrategias pertinentes y adecuadas a las necesidades de estos y sus familias.

De acuerdo con esta definición, se entiende que el Trabajo Social Clínico implica intervenciones tanto en la situación social como personal. Dichas intervenciones se sustentan en la producción del cambio, el cual, a su vez, se encuentra sostenido por 3 principios fundamentales (Ituarte Tellaeche, 1992):

1. Por medio de la relación interpersonal con el clínico.
2. Por medio de cambios en la situación social.

3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos.

Con la finalidad de dar respuesta a estos principios, Ituarte Tellaeche (2017) establece la necesidad de la formación transdisciplinaria, la cual, permite, a partir de un profundo conocimiento de la disciplina, la superación de sus fronteras, que para Trabajo Social es vital si se considera que, desde sus orígenes, se ha nutrido de otras disciplinas para ampliar su propio campo de acción, construyendo así, una visión integral de las múltiples aristas de los usuarios del Trabajo Social Clínico.

En cuanto a la realidad local de Chile, interesa lo expresado por Antipán y Reyes (como se citó en MINSAL, 2018) sobre la definición de Trabajo Social Clínico, el cual, posee las siguientes características:

> Pesquisar y reconocer problemas de patología mental, así como también realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares. Por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social emplea estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de las ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas. En conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemáticas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal. (p.49)

En relación con la definición anterior, es posible establecer los objetivos de Trabajo Social en salud Mental, los cuales corresponden a:

- Facilitar que las personas con trastornos o problemas de salud mental puedan mejorar la relación tanto con el medio intra como extrafamiliar.
- Apoyar un proceso de cambio de las personas que conforman el entorno social, en relación con sus recursos internos y externos.
- Favorecer cambios socioambientales para sustentar los cambios en la situación de las personas con problemáticas de salud mental.

Por lo tanto, el objeto de estudio de Trabajo Social corresponde al individuo y el medio con el cual se relaciona. En caso de salud mental, corresponde a la intervención con personas que poseen algún problema de salud mental y sus familias, potenciando sus capacidades y maximizando los recursos sociales necesarios para elevar la calidad de vida y bienestar social.

En relación con las funciones propias de Trabajo Social en Salud Mental y con el fin de cumplir cabalmente los objetivos propuesto es que se identifican las siguientes áreas de desarrollo:

- Trabajo Social con personas en el contexto de situación social (equilibrio entre necesidades personales y sociales).
- Trabajo Social con familias (reconstitución de familias disfuncionales y desintegradas)
- Terapia de grupos (conservación y mejoramiento del funcionamiento y cohesión social).
- Trabajo Social con organizaciones (sistemas más humanos y centrado en las necesidades de las personas).
- Trabajo Social con personas que enfrentan crisis (recuperar estabilidad de los usuarios y su funcionamiento social).
- Trabajo Social con comunidades (fortalecimiento de las redes de apoyo, sistema de acogida, comunidades terapéuticas, etc.)

III. Capítulo Tercero: Marco Metodológico

1.1. Fundamentación Metodológica

Según Patricia Castañeda (2014), la sistematización consiste en un "proceso de generación de conocimientos a partir del análisis y reflexión realizada desde la propia práctica" (p.91). Dicho proceso, surge al alero de los regímenes dictatoriales latinoamericanos, como una respuesta a la inquietud sobre el rescate de aquellos aprendizajes emanados desde las diversas intervenciones sociales llevadas a cabo por organizaciones no gubernamentales o agencias de cooperación internacional paralelas a las políticas sociales institucionales.

En este complejo escenario político es que la sistematización se establece como una manera mediante la cual se lograron rescatar las experiencias surgidas de los procesos de intervención, logrando una fácil comunicación, y a partir de ello, configurarse como conceptos de referencia de la intervención social, basados en la máxima de que **no existe Práctica sin Teoría ni Teoría sin Práctica**, por lo cual, es posible el surgimiento de referentes teórico – conceptuales desde la propia experiencia (Castañeda, 2014). En cuanto a Trabajo Social, Cifuentes (2015), señala que la sistematización "busca comprensiones complejas de las prácticas de Trabajo Social. Ello implica un ejercicio de instaurar diálogos diversos, de poner en relación los diferentes discursos a través de los cuales las prácticas se nombran, se reconstruyen, se interpretan y se interpelan" (p.143). De lo anterior, se señala que se reconoce la potencialidad de la sistematización como generadora de conocimientos, y, asimismo, la profesión genera empoderamiento en cuanto al aporte distintivo de la sistematización.

El proceso de sistematización se basa principalmente en el concepto de práctica, que de acuerdo con el planteamiento de Zurita (citado en Castañeda, 2014), estas prácticas corresponden a:

Dominios relativamente cerrados, que proveen los significados con los cuales los individuos comprenden y otorgan legitimidad a lo que hacen en ellas, y, por otro lado, comprenden y proyectan significados a los que viene fuera de ellas (conocimiento experto, tecnologías, entre otros.). (p.93)

De acuerdo con la definición revisada, se entiende a la práctica como un trasfondo de saberes activos materializados en interpretaciones y comprensiones de los desempeños profesionales, con el objeto de transformar las prácticas en referentes que logren reorientar los desempeños a partir de un proceso de reflexión de los colectivos profesionales envueltos. Por lo tanto, la práctica se caracteriza

por su capacidad de transformar desde la participación profesional en el diseño e implementación de intervenciones sociales.

Parafraseando a Jara (2012), se deben tener en cuenta las utilidades de la sistematización que corresponden a: Para poder comprender las experiencias y mejorarlas; para intercambiar y compartir los aprendizajes con otras experiencias homólogas; contribuir a la reflexión teórica en adición al conocimiento emanado de la propia experiencia; retroalimentar las orientaciones de proyectos e instituciones a partir de los aprendizajes específicos de cada experiencia; y fortalecer de esta manera, la identidad colectiva institucional u organizacional.

En relación con el presente Proyecto de Título, se establece como idónea la realización de un proceso de sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, debido a que este cumple con ciertos requisitos planteados por Castañeda (2014), cuya finalidad es la de acotar de manera operativa aquellos elementos a sistematizar:

A) Aprendizajes que emergen desde la experiencia práctica. Representan los aportes en lo que a generación de nuevos conocimientos respecta, poniendo especial énfasis en el equipo de trabajo directo y las personas involucradas. En el caso concreto del Programa PMC, permite capturar el proceso de transición entre un programa y otro, captando la contingencia que desencadenó dicha transición, siendo pistas valiosas para el proceso de análisis.

B) Modelos de Intervención. Surge a partir de la generación de modelos de trabajo inéditos que redefinen las orientaciones emanadas desde la institucionalidad y a nivel programático, logrando adecuarlas a las particularidades de los pacientes y los contextos particulares de estos. Lo anterior, se ve reflejado en la manera en la cual el equipo de trabajo de TDAH, tras un profundo cuestionamiento, crean el PMC como respuesta y adecuación al perfil de trastornos con comorbilidades psicosociales de sus pacientes, bajo la premisa que la gran mayoría de los problemas de salud mental, poseen un fuerte componente psicosocial que aportan nuevos matices a la intervención. Por ende, la innovación de esta propuesta permite la realización de un proceso de sistematización, que dé cuenta de la naturaleza de este programa surgido desde el acervo profesional del equipo de trabajo.

C) Metodologías. Adecuación de modelos teóricos o políticos implementados en la realidad social. El proceso de sistematizar permite dar cuenta de esta

implementación metodológica aplicada al contexto específico de los usuarios de PMC, aplicado por los profesionales este de cara a procesos de innovación metodológica a través de ajustes generados por el equipo de trabajo del programa, para de este modo, dar respuesta a las características particulares de su población usuaria, como se señaló en el apartado anterior.

D) Dimensiones asociadas al proceso de intervención. La Experiencia se compone de variadas dimensiones de procesos específicos, siendo cada uno de ellos, una oportunidad para la sistematización que contribuya al rescate y reconstrucción de la experiencia. En el caso del PMC, dichas dimensiones corresponden a las líneas de intervención del programa, Abordaje Clínico, Fortalecimiento Institucional y Gestión de Redes.

1.2. Delimitación de la Sistematización

El presente Proyecto de Título se encuadra dentro del proceso de sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica perteneciente a la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke a partir de la experiencia y aprendizaje de sus propios actores durante el período comprendido entre los años 2012 – 2018.

1.3. Objetivos de Sistematización

1.3.1. Objetivo General

Sistematizar el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke a partir de las experiencias y aprendizajes de sus principales actores durante el período 2012 – 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

Relevar la presencia del enfoque biopsicosocial en la intervención clínica del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el período 2012 – 2018.

Describir el rol de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke al interior de las Consultorías de atención primaria durante el período 2012 – 2018.

Estructurar las redes de colaboración intersectorial presentes en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del hospital Dr. Gustavo Fricke durante el período 2012 – 2018.

1.4. Colectivos Participantes

1.4.1. Primer Colectivo

- Equipo de profesionales a cargo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

1.4.2. Segundo Colectivo

- Profesional Unidad de Pediatría a cargo de Consultorías de Atención Primaria.

1.4.3. Tercer Colectivo

- Profesionales directivos pertenecientes al Área de Salud Mental y Educación de la Corporación Municipal de Viña del Mar.

1.4.4. Cuarto Colectivo

- Equipos de profesionales pertenecientes a Atención Primaria de Salud.

1.5. Criterios de Inclusión

1.5.1. Primer Colectivo

- Profesionales del programa deben expresar el deseo de participar libre y voluntariamente en el proceso de sistematización.

- Profesionales del programa deben encontrarse en ejercicio profesional durante el período actual.

- Profesionales del programa deben tener al menos dos años de permanencia en el mismo.

1.5.2. Segundo Colectivo

- Profesional de la unidad debe expresar el deseo de participar libre y voluntariamente del proceso de sistematización.

- Profesional de la unidad debe encontrarse en ejercicio profesional durante el período actual.

- Profesional de la unidad debe tener al menos dos años de jefatura de Consultorías de Atención Primaria.

1.5.3. Tercer Colectivo

- Profesionales de la corporación deben expresar el deseo de participar libre y voluntariamente del proceso de sistematización.

- Profesionales de la corporación deben ostentar un cargo directivo en las Áreas de Salud Mental y Educación.

1.5.4. Cuarto Colectivo

- Equipos de Atención Primaria deben expresar el deseo de participar libre y voluntariamente en el proceso de sistematización.

- Equipos de Atención Primaria deben pertenecer a los dispositivos de Salud Primaria CESFAM Gómez Carreño, CESFAM Juan Carlos Baeza, y CESFAM Miraflores – Achupallas.

- Equipos de Atención Primaria deben encontrarse en ejercicio profesional durante el período actual.

- Equipos de Atención Primaria deben participar de las Consultorías lideradas por la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

1.6. Técnicas con fines de Sistematización

1.6.1. Primera Fase: Revisión Documental con Fines de Sistematización

Se entiende como la primera plataforma de información, la cual es realizada desde los registros escritos de la experiencia a sistematizar, dichos registros pueden proceder de variadas fuentes, que son catalogadas como evidencias que respaldan el proceso analítico, cabe señalar que las evidencias poseen valor por sí mismas.

Por otro lado, se establece que una vez que se da por agotada la información, surge la necesidad de buscar otras formas o técnicas para obtener información, las cuales consisten en la experiencia directa de los participantes de la experiencia, permitiendo así, complementar la información extraída desde la documentación.

1.6.2. Segunda Fase: Entrevistas con Fines de Sistematización

Se basa tanto en la interacción verbal como la no verbal entre el entrevistador y el entrevistado o entrevistados según la modalidad (individual o colectiva). El instrumento se construye en base a preguntas e interpretaciones que poseen por finalidad la reconstrucción de la experiencia particular de los involucrados en torno a la experiencia a sistematizar.

1.6.3. Segunda Fase: Observación con Fines de Sistematización

Se entiende como una técnica mediante la cual es posible el reconocimiento de significados, códigos y claves presentes en la experiencia, en base a la permanencia prolongada en los contextos de trabajo de esta.

Para fines de la presente sistematización, se utilizará la Modalidad Participante, que consiste en la observación activa de las dinámicas, rutinas, actividades y tareas ligadas a la experiencia práctica a sistematizar, con un pleno involucramiento en los acontecimientos. Dicha modalidad, considera al observador como integrante del equipo de trabajo.

En esta modalidad participante se generan registros, crónicas y evidencias, que permiten sustentan procesos descriptivos, analíticos e interpretativos del proceso de sistematización.

1.7. Plan de Análisis

Para el desarrollo del Plan de Análisis de la presente sistematización y de acuerdo con los fines que persigue esta, es posible la generación de análisis diferenciados en base a ciertos referentes, o bien, avanzar hacia análisis integrados. Bajo esta perspectiva, es que se trabajará con los siguientes procesos analíticos

Por un lado, el **Análisis de Contenido**, según Castañeda (2014) se entiende como el "Estudio de todos aquellos documentos y materiales emergentes desde la práctica social, como registro que enriquecen el proceso de análisis y otorgan sentido y estructura al proceso de intervención social" (p.109).

Por otro lado, el **Análisis de Integración Teórico-Práctico,** de acuerdo con Castañeda (2014), se comprende como el "Cotejo entre los componentes conceptuales con los antecedentes prácticos, el cual avanza hacia un relato integrado aunando los componentes, produciendo un relato teorizado de la práctica y un relato operativo de la teoría*"* (p.109).

A continuación, se detallarán las etapas de ambos análisis:

Tabla N°3: Etapas Análisis de Contenido

Etapas Análisis de Contenido
1. Selección de documentos y registros
2. Levantamiento de la información
3. Análisis según objetivos de sistematización
4. Cruce Análisis Teórico – Práctico
5. Sistematización de los resultados obtenidos

(Fuente: Elaboración propia, 2018)

Tabla N°4: Etapas Análisis Teórico Práctico

Etapas Análisis Teórico-Práctico
1. Elección de componentes teórico-conceptuales del proceso de sistematización
2. Selección de elementos prácticos del proceso de sistematización
3. Análisis según resultados de Análisis de Contenido
4. Cruce Análisis Teórico - Práctico
5. Sistematización de los resultados obtenidos

(Fuente: Elaboración propia, 2018)

1.8. Procedimientos de Validación

La sistematización reconoce que todas aquellas personas que han estado involucradas, ya sea de manera directa o indirecta en la experiencia, posee un cierto grado de experticia para otorgar información valiosa que permita respaldar los resultados obtenidos. De acuerdo con lo anterior, se establecen los siguientes criterios:

a) Juicio Experto:

- Experticia profesional basada en el dominio temático.
- Experticia profesional basada en el dominio contextual de la experiencia (programático, institucional, territorial, perfil del usuario).
- Experticia profesional basada en el repertorio técnico del equipo que implementa la experiencia.
- Experticia profesional basada en la responsabilidad técnica específica ejercida en la experiencia.

b) Base Ampliada de Acuerdos:

La base ampliada de acuerdos, en el planteamiento de Castañeda (2014) se define de la siguiente manera:

Aúna la diversidad de relatos particulares en una síntesis integrada que aspira a narrar y analizar la experiencia como una totalidad, pueden producirse naturales diferencias de parte de las personas involucradas frente a los procesos de descripción, análisis e interpretación de la misma. (p.111) De acuerdo con lo anterior, se establece:

a. Identificación y fundamentación de la totalidad de los puntos de convergencia y los puntos de divergencia expresados por las personas participantes.
b. Subrayar las convergencias presentes en los testimonios generados desde la experiencia, sin forzar posiciones únicas y sin anular las divergencias.
c. Los aspectos que alcanzan convergencia se consideran validados plenamente por las personas participantes de la experiencia. Los aspectos que expresan divergencias aportan los contrapuntos y las zonas de frontera o conflicto, respetando la diversidad de opiniones y puntos de vista expresados.

c) Triangulación Interna

Corresponde al proceso de análisis y resultado obtenidos en el proceso de sistematización dentro de los límites permitidos en donde se inserta la experiencia que se sistematiza.

Triangulación de Fuentes:

- Equipo Directivo CMVM
- Profesional Unidad de Pediatría a Cargo de Consultorías APS
- Equipo Profesional PMC
- Equipos Centros de Salud Familiar

Triangulación Teórico Conceptual:

- Determinantes Sociales de la Salud
- Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental
- Trabajo Social en Salud Mental

IV. Capítulo Cuarto: Análisis y Resultados

1.1. Proceso de levantamiento de datos y resultados

Para el desarrollo del presente proceso de sistematización orientado a la comprensión de los diversos procesos puestos en marcha por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, y en especial por el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica en relación al abordaje de la salud mental Infanto – Juvenil, fueron utilizadas las siguientes técnicas de recolección de información tendientes a la incorporación de la experiencia de los colectivos participantes involucrados en este proceso. Dichas técnicas corresponden a:

- Revisión Documental con fines de Sistematización
- Entrevista Semiestructurada con fines de Sistematización
- Observación Participante con fines de Sistematización

En cuanto al establecimiento de redes dentro de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, es posible señalar la influencia y apoyo de la Asistente Social del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, tanto en las gestiones a nivel hospitalario para la inserción de este proyecto de título, como a nivel de Unidad, específicamente a nivel PMC, donde actúo como mediadora entre el equipo de profesionales de PMC, los directivos de la Corporación Municipal de Viña del Mar, la profesional a cargo de Consultorías de APS, equipos multiprofesionales de CESFAM y el estudiante a cargo de sistematizar la experiencia PMC. A continuación, se presenta una tabla con las personas involucradas en el proceso, la institución a la que representan, y el cargo o función que desempeñan dentro de esta, cabe destacar que los nombres de los profesionales se encuentran codificados para resguardar su identidad, entendiendo que se trata de un documento de carácter público:

Tabla N°5: Instituciones colaboradoras

Institución	Unidad	Profesión	Cargo	Profesional
Hospital Dr. Gustavo Fricke	Psiquiatría Infanto - Juvenil	Asistente Social	Asistente Social PMC	Asistente Social N°1
		Médico	Médico PMC	Médico N°1
		Médico	Médico Coordinadora PMC	Médico N°2
		Psicólogo	Psicólogo PMC	Psicólogo N°1
		Psicóloga	Psicóloga PMC	Psicóloga N°2
	Pediatría	Médico	Encargada Consultorías APS	Médico N°3
Corporación Municipal de Viña del Mar	Área Educación	Asistente Social	Asistente Social U. Servicio Social Estudiantil	Asistente Social N°2
	Área Salud	Psicóloga	Encargada Salud Mental	Psicóloga N°3

(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

En forma paralela al establecimiento de redes con los profesionales del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil y los profesionales directivos de la Corporación Municipal de Viña del Mar, el estudiante se insertó de forma mensual junto a la Asistente Social N°1 en Consultorías de Atención Primaria en 3 Centros de Salud Familiar (CESFAM) con sus respectivos Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) de la Comuna de Viña del Mar, a saber:

Tabla N°6: Centros de Salud Familiar Colaboradores

Institución	Centro de Salud Familiar	Centro Comunitario de Salud Familiar
Corporación Municipal de Viña del Mar	CESFAM Gómez Carreño	CECOSF Santa Julia
	CESFAM Juan Carlos Baeza	CECOSF Villa Hermosa
	CESFAM Miraflores - Achupallas	CECOSF Sergio Donoso Rodríguez Achupallas

(Fuente: Elaboración propia)

Finalmente, el estudiante se inserta, en compañía de la Asistente Social N°1, en las reuniones mensuales de la Mesa Tripartita en conjunto con los representantes del área de Educación y Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar con la finalidad de realizar un proceso de observación en la modalidad participante respecto de la metodología de trabajo de esta, entendiéndola como una de las iniciativas pertenecientes a la Línea de Gestión de Redes o Comunitaria del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

A través del análisis tanto de las entrevistas individuales y el Grupo Focal, como de las crónicas de observación de las Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria y de la Mesa Tripartita, se busca dar respuesta al sistema de objetivos de sistematización propuestos en el presente Proyecto de Título, que consisten en relevar la presencia del enfoque biopsicosocial, describir el rol en las Consultorías y estructurar las redes de colaboración intersectorial del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el período comprendido entre los años 2012-2018.

1.2. Resultados de Sistematización Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica

1.2.1. Análisis de Contenido

1. Línea de Abordaje Clínico

El presente análisis versa sobre los resultados de sistematización del objetivo *"Relevar la presencia del enfoque biopsicosocial en la intervención clínica del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el período 2012 – 2018".*

1.1. Antecedentes

La línea de Abordaje Clínico del Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional y actual Mediana Complejidad consiste en la atención directa de los pacientes, sus familias y la comunidad a la que pertenecen, referidos desde múltiples dispositivos (APS, Neurología, Psiquiatría). Al inicio de TDAH, existían 3 vías de ingreso al programa: Ingreso Multiprofesional; Ingreso Psicosocial; Ingreso Médico.

Por otro lado, al iniciar sus funciones el Programa de Mediana Complejidad, se crea un protocolo de atención basado en la comprensión biopsicosocial de los

individuos, distribuyendo la atención de los pacientes en 3 esferas complementarias entre sí. (Biológica (Médico), Psicológica (Psicólogo) y Social (Asistente Social)). Sin embargo, debido a la cantidad de pacientes y la complejidad de estos, generó un colapso del sistema, lo cual repercutió directamente en las prestaciones otorgadas.

Sumado a lo anterior, y debido a una serie de modificaciones al equipo de trabajo y las horas de atención de estos, y con la finalidad de optimizar las atenciones del nuevo programa PMC, surge una nueva vía de ingreso, comandada por el Profesional Médico y la Asistente Social, denominada como Ingreso Médico – Social, siendo este la puerta de entrada efectiva a la intervención del programa, permitiendo así, que el Profesional Psicólogo se enfoque en brindar la psicoterapia individual y familiar a los pacientes. Lo anterior es de vital importancia si se considera que los requisitos de ingreso al programa corresponden a la presencia de patologías de salud mental, que en una primera instancia consistía en Trastorno por Déficit Atencional en compañía de comorbilidad psicosocial, declarando que el principal cambio realizado a través de los procesos de levantamiento de información a nivel comunal y de acuerdo a la información de los pacientes en control, dice relación con la cantidad de patologías, manteniendo la otra condición de presencia de comorbilidades que condicionan la evolución de la patología de base.

1.2. Sujetos de Intervención

El programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional desde sus inicios delimitó su campo de actuación, específicamente en cuanto a los sujetos de intervención o pacientes de este, incorporando a niños, niñas y adolescentes entre los 6 y los 17 años, 11 meses y 29 días que presentaran, entre otras, un diagnóstico o sospecha diagnóstica de Trastorno por Déficit Atencional con comorbilidad psicosocial. En este contexto, el escenario parecía ser bastante favorable en cuanto a la calidad y cantidad de prestaciones otorgadas a los pacientes de TDAH. Según Asistente Social N°1, al momento de ser consultada por el escenario propiciado por la puesta en marcha de TDAH, señala que:

> *"… cuando ingresamos a TDAH estaba mucho más ordenado, era menor el número de pacientes bajo control, era mucho más manejable, entonces teníamos más tiempo para hacer otro tipo de actividades, y hoy día como decía la doctora, la complejidad psicosocial de nuestros pacientes es muy alta, por lo que implica mucha coordinación, mucho trabajo en terreno, pero de búsqueda de información más que nada, y de coordinación de acciones para no sobre intervenir a las familias, en desmedro de lo que hacíamos antes, que era trabajar con las instituciones".*
>
> **Asistente Social N°1**

A raíz del diagnóstico elaborado por el equipo de TDAH sobre la lista de NNA que fueron evaluados en el extrasistema por profesionales médicos especialistas pagados por el Área de Servicio Social Estudiantil de la CMVM quienes no accedieron a su centro de salud y quedaron fuera del sistema de educación formal debido a que sus padres no pudieron sostener el tratamiento farmacológico de manera particular por el alto costo.

Respecto a los NNA referidos al programa desde APS, los profesionales del logran darse cuenta, en el ingreso de los pacientes, que la mayoría de los casos abordados contenían un fuerte componente psicosocial, y en este sentido, como bien señala la profesional, esta misma complejidad psicosocial demandó un trabajo mucho más acucioso en cuanto a rastreo del contexto en el cual se desenvolvían los pacientes, lo que implicó un trabajo en red orientado a evitar la sobrecarga de la intervención, entendiendo que estos pacientes ya participan en 2 o más dispositivos además del Hospital, por tanto, la coordinación con estos dispositivos es vital para el tratamiento individual de cada paciente.

Los antecedentes aportados por los profesionales permiten señalar que, tras 4 años de funcionamiento de TDAH, surge la imperiosa necesidad de reestructurar el programa, sentando las bases de PMC, dando cuenta, además, de la importancia que recae sobre los aspectos psicosociales en la evolución del paciente con una patología psiquiátrica más allá de las variables de corte más biológico que tienen que ver con la patología base. En esta línea, Médico N°1 declara lo siguiente:

> *"… el tránsito de TDAH a PMC sí nos ha dejado la vara bien alta, porque son casos de mediana y de alta complejidad desde lo psicosocial básicamente y en algunos casos desde lo médico - psiquiátrico propiamente tal".*
>
> **Médico N°1**

Lo anterior, permite reforzar la idea de la incorporación de las variables social y psicológica en los planes de tratamiento individual de cada paciente, ya que, según la Médico N°2, un gran porcentaje de los pacientes del programa corresponden a casos muy prevalentes en lo psicosocial, es decir, que poseen una fuerte carga desde las comorbilidades, que se entienden como factores de riesgo asociados a características ambientales que pueden tener repercusiones en el desarrollo de la patología o trastorno, tendiendo hacia la agudización de este, frente a ello, la profesional señala que:

> *"… dentro de lo que pasa en nuestro programa es que efectivamente son casos que son en un 70% muy psicosociales, más que médicos, o, mejor dicho, más psiquiátricos".*
>
> **Médico N°2**

En concordancia con la cifra otorgada por la profesional, el equipo del PMC avanza hacia la comprensión biopsicosocial de los individuos, visión propiciada por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en sus valores y principios, donde uno de ellos corresponde a la comprensión de la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente, que requiere de un trabajo integral, centrado en la persona, su familia o redes de apoyo, y también en la comunidad a la que pertenece. En este sentido, resulta interesante lo señalado por la Médico N°1 con respecto al contexto en el cual se desenvuelve esta persona integral:

> *"Por supuesto, nos damos cuenta de que en el fondo el niño no solo es un diagnóstico, sino que son factores protectores y de riesgo que están influyendo en su condición, que igual puede tener una condición orgánica de base como un TDAH o un TEA, una Depresión. Sin embargo, esos se ven modificados para bien o para mal, por el ambiente en el que está inserto el usuario".*
>
> **Médico N°1**

Del fragmento presentado, se logra incorporar la influencia que posee el contexto en el cual se desenvuelven los individuos, dígase vivienda, entorno, educación, trabajo, entre otros, a través de factores tanto protectores como de riesgo, y la repercusión que tienen estos es la patología de base de los pacientes, es decir, la permeabilidad que poseen las personas con patologías de salud mental de ser influidos por su contexto cotidiano. Lo anterior, implica la necesidad de abordar los casos desde múltiples aristas, lo cual, demanda un esfuerzo mancomunado de los miembros de equipo para poder otorgar una atención de carácter integral que permita realizar un trabajo a nivel individual, familiar y

comunitario con la finalidad de evitar la agudización de los trastornos o patologías. En relación con esto, la Asistente Social de PMC manifiesta lo siguiente:

> *"… entonces al tener varios profesionales a cargo de un caso, porque el caso es más que el usuario, es él, su familia y la comunidad a la que pertenece, nos permite tener un seguimiento más corto y eso implica también una resolución del caso más rápida, es decir, evitamos que se cronifiquen sus cuadros, o sea, no están acá 8 años, 5 años, ya que la idea es que superen lo agudo y vuelvan a su atención primaria, la idea es que el tránsito por acá sea lo más corto posible, dentro de lo que el diagnóstico permita por supuesto".*
>
> **Asistente Social N°1**

El fragmento presentado permite agregar que la premisa que sostiene este trabajo con el contexto de los pacientes, y que permite evitar la agudización o cronificación, es lograr que el tiempo de permanencia de los pacientes de PMC sea lo más breve posible, siendo devuelto al nivel de Atención Primaria para continuar el tratamiento pertinente, además del trabajo que se logre articular con las redes del intersector, y con la familia o red de apoyo del paciente con el objetivo de hacerlos partícipes de su propio proceso de sanación, en especial del paciente en sí mismo, bajo la premisa que no existe más experto que él sobre su propia vida, dando respuesta así, a las orientaciones aportadas por el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria que orienta el accionar de Atención Primaria.

Finalmente, a raíz del proceso de análisis de los sujetos de intervención de PMC, se destaca la injerencia del equipo del programa en la redefinición de los parámetros de los pacientes con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de estos, y así, otorgar una atención integral, que se refleje en los planes de tratamiento individual, que de una u otra medida, apunten hacia la comprensión de las diversas esferas en las cuales se desarrollan las personas, en especial su ambiente, el cual ha demostrado poseer una clara influencia en el desarrollo de la patología, y que además se encuentra condicionado por las redes de apoyo o familiares del paciente, haciéndolo parte, tanto del proceso de sanación de la patología o trastorno que le afecta, como de las variaciones que se puedan hacer en su contexto con el fin último de que este alcance el mayor nivel de bienestar posible, en especial en lo que a salud mental respecta.

1.3. Patologías Abordadas

El Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional, al momento de iniciar sus funciones como Plan Piloto Ministerial, el horizonte de la patología a abordar estaba claramente delimitado como Déficit Atencional por la guía clínica. Sin embargo, el Psicólogo N°1 señala lo siguiente en torno a la evolución de TDAH:

> *"… este programa partió primeramente como un programa orientado al Trastorno por Déficit Atencional con niños que en un momento efectivamente eran TDAH bien puro, pero que luego de un tiempo empezaron a ingresar pacientes mucho más graves, con mayores comorbilidades, situaciones de negligencia, maltrato bien severo…"*
>
> **Psicólogo N°1**

Según el profesional, las condiciones psicosociales de los pacientes generaron un proceso de transformación en el universo de pacientes, principalmente por que las consecuencias de las situaciones de negligencia y maltrato, era posible observar síntomas similares, por ejemplo, a un cuadro de TDAH, cuando en realidad, dicha conducta distraída podría obedecer a situaciones de vulneración grave que pueda estar presenciando el NNA en su contexto familiar o ambiental. Entonces, no solo debían enfrentarse a la patología como tal, sino que a esta misma modificada por las comorbilidades psicosociales de los pacientes, lo cual, llevó en algunos casos, a agudizar la sintomatología del paciente, repercutiendo directamente, por ejemplo, en su establecimiento educacional, el que se encargaba de levantar esta necesidad de atención hacia el CESFAM, siendo este el ente que enviaba las Interconsultas al nivel secundario sin tomar las medidas necesarias para recabar mayores antecedentes para dilucidar si efectivamente el cuadro sintomático del usuario correspondía a un trastorno o si más bien, era una respuesta a los estímulos negativos del ambiente. En relación con lo anterior, la Médico N°1, señala, respecto a esta evolución, lo precedente:

"… se amplía el espectro de patologías que se van a abordar en el programa, antes era sólo niños con TDAH con alguna comorbilidad, entonces eso permitía acotar las intervenciones a un número de casos más fácil de mantener, porque cuando llegaron las necesidades desde APS…. Sin embargo, actualmente se amplía la patología, por lo tanto, entran niños como decías tú Cristóbal, con Trastornos de conducta, con Trastornos Vinculares, con maltrato, con negligencia parental, con historias de abuso, con Trastornos de Ansiedad, Depresivos y del Ánimo en general, o de repente se da que vienen con un diagnóstico y finalmente acá, a pesar de que somos médicos generales, tenemos el entrenamiento suficiente para despejar el diagnóstico…"

Médico N°1

Se establece que, gracias a la experiencia de trabajo de las profesionales del Área Médica, en colaboración con la Asistente Social, en el ingreso al programa lograban rápidamente despejar el diagnóstico real del paciente a través de preguntas rutinarias sobre la historia familiar, permitiendo la triangulación con la información contenida en la Interconsulta de APS y, si era el caso, se permitía el descarte de la sospecha diagnóstica. Por otro lado, y a modo de explicación de la sintomatología, al ampliar la cantidad de patologías, sumándole las comorbilidades, el equipo se percataba de la existencia de situaciones de vulneración en los pacientes, que de una u otra manera respondían a los síntomas manifestados por el equipo del CESFAM respectivo, o que explicaban la agudización de la patología, dando a entender que estas se manifiestan a través del ciclo vital del paciente, por ejemplo, un niño a los 6 años puede manifestar síntomas de hiperactividad, que para el colegio significaba TDAH, y que luego, en la adolescencia se manifestaba con rasgos de trastornos de conducta, como el Oposicionista – Desafiante. Es decir, no es el trastorno lo que varía, sino que corresponden a la evolución de este mismo cuadro por las comorbilidades que condicionan el desarrollo del paciente en su medio y en el ciclo vital.

Durante este período de transición el trabajo coordinado con los equipos de APS fue fundamental, a fin de aumentar los antecedentes sociales contenidos en las interconsultas de solicitud de ingreso de los niños, niñas y adolescentes al nivel secundario, relevando por tanto el rol de la Trabajadora Social en ambos niveles de salud. Lo importante de ello, es volver a rescatar la experiencia del equipo de trabajo para dar cuenta de estas situaciones desde el ingreso a la atención de PMC.

1.4. Ingreso

El Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional de la Unidad de Neuropsiquiatría, al momento de iniciar sus funciones en el año 2012, se componía de un equipo de avanzada compuesto por Médico, Psicólogo y Asistente Social. Respecto a esta composición, la Asistente Social N°1 señala lo siguiente:

> *"… el concurso por el que nosotros ingresamos fue por Déficit Atencional, y cuando llegamos acá solamente había 1 médico que era el Doctor Williams, y él estaba sin equipo y con muchos pacientes, entonces empezamos a tener reuniones y participamos en la generación sobre cómo iba a ser este programa, y ahí nos pusimos de acuerdo en que íbamos a hacer ingresos en equipo multidisciplinario, que íbamos a tener ingresos en dupla psicosocial, la periodicidad, y el tema de que íbamos a tener 2 líneas, una que era de Terapia de Familia a cargo de Cristóbal, y había una individual que estaba a cargo de Pamela…".*
>
> **Asistente Social N°1**

De lo relatado por la profesional, se señala que la creación del programa tuvo un fuerte componente de autogestión por parte del equipo en función de obtener definiciones operativas de la intervención y atención de los pacientes del programa, siendo el ingreso la primera de dichas definiciones. Por otro lado, el principal desafío del equipo consistió en la adecuación de la Estrategia Nacional para el abordaje de TDAH a la realidad local, considerando que el programa era un piloto ministerial en un hospital de alta complejidad autogestionado, por lo que se le dio la libertad al equipo de optimizar los recursos humanos y técnicos de acuerdo con las características comunales y epidemiológicas.

Para realizar esta adecuación se utilizó el diagnóstico comunal de OPD Viña del Mar sobre las problemáticas emergentes en la población Infanto – juvenil presentes es dicha comuna. Respecto a ello, la misma profesional señala que:

> *"… cuando nosotros estábamos en el Programa TDAH, al ser un programa mucho más estructurado que el resto de la unidad donde se inserta el programa, teníamos más claro cuál era el horizonte de ingreso, entonces al paso del tiempo, el programa se transformó en la puerta de entrada más expedita para esta unidad de psiquiatría…"*
>
> **Asistente Social N°1**

Se desprende que, durante los primeros meses de implementación del programa, el ingreso efectivo de pacientes a tratamiento era bastante fluido por lo acotado del diagnóstico y la definición del perfil de pacientes, permitiendo dar respuesta a la demanda de confirmación diagnóstica de Trastorno por Déficit Atencional desde Atención Primaria de la población a cargo del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Lo anterior, tiene que ver con que el equipo de TDAH poseía claridad respecto al tiempo de espera de las Interconsultas referidas desde la atención primaria y del tiempo de espera del paciente, una vez que ingresaba efectivamente la Interconsulta a la Unidad de Neuropsiquiatría, hasta su primer control, ya que, los profesionales del equipo programaron sus atenciones para no superar un horizonte de atención mayor a 40 días, situación innovadora si se toma en cuenta que en dicha unidad no contaba con planificación.

De acuerdo con los profesionales del programa, el Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional al momento de iniciar sus funciones en la Unidad de Neuropsiquiatría, contaba con 2 tipos de ingreso, como lo señala la Asistente Social del programa:

"… a los inicios del programa había 2 tipos de ingreso, que eran los multiprofesionales con médico, y había ingresos psicosociales que hacíamos el Psicólogo y la Asistente Social, donde hacíamos un filtro inicial, entonces con eso logramos bajar rápidamente la lista de espera".

Asistente Social N°1

De lo anterior, se establece que una de las iniciativas impulsadas por este equipo de profesionales de TDAH tenía que ver con la optimización de las atenciones con la finalidad de disminuir la lista de espera de pacientes de la unidad, lo cual, según la Médico N°2, tiene que ver con lo siguiente:

"… el poder realizar efectivamente los ingresos multiprofesionales también nos permitió que, en una primera entrevista de ingreso, podíamos hacer el filtro mucho más rápido, de decir "oye sabes que esto no requiere una atención a nivel secundario, o sí lo requiere y le podemos dar una hora con alguien de equipo mucho más rápido y expedito. Además, nosotros resguardamos mucho las horas de ingreso médico, por lo tanto, nosotros todas las semanas tenemos ingreso, entonces eso también hace bajar la lista de espera, esas horas están protegidas".

Médico N°2

Del fragmento anterior, se desprende que, el programa se constituyó en una vía de ingreso efectiva a la Unidad de Neuropsiquiatría, permitiendo, en gran medida, disminuir la lista de espera, ya que esas horas de ingreso se encuentran protegidas. Sin embargo, esta vía de ingreso al optimizar los tiempos durante los siguientes dos años aumento en un porcentaje no manejable por el equipo clínico, ya que, según lo que relata el Psicólogo N°1, la cantidad de pacientes sobrepasó lo esperado:

> *"… teníamos hartos pacientes. Después se empezó a complejizar un poco porque ingresó mucho paciente, lo que colapsó las horas, y obviamente que las prestaciones que podíamos darle al grupo inicial de pacientes no se cumplían por la cantidad de pacientes, porque, además, como era un programa nuevo teníamos que cumplir ciertas metas, las cuales eran gigantescas, y eso repercutía directamente en lo que podíamos brindarles, porque lo que nos pedían eran ingresos, números, no prestaciones".*
>
> **Psicólogo N°1**

Se puntualiza la necesidad de los profesionales de dar respuesta a las metas de atención propuestas por SSVQ para un programa piloto, lo que provocó una tensión entre la cantidad de pacientes y las prestaciones otorgadas a esta población usuaria, debido a que las metas establecidas decían relación más con la cantidad de ingresos efectivos, que con las prestaciones otorgadas por el equipo.

Al ser un programa piloto, se encontraba orientado a la atención de niños, niñas y adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, y, al afinar el diagnóstico de los pacientes referidos desde APS, el equipo da cuenta de que un alto porcentaje de los pacientes se encontraban gravemente vulnerados en sus derechos, y esta misma vulneración generaba pautas conductuales que eran confundidas con TDAH. Sin embargo, al realizar un diagnóstico en profundidad, y realización de una anamnesis exhaustiva, se lograron despejar esas situaciones, permitiendo la diferenciación del diagnóstico inicial

Por otro lado, además de la sobrecarga de pacientes, existían una serie de complicaciones respecto del diagnóstico inicial declarado en las Interconsultas de Derivación, como bien señala la Asistente Social de PMC:

> *"… desde APS y otras especialidades mandaban las interconsultas que decían Déficit Atencional y al momento de recibirlos en el ingreso nos dábamos cuenta que no era tal, entonces, durante un tiempo, que fue el de transición, teníamos el nombre de Déficit Atencional, estábamos viendo principalmente Trastornos de Conducta y situaciones de maltrato grave en el amplio espectro, entonces eso nos demandó a nosotros como equipo decir en un momento "¿Sabes qué?, no somos TDAH, ¿Qué vamos a hacer?" y ahí fue cuando empezó esta discusión de crear este nuevo programa".*
>
> **Asistente Social N°1**

La experiencia con las Interconsultas, como señala la profesional, se convirtió en uno de los principales impulsos para iniciar la transición hacia el Programa PMC, debido a que el perfil de pacientes que estaban ingresando a TDAH, correspondían a trastornos o patologías distintas a la establecida formalmente, además de la presencia de comorbilidades psicosociales como lo es el maltrato u otras de índole contextual, lo cual, decantó en un proceso de cuestionamiento interno durante el año 2015, llevando un año después al nacimiento de PMC.

Ya siendo PMC, durante el segundo semestre del año 2017 el equipo de profesionales se vio enfrentado al desafío impuesto por la disminución de la mitad de las horas psicológicas, quedando finalmente en 44 horas divididas en 2 profesionales. Lo anterior tuvo diversas repercusiones en la atención de los usuarios, ahora, en cuanto a los ingresos, la Asistente Social N°1 señala:

> *"Y otra cosa, por ejemplo, es que antes los ingresos los hacía Médico, Psicólogo y Asistente Social, y se liberó a los psicólogos de los ingresos para que tuvieran más horas de control de pacientes, porque además de que nos bajaron las horas, tenemos problemas de box, porque no siempre tenemos uno, pese a que disponemos del tiempo".*
>
> **Asistente Social N°1**

Siguiendo lo expresado por la profesional, se establece que la manera de optimizar las escasas horas correspondientes a Psicoterapia fue sacando a estos profesionales de los ingresos, quedando estos a cargo de la Asistente Social y de las Médicos del equipo. Sin embargo, dicha modificación no implicó necesariamente una garantía de atenciones, ya que existen asuntos relativos al espacio físico al interior de la unidad, debido a que la dotación de profesionales

sobrepasa la capacidad de los boxes. Por otro lado, y a modo de reafirmar la decisión de remover a los psicólogos de los ingresos, se declara que aproximadamente en 40% de los pacientes en control de PMC, se encuentran insertos en los diversos dispositivos de SENAME, lo que implica que las atenciones psicológicas son realizadas en ellos, por lo específico de los contextos reparatorios.

A raíz de la disminución de las horas de Psicoterapia del programa, y como manera de organización del equipo en función de afrontar esta problemática administrativa, se genera un tránsito desde los Ingresos Multiprofesionales hacia un Ingreso que consta de un profesional Médico y la Asistente Social de PMC, esta última señala que:

> *"…en este programa, lo innovador lo aporta que el ingreso hasta hace un tiempo era realizado por Médico, Psicólogo y Asistente Social, y hoy día son Médico - Sociales y desde ahí se deriva a Psicología. Lo anterior tiene que ver con tratar de absorber la mayor cantidad de problemáticas en una sola sesión".*
>
> **Asistente Social N°1**

En el fragmento se establecen las bases para el trabajo interdisciplinario dentro de los ingresos, ya que como señala la profesional, el objetivo principal de esto, además de liberar horas de Psicólogo para Psicoterapia, es la posibilidad de generar atenciones más efectivas que logren abarcar una mayor cantidad de variables durante el desarrollo de una hora de atención, alcanzando un mayor nivel de resolutividad al evitar que el paciente deba tomar horas separadas para cada profesional y hacer ingreso efectivo a la atención del Hospital, como sucede en los programas de Salud Mental de Atención Primaria, donde los usuarios deben asistir reiteradas veces a relatar la misma situación que los aqueja. Lo anterior, es reforzado por la Médico Coordinadora de PMC, quien señala el aporte de este trabajo interdisciplinario con sus pares Psicólogos y Asistente Social:

"Yo creo que es fundamental el apoyo que tenemos entre cada uno de nosotros, tanto, por ejemplo, en los ingresos que hacemos nosotros que ya no son de 3 profesionales, sino que más bien en 2, pero claro, el Asistente Social nos apoya en los puntos en que uno de repente no tiene tan presentes por propia formación de cada uno. Lo mismo con el psicólogo, también es una mirada que de repente no está en el chequeo de los controles, porque tal vez me preocupo de la parte más clínica, pero el psicólogo me dice "sabes que hice unas pruebas y descubrí esto dentro de la familia" entonces nos vamos apoyando en ese sentido, y es eso, es crucial la comunicación que podamos tener entre nosotros, y las instancias para comunicarnos".

Médico N°2

De lo señalado por Médico N°2, se verifica la complementariedad entre las 3 profesiones vigentes en el PMC, en relación al ingreso de los pacientes a través del ingreso médico – Social, siendo el rol de la Asistente Social el de aportar el contexto familiar y ambiental de los pacientes, permitiendo, de alguna manera, reconstruir a la persona que se encuentra en atención desde sus 3 dimensiones, especialmente de las ligadas a lo psicosocial, que como se concluyó recientemente, un porcentaje mayoritario de los pacientes de PMC poseen muchas variables desde lo Psicosocial que condicionan la evolución de la patología a lo largo de su vida. Para lo anterior, pueden ser requeridos más antecedentes, frente a lo cual, la Asistente Social puede coordinar una Visita Domiciliaria o Institucional para este fin. Además, desde lo psicológico se establece que el propio desarrollo de la Psicoterapia Individual y Familiar puede aportar antecedentes relevantes, por ejemplo, para la farmacoterapia y la influencia que esta posea en el paciente, y, asimismo, en su familia o red de apoyo, y en base a esos resultados, se abre la posibilidad de realizar los ajustes correspondientes en el tratamiento farmacológico. Lo anterior, permite, entre otras cosas, considerar la mayor cantidad de variables en función de la planificación de un Plan de Tratamiento Individual que responda a las necesidades de cada paciente, entendiendo que este paciente no es meramente un ser biológico, sino que posee un contexto del cual no se puede desprender y es este mismo el que condiciona su vida, y particularmente, el curso de su patología basado en los resultados de la atención que pueda ser brindada por PMC desde el ingreso Médico – Social. Por otro lado, se busca a través de dicho ingreso, el conocer y trabajar con el contexto en el cual los pacientes se desenvuelven en la cotidianidad, ya sea a nivel familiar acompañando el tránsito por el programa, educacional al trabajar en conjunto con

el establecimiento educacional, o, comunitario desde las organizaciones en las cuales este paciente y su familia participan de forma activa, como puede ser una Junta de Vecinos o una Iglesia, es decir, desde una óptica integral e integradora de este contexto, permitiendo además, que el equipo completo tome conocimiento de las condiciones particulares de cada caso, y trabajar en función de estas.

1.5. Equipo de Trabajo

El equipo de trabajo inicial del Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional, como ya se mencionó anteriormente, se componía de un equipo de avanzada integrado por Médico, Psicólogo y Asistente Social y es este equipo inicial el que se encargó de sentar las bases del modelo de trabajo de TDAH, por tanto, se configuran como un equipo de avanzada en la medida que iniciaron las actividades de este. Luego del inicio del programa, y debido a las características de la población usuaria del programa, surge la necesidad de incorporar nuevos profesionales de las áreas señaladas, y otras profesiones, como la Terapia Ocupacional y la Psicopedagogía, que permanecieron hasta el año 2017, fecha en la cual desde la administración de la unidad se lleva a cabo un proceso de recorte de personal, mismo proceso que generó la mencionada disminución de las horas de Psicólogo, que decantó en la salida de estos del ingreso de pacientes. Finalmente, a partir del segundo semestre del año 2017, se inicia el trabajo con 5 profesionales, 2 Médicos Generales, 2 Psicólogos Clínicos, y 1 Asistente Social, que es el equipo que funciona en la actualidad.

Imagen N°1: Equipo Programa TDAH, 2012

(Equipo Programa TDAH, diciembre, 2012)

Las constantes modificaciones en el equipo de trabajo, como ya se vio, demandó un esfuerzo conjunto de los profesionales del programa por mantener la calidad de las prestaciones ofertadas por el programa. Sin embargo, el escenario se tornó

adverso en la medida de que la transición a PMC generó un aumento significativo de los pacientes en control, lo que fue en directo desmedro de la disminución del equipo profesional y la cantidad de horas de atención de cada uno de estos. Para la Médico N°2, esta situación es bastante compleja, como lo señala en el siguiente fragmento:

> *"… yo no sé si realmente estamos dando una calidad de atención tanto como era antes, porque efectivamente han aumentado los casos, nos cuesta más tener horas de psicoterapia, no tenemos apoyo de T.O, ni de Psicopedagogía, entonces, si uno lo visualiza concretamente, creo que la calidad de la atención que estamos dando en términos de la multidisciplinariedad que había antes, ha sido en desmedro".*
>
> **Médico N°2**

De acuerdo con la Coordinadora de PMC, la disminución del equipo y horas de atención repercute de forma negativa en la calidad de la atención prestada, dejando un vacío en cuanto a la atención integral de los pacientes por la ausencia de profesionales de las áreas de la Terapia Ocupacional y Psicopedagogía. Sin embargo, la Médico N°1, quien completa las 44 horas junto a la profesional señalada, declara que:

> *"… hemos perdido ciertas prestaciones, por lo tanto, si uno lo mira desde ese punto, claro, ha disminuido la calidad, porque se están dando prestaciones diferentes, porque se quitó la Terapia Ocupacional que se entregaba y la Psicopedagogía, es decir, eso ya no lo podemos hacer, pero si lo miramos desde el otro lado, como ha llegado un boom de pacientes diferentes, a lo mejor hay un gran porcentaje de chicos que no necesita esas cosas, porque antes, como era sólo TDAH, se necesitaba perentoriamente que hubiese un terapeuta, que hubiese una psicopedagoga, pero como ahora empiezan a entrar otras necesidades, tal vez un niño con maltrato, con negligencia, con trastorno de vínculo, lo que más necesita es un Psicólogo".*
>
> **Médico N°1**

Desde esta mirada, es posible señalar que, la eliminación de dichas profesiones de la planta profesional de PMC podría tener relación con el cambio del perfil de pacientes y las patologías de ellos, ya que, en un comienzo, la patología estaba delimitada a un trastorno específico en una población específica, y que ese mismo cambio podría haber generado la necesidad de modificar el

equipo de trabajo, ya que la presencia de las comorbilidades psicosociales de una u otra manera modifican los focos de atención, y asimismo, los planes de tratamiento individual marcaban una ruta de atención en la cual estas profesiones no poseían tanta injerencia como las demás profesiones. Sin perjuicio de lo anterior, la misma profesional relata el rol desempeñado por las profesiones hoy ausentes en la intervención de PMC:

> *"… sería interesante poder rescatar las profesiones que ya no figuran, como la del Psicopedagogo y Terapeuta Ocupacional, sería una muy buena posibilidad de que pudiéramos volver a contar con ellos, porque muchos de los niños que llegan acá vienen diagnosticados o subdiagnosticados o sobrediagnosticados de algunas cosas, y en el fondo igual traen de base trastornos de otro tipo, bueno, y obviamente las veces que he tenido la posibilidad, en especial al primer año, de trabajar más con el T.O y la Psicopedagoga por supuesto que la intervención era mucho más fácil y mucho más enriquecedora. Creo que sería bueno tener la posibilidad de retroalimentación con ellos".*
>
> **Médico N°1**

Se declara que, si bien, dichas profesiones no estaban en la línea de las patologías abordadas, la Médico N°1 resalta los efectos positivos que generaba la presencia de estas en la atención de los pacientes, logrando generar un proceso de retroalimentación bastante efectivo, es más, destaca la posibilidad de volver a incluir a estas disciplinas, con la finalidad de generar un aporte en cuanto a la confirmación diagnóstica de los pacientes que ingresan a PMC, ya que, es muy frecuente que los diagnósticos o sospecha de diagnóstico declarada en las Interconsultas, al momento de ser evaluados en el ingreso, como ya se mencionó, el equipo llegaba a la conclusión de que algunos casos no calificaban para atención secundaria, haciendo que los pacientes y sus familias llegaran al Hospital sin la posibilidad real de ser atendidos ahí, siendo contra referidos a su APS.

A pesar de la disminución del equipo, la Asistente Social N°1, rescata la idea matriz del programa en relación con el equipo de trabajo, que es la de tener un equipo multiprofesional que aborde las problemáticas en las diversas áreas de la vida de los pacientes en control, respecto a ello, señala que:

"El hecho de tener un equipo multiprofesional nos permite a nosotros abordar diferentes aristas del caso clínico e ir resolviendo algunas cosas, estabilizando otras y procurando que accedan a otras redes, que no necesariamente el trabajo lo vamos a hacer nosotros. Y eso evita que los pacientes se queden aquí 5, 6 o 7 años, como era lo que nos encontramos al principio, que recibimos niños que llevaban 5 años en la unidad, entonces la idea de atención secundaria es que sea de paso, a menos que la situación lo requiera, pero la idea de este programa en específico es evitar que los niños estén muchos años en atención secundaria".

Asistente Social N°1

Según la profesional, el rol fundamental del programa consiste en la disminución de los tiempos de tratamiento de los pacientes, bajo la premisa de ser un programa que apuesta por la transitoriedad de estos en la atención secundaria, reforzando la idea de que una vez que superen sus patologías o disminuya su sintomatología aguda, estos puedan volver a la atención recibida por sus centros de salud primaria respectivos, evitando que los pacientes permanezcan durante años en un contexto hospitalario. Para lograr este cometido, el equipo actual, busca, desde el ingreso de los pacientes al programa, alcanzar una comprensión lo más acabada posible sobre la vida de estos y el contexto que poseen en función de determinar de manera eficaz las diferentes áreas de trabajo, ya sea para ser abordadas por el equipo PMC, o sentar las bases para el trabajo de otro dispositivo, siendo PMC el responsable de coordinar el trabajo con dichas redes, siempre y cuando las características individuales, familiares y comunitarias de los pacientes lo permitan.

1.6. Formación Profesional

Con respecto a la formación de los miembros del equipo de trabajo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil, se hará la distinción entre aquella formación realizada en el nivel de pregrado, y el nivel de postgrado con la finalidad de analizar el posible aporte que estas instancias formativas puedan tener en cuanto al desempeño actual de cada uno de los profesionales en un programa de salud mental Infanto – Juvenil.

La distinción se hace extensiva a las 3 profesiones que actualmente se desempeñan en este.

En cuanto al Área Psicológica, el Psicólogo N°1, señala que:

> *"… mi formación de pregrado no me sirvió absolutamente de nada, yo creo que las competencias que tengo actualmente son por la formación que tuve después del pregrado".*
>
> **Psicólogo N°1**

De lo señalado por el Psicólogo, se vislumbra la incapacidad por parte de este de encontrar alguna utilidad a la formación que recibió desde la Carrera de Psicología para el desempeño actual como Psicólogo de un programa de salud mental Infanto - Juvenil. En esta misma línea, Psicóloga N°2, PMC señala lo siguiente al ser consultada por su formación de pregrado:

> *"… mi formación de pregrado no me sirvió absolutamente de nada, yo creo que las competencias que tengo actualmente son por la formación que tuve después del pregrado".*
>
> **Psicólogo N°1**

Al igual que su colega, la profesional aduce que su formación de pregrado no significó un gran aporte para su desempeño actual, de hecho, apunta específicamente al nulo aporte de esto en la construcción de un programa de las características de PMC.

En lo que respecta a la formación en el Área Médica, Médico N°1, señala que:

> *"Mi formación de pregrado, yo me recibí el 2005, por lo tanto, eso fue hace harto tiempo, y el pregrado en salud mental era bastante pobre, sólo teníamos Psiquiatría de Adulto, que se llevaba a cabo en el Hospital Salvador, es decir, no tuve un encuentro con la Psiquiatría o la salud mental Infanto - juvenil, por lo tanto, yo diría que mi experiencia en pregrado no me ha significado un gran aporte a lo que estoy haciendo ahora, en verdad lo he ido aprendiendo después con el tiempo".*
>
> **Médico N°1**

La profesional del área médica declara que, si bien, la salud mental es abordada en la malla curricular que ella cursó, sólo es en cuanto a la Psiquiatría de Adultos. En este sentido, es posible mencionar que las habilidades y competencias para poder desempeñarse en su cargo actual, han venido desde su propia experiencia de trabajo y no desde la formación profesional de pregrado. Por otra parte, la Médico Coordinadora de PMC, agrega lo precedente:

> *"A ver, yo creo que a nivel de pregrado tenemos muy poca formación en Psiquiatría Infanto - Adolescente, tenemos, por lo menos en mi caso, un módulo de Psiquiatría Infanto- Adolescente en la Cátedra de Pediatría, en el Internado. Además de una formación en Psiquiatría General como en Tercer Año, pero nada más".*
>
> **Médico N°2**

De lo señalado por la profesional se declara que, a diferencia de su colega que completa las 44 horas, en su formación de pregrado sí fue abordada la Psiquiatría en Población Infanto – Juvenil, sin embargo, esta formación fue muy breve, enmarcada en un módulo de su internado en el área de pediatría, por lo cual, se infiere que tampoco se observa un gran aporte de esta formación inicial a su desempeño actual.

Por otro lado, Médico N°1 enfatiza sobre la necesidad de poseer algún grado de experiencia para poder insertarse en un programa de las características de PMC, frente a lo anterior, señala lo siguiente:

> *"… yo no estoy tan segura de que pueda estar a cargo de médicos generales que no tengan un cierto bagaje por lo menos en APS de Salud Mental, no creo que pueda estar en manos de alguien recién recibido".*
>
> **Médico N°1**

Esta visión refuerza la necesidad de ganar experiencia antes de abordar temáticas de salud mental en una población Infanto – Juvenil, no sólo por el área en sí misma, sino que más bien por la complejidad de los casos de los pacientes en control del programa, ya que al ser un programa que trabaja con Médicos Generales, demanda que al menos posean experiencia verificable en el abordaje de patologías o trastornos de mediana y alta complejidad.

En lo que respecta al Área Social, se marca el precedente de que, para la Profesional de esta área, su formación de pregrado sí le fue útil para su desempeño actual, frente a lo cual menciona que:

> *"… la malla que yo tuve en la escuela contemplaba Psicopatología, que la hacía Juanita Bianchetti que es una excelente Trabajadora Social. Yo siempre he pensado que la escuela te entrega las herramientas necesarias, suficientes, y de calidad para poder ejercer en cualquier lugar, yo creo que la escuela de entrega el "manual de cortapalos" para insertarte en cualquier institución. Todo lo demás, viene por añadidura de los propios intereses. Entonces, yo creo que la formación que tuve en la escuela me enseñó a tomar decisiones profesionales adecuadas y acertadas, yo creo que el criterio profesional me lo entregó la escuela, las herramientas para poder innovar dentro de cualquier campo, específicamente en este, también me las entregó la escuela".*
>
> **Asistente Social N°1**

Según lo señalado por la Asistente Social entrevistada, se declara el aporte de su formación de pregrado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, apuntando a que la formación recibida en esta institución educativa permite insertarse en cualquier campo profesional de buena manera, en especial es cuanto al criterio profesional y la capacidad de tomar buenas decisiones, poniendo el sello que caracteriza a los profesionales formados en dicha escuela. Por otro lado, se permite inferir que la malla curricular vigente al momento de egresar contemplaba una cátedra de Psicopatología, que si bien, se consideraba un apartado dentro del abanico de asignaturas impartidas, permitía sentar las bases, al menos desde el lenguaje técnico, de un trabajo en el área de la salud mental, potenciado a la vez, por el trabajo de la docente de esa asignatura en el Hospital del Salvador. Sin embargo, dicha asignatura no fue considerada en la reestructuración de la malla curricular, ya que dicha malla sufrió una modificación en cuanto a la formación que busca entregar, enfocándose en el desarrollo de competencias. Finalmente, es posible afirmar la necesidad de la reincorporación de al menos una cátedra donde se aborde la temática de la salud mental, a propósito de la Norma Técnica de Trabajo Social en Salud, donde uno de los acápites corresponde al rol desempeñado por esta profesión en el área de la salud mental, sus funciones y definiciones operativas, por tanto, se hace necesaria su incorporación desde el pregrado.

En lo que respecta a la formación de postgrado, los profesionales del programa coinciden en la mayoría de los puntos que dicen relación con la importancia atribuida a esta formación para su desempeño actual.

En cuanto a la especialización del Área Psicológica, Psicólogo N°1 señala lo siguiente sobre el aporte de su formación de postgrado a su desempeño actual:

> *"… yo creo que las competencias que tengo actualmente son por la formación que tuve después del pregrado. En cuanto a los postgrados, hice un Magister en Psicología Clínica, y también hice un Postítulo en Terapia Familiar, y he tenido cursos de formación constante de uno o dos días en módulos de trabajo, orientaciones, entre otras, pero en general son cosas más bien acotadas, que un poco se adjuntan al "paraguas grande" de contenidos que tengo".*
>
> **Psicólogo N°1**

De lo señalado por este, es posible declarar que, gracias a su especialización clínica y terapéutica, el profesional ha podido insertarse de mejor forma en la temática en la cual se enmarca su rol profesional al interior de PMC, que aporta un matiz diferente al de su colega Pamela Alvarado, quien posee su especialización en la línea cognitivo conductual.

En esta misma línea, Médico N°1 señala la necesidad de poseer algún grado de experiencia profesional para desempeñarse en PMC:

> *"…hay que hacer diplomados, estarse actualizando con los cursos, vinculándose con colegas Psiquiatras para poder mantenerte a cargo de niños así, porque uno no tiene las competencias cuando uno recién sale de la universidad, no tiene todo el conocimiento ni la expertiz para vincularse con niños o adolescentes".*
>
> **Médico N°1**

De lo anterior, se desprende la importancia de la formación de postgrado en esta área, enfatizando, además, en la necesidad de vinculación con otros profesionales del área, como es el caso de los Psiquiatras, con la finalidad de nutrirse de su especialidad y obtener más y mejores herramientas de abordaje para la población usuaria de un programa de salud mental en población Infanto – Juvenil. Por otro lado, se infiere que, además de la formación propiamente tal, es crucial la capacidad de autoaprendizaje, buscando los espacios para perfeccionar o revisar sus competencias como Médico que se desempeña en un abanico de patologías y pacientes específico, por tanto, dicho proceso de autoaprendizaje se

encuentra condicionado por las características distintivas de los pacientes en control, y las condiciones contextuales de estos, marcando así, la ruta de formación que los acerque a brindar una atención integral y de calidad. De manera específica, la misma profesional, detalla las diversas instancias de formación de postgrado que ha ido adquiriendo con los años:

> *"…hay que hacer diplomados, estarse actualizando con los cursos, vinculándose con colegas Psiquiatras para poder mantenerte a cargo de niños así, porque uno no tiene las competencias cuando uno recién sale de la universidad, no tiene todo el conocimiento ni la expertiz para vincularse con niños o adolescentes".*
>
> **Médico N°1**

La profesional destaca su formación como Médico Familiar, aun cuando no logró obtener un título que avale este espacio, sostiene que la formación que recibió le fue útil para su desempeño actual en un programa como PMC, ya que, le permitió trabajar con profesionales del área de la salud mental infantil y juvenil.

A modo de reforzar la idea que se ha ido sosteniendo hasta ahora, la Médico N°2, sostiene una opinión símil a la de sus pares psicólogos y colega médico, frente a lo cual, declara:

> *En cuanto al postgrado, es como de varios ámbitos, yo he hecho postgrado de Magíster en Neurociencia, entonces eso es más bien de la ciencia con respecto a la Psiquiatría general. Después, en los Diplomados más específicos, que han sido de temáticas de Salud Integral del Adolescente y de Psicopatología Infanto - Juvenil, entonces eso me fue acercando al trabajo que se realiza acá en la Unidad".*
>
> **Médico N°2**

Es posible establecer que, para el equipo, solamente el postgrado los ha acercado a su desempeño actual, por ende, se hace indispensable la formación constante y continua luego del pregrado, con la finalidad de adquirir más y mejores herramientas de intervención y atención, entendiendo la naturaleza multidimensional de los trastornos y comorbilidades de los pacientes de PMC.

En el Área Social, la Asistente Social de PMC también analiza en detalle la formación de postgrado realizada por ella:

> *"Bueno, los primeros años de trabajo estuve en Psiquiatría Adulto principalmente, entonces a propósito de eso hice dos diplomados, uno en abordaje y tratamiento de hombres que ejercen violencia y otro de abordaje del abuso sexual desde el Psicoanálisis, y esos dos me sirvieron a mí para fortalecer el conocimiento teórico que tenía, ampliar de gran manera el bagaje de conocimientos y fue la base que me permitió, por ejemplo, hoy día haber levantado un modelo como este".*
>
> **Asistente Social N°1**

Es posible señalar que, debido a que la profesional sí reconoce un aporte significativo de su formación de pregrado en su desempeño actual, su formación de postgrado vino a aumentar los conocimientos y habilidades que traía de base desde su profesión, puntualizando que gracias a dicha formación, logró avanzar hacia la creación de un modelo de trabajo que se adecuó a las características distintivas de la población atendida, dando, además, cumplimiento a la incorporación de un enfoque comunitario, como es la propuesta e invitación de los Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría en sus diversas versiones.

A modo de cierre del presente apartado, y en base al análisis realizado a partir de las entrevistas y recolección de información documental, se establece la importancia de la formación de postgrado para poder trabajar con la población Infanto – juvenil, en el área de salud mental, ya que, todos los profesionales del equipo coinciden en que las herramientas y conocimientos teóricos aprendidos durante su formación de pregrado son insuficientes o muy genéricas en la temática de Psiquiatría Infanto – Juvenil, rescatando la especificidad otorgada por el postgrado, y la manera en que este permite insertarse de buena forma en PMC. Por otro lado, se destaca la idea de la autoformación y la experiencia de trabajo, rescatando que es responsabilidad de cada profesional estarse actualizando constantemente, involucrándose con otros profesionales de los cuales pueda aprender o reafirmar su propio conocimiento.

Ahora, y a diferencia de la Psicología y la Medicina, que poseen una validación clínica en el área de la salud, y en específico en salud mental, con sus funciones claramente delimitadas como exclusivas, Trabajo Social se enfrenta a una posición de desmedro si se considera que recién durante el año en curso,

surgen 2 discusiones sobre la delimitación del campo profesional de estos: Por un lado, la incorporación de la profesión al Código Sanitario, que se encuentra ingresado en el poder Legislativo a la espera de su aprobación, y por otro, la promulgación en marzo de este año de la Norma Técnica de Trabajo Social en Salud, emanada desde un colectivo profesional y el Colegio de Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Chile, donde de forma inédita se delimita el accionar de estos profesionales en todas las áreas de la salud, siendo salud mental una de estas áreas. De esta delimitación en salud mental, se sostiene a través de este proceso de análisis, la importancia de la formación de postgrado de las 3 profesiones para poder desempeñarse adecuadamente en PMC, y en especial de Trabajo Social, ya que son estos profesionales los que deben validarse como profesionales de la salud ante sus pares, y como entes intervinientes efectivos en el área de la salud mental Infanto – juvenil.

1.7. Funciones

1.7.1. Área Médica

En cuanto a las funciones desempeñadas por las profesionales del Área Médica, y, además, visualizadas por ellas mismas, según la Coordinadora PMC, son las siguientes:

> *"Yo creo que, como primera cosa, la función del Médico es la de visar las interconsultas que llegan dentro de nuestro programa; otorgar los criterios de gravedad y priorizar esas interconsultas; hacer una evaluación inicial tanto médica como psicosocial en un ingreso en dupla con Asistente Social; inicio de tratamiento farmacológico o evaluar su necesidad de esta o de psicoterapia".*
>
> **Médico N°2**

De lo anterior, se desprende que el rol primordial de los médicos es ser el primer filtro de los pacientes, ya que tienen la responsabilidad de recibir las interconsultas, generando un proceso de análisis de estas orientado a otorgar criterios de gravedad y permitiendo ordenar dichas interconsultas en función de su prioridad. Luego de ello, posee un rol compartido durante el ingreso formal de los pacientes a control con su par Asistente Social, además del inicio de farmacoterapia, según sea el caso y las necesidades del paciente, y, además, en conjunto con la Asistente Social, determinar si el paciente requiere de psicoterapia en su modalidad individual, familiar, o la combinación de ambas.

Por otra parte, Médico N°1 aborda en detalle, tanto aquellas funciones básicas estipuladas para su cargo, como aquellas emanadas desde su experiencia profesional e intereses propios a su formación incompleta como Médico de Familia:

> *"Las principales funciones que yo desempeño acá en el programa son básicamente completar las 44 horas médicas, que se dividen entre dos médicos para poder atender todos los días a los pacientes; tengo el rol de hacer los ingresos; recibir a las familias en conjunto con la Asistente Social; evaluar el caso, si es posible hacer una aproximación diagnóstica; confirmar diagnósticos, porque a veces vienen de Tribunales, PPF o PIE, o desde APS. Yo creo que una de las principales funciones que desempeño acá también es conectarme con las redes que se estén relacionando con los usuarios, porque yo en lo personal bastante relación con los colegios, con los PIE, me gusta trabajar harto con el equipo social que yo creo que eso es muy importante, y lo otro, yo creo que dentro de los que permite la carga horaria es hacer educación a las escuelas, a los FAE… yo creo que el acompañamiento a las familias, harta consejería, tratar de despejar si existiesen situaciones que requieran ser atendidas en los padres, o en los consultorios, o en el nivel de especialidad vigilar que la atención sea integral".*
>
> **Médico N°1**

Es posible agregar al análisis anterior, la necesidad de vincularse con los demás entes intervinientes en los cuales el paciente en control se encuentra inserto, principalmente de la Red SENAME, Justicia y Centros de Salud y Educación de la CMVM. Por otro lado, la profesional destaca su interés y el rol desempeñado por Trabajo Social, el cual evalúa de forma positiva. En otro ámbito, Paola Ávalos apunta a su rol de educación en colegios y otros dispositivos, en temáticas de acompañamiento familiar y despeje de las diversas situaciones que puedan estar incidiendo en el paciente, su familia, y su comunidad, otorgando las herramientas a dichos dispositivos para poder abordar la mayor parte de dichas situaciones, a pertinencia de las prestaciones del dispositivo. Lo anterior, dice relación con la formación, aunque inconclusa, de Medicina Familiar, beca otorgada por la Universidad de Valparaíso a Médicos que se desempeñen en la Atención Primaria, con la finalidad de ampliar su forma de abordaje de usuarios, considerando el contexto que los rodea.

Por otra parte, en cuanto a las funciones que desempeña un Médico en PMC, el resto del equipo, compuesto por 2 Psicólogos y una Asistente Social,

también identifican funciones del Área Médica, en base a su experiencia de trabajo con estas profesionales.

Según el Psicólogo N°1 del programa, las principales funciones médicas corresponderían a:

> *"Bueno, el Médico es el que fundamentalmente lleva el equipo, el que comanda en los casos, realiza la terapia farmacológica, educación en algunos casos, pero yo creo que el principal rol es de comandar un poco los casos, porque, en definitiva, nosotros apoyamos técnicamente al Médico".*
>
> **Psicólogo N°1**

Es interesante enfatizar el rol del profesional Médico a cargo del equipo, donde, por ejemplo, el rol del Psicólogo consistiría en otorgar algún tipo de asesoría técnica respecto de los antecedentes pesquisados desde la Psicoterapia que puedan constituir un factor a considerar, por ejemplo, en el ajuste del tratamiento farmacológico. Por otro lado, se rescata el rol de educador que desempeña este profesional a los pacientes y sus familias sobre las implicancias de la patología, enfocándose en la comprensión del rol de estos en el curso de la patología.

Por otra parte, Asistente Social N°1, profundiza sobre el rol mandatado para los Médicos desde lo Médico – Legal de la atención en el nivel secundario de salud, frente a lo cual, señala lo siguiente:

> *"Bueno, los médicos son los que diagnostican bajo una responsabilidad médico - legal ellos son los que definen qué diagnóstico tiene el usuario; además, ellos son los que proponen e implementan la farmacoterapia. Y además de eso, nuestros médicos, que tienen una formación integral, participan en procesos terapéuticos, que es una de las grandes diferencias".*
>
> **Asistente Social N°1**

Lo interesante de lo señalado, dice relación con la formación integral de los profesionales Médicos de PMC, centrando su quehacer en la participación en procesos terapéuticos, es decir, que estas profesionales se interesan por factores más allá de lo meramente biológico, permitiendo una visión integral y no parcelada del paciente en control.

A través del análisis del rol de la Medicina en el programa, es pertinente concluir la importancia asignada por el equipo en su conjunto al trabajo con estas profesionales en un equipo de salud mental, y su diferenciación con los médicos

especialistas, como los profesionales Psiquiatras. Respecto a ello, la misma Asistente Social de PMC, enfatiza que:

> *"Desde mi rol como Servicio Social la verdad es que yo siento que este programa no requiere de un médico especialista, porque los 2 médicos que están en nuestro programa tienen las competencias técnicas suficientes para abordar la complejidad de los usuarios de PMC. Ahora, en lo concreto, yo te podría decir que no tenemos reclamos de usuarios, no tenemos en estos 5 años de programa no hay ninguna mala praxis, no se observan prácticas iatrogénicas con los usuarios que podrían haberse dado por no tener la expertiz, y eso jamás ha sucedido. Y otra cosa importante, es que el sello que le da un Médico General con especialidad, con estudios en diferentes ámbitos, le da una riqueza a la visión con la que uno recibe al usuario, que es muy distinta. Es un médico que tiene una visión holística y no reduccionista, que para este tipo de pacientes yo creo que es vital".*
>
> **Asistente Social N°1**

Del fragmento señalado, se destaca la importancia de la formación de ambas profesionales en el abordaje de los pacientes del programa, llevando a concluir que es posible prescindir de un médico especialista, ya que, dicha formación las habilita para enfrentar la complejidad de cada caso que ingresa a PMC. Por otro lado, de alguna manera se valida dicha capacidad en la inexistencia de reclamos formales de pacientes sobre el trabajo de estas, situaciones que serían propias de la falta de experiencia o capacidad técnica, generando un daño importante a los pacientes que podría contribuir a la agudización de su diagnóstico.

Por otra parte, la visión integral que posee un Médico General le permite abordar al paciente, como se señaló antes, de manera de dar respuesta a las diversas problemáticas que aquejan a los usuarios del programa en las demás aristas de su vida, situación que se critica de los Psiquiatras, quienes tienden al despeje de otro tipo de variables no médicas, centrándose en su especialidad. Lo cual es especialmente complejo si se considera el perfil de pacientes y patologías, que posee la característica de estar condicionados por una o más comorbilidades en aspectos psicosociales que demandan ser considerados en la atención, para que de esta manera se vean reflejados en los Planes de Tratamiento Individual de cada paciente, permitiendo que las otras profesiones se sumen al trabajo de los médicos.

Finalmente, se vuelve a destacar la formación integral de las profesionales, quienes de forma paulatina avanzan hacia una redefinición del área médica. Respecto a ello, Médico N°1 señala que:

> *"Eso, a veces uno rompe cuidadosamente sus límites, porque por ejemplo no todos los médicos van a estar dispuestos a coordinarse con el colegio del niño y a dar su mail en ocasiones para poder recibir información, aunque sea fuera del horario laboral, donde a veces te dicen que al niño le ocurrió tal cosa en el colegio, es como rescatar el espíritu del "médico de cabecera", de repente les pasa algo y acá aparecen los papás buscándote…".*
>
> **Médico N°1**

De ello, se desprende que los límites instalados en la medicina son permeables en la medida que permiten abordar de mejor manera a los pacientes, como, por ejemplo, romper en algún grado la distancia profesional para la realización de una intervención en crisis con algún paciente que llegue desbordado emocionalmente desde urgencias o de manera espontánea directamente en la unidad, o, con la liberación de la información de contacto del profesional a la red de dispositivos e instituciones que trabajen con el usuario, incluso, fuera de los límites horarios de la unidad. Finalmente, se busca avanzar hacia el rescate de la medicina más arraigada en la sociedad, que es la figura del "Médico de Cabecera", es decir, aquel profesional de la salud que se convierte en el médico tratante de familias completas, de generación en generación, permitiendo un conocimiento mucho mayor de antecedentes del historial familiar, con la finalidad de considerar variables que puedan estar influyendo en la patología presentada en los pacientes, generando además, un vínculo terapéutico significativo con el paciente y su red de apoyo, permitiendo que estos sientan la confianza suficiente para recurrir al profesional cuando la situación los sobrepase. Lo anterior, tiene que ver con la especialidad de Medicina Familiar, que justamente se inspira en la figura señalada.

En síntesis, se valora de forma positiva el rol desempeñado por las profesionales médicos del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, en cuanto a la redefinición de sus funciones y la comprensión que poseen de los trastornos o patologías abordadas, ya que incluyen el contexto en el cual se desenvuelve el usuario, y se involucran en él a través de la vinculación tanto con la familia, como con las instituciones en las cuales estos participan, marcando un precedente en cuanto al trabajo en el área de la salud mental Infanto – juvenil, sin

la necesidad de poseer la especialidad, sino que a través de su experiencia en el abordaje de una población específica, con trastornos específicos y con un fuerte componente desde lo psicosocial, lo cual, se transforma en un campo desde el que es posible generar cambios a nivel estructural, ya que se conoce la realidad que envuelve a los pacientes.

1.7.2. Área Psicológica

Sobre las funciones desempeñadas por los profesionales Psicólogos del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, es interesante enfatizar en aquellas detectadas o validadas por estos, en este sentido, la Psicóloga N°2 con formación Cognitivo – Conductual, señala que sus principales funciones corresponden a las siguientes:

> *"Bueno, la atención clínica de niños, adolescentes y familias, la psicoterapia, orientación y apoyo en distintos ámbitos, en el caso de los papás, entrega de herramientas para el manejo y estilos de crianza saludable. Además de eso, trabajo administrativo que tiene que ver con el registro e ingreso de interconsultas, que yo hago las de todo el programa. Esas dos funciones son las principales".*
>
> **Psicóloga N°2**

Según lo relatado por la profesional, se destaca la figura preponderante de la psicoterapia en sus modalidades individual y familiar. Por otro lado, de acuerdo a su formación Cognitivo – Conductual, la profesional se enfoca en gran medida en el trabajo con los padres o cuidadores de los pacientes, otorgando prestaciones orientadas a la promoción de la crianza saludable, con la finalidad de facilitar los procesos de tratamiento, entendiendo que la familia, al ser menores de edad los pacientes, cumplen un rol fundamental en la evolución del diagnóstico, siendo corresponsables junto al equipo de brindar las mejores condiciones posibles para el abordaje de la patología o trastorno de estos, considerando que la familia, como agente socializador primario, es el núcleo desde el cual debería iniciarse cualquier proceso terapéutico que tenga por objetivo acompañar el tránsito de los pacientes por el programa, logrando el cometido de que el paso de estos por PMC sea lo más breve posible, estabilizando la situación para su contrarreferencia a APS.

Otra de las funciones detectadas por la profesional, tiene que ver con la gestión administrativa de las Interconsultas, siendo la responsable del ingreso

efectivo de estas al programa, y de la asignación de horas, que como se vio anteriormente, no superan el umbral de 40 días desde su ingreso.

De igual forma, el Psicólogo N°1 con formación en Terapia Familiar, relata lo siguiente en relación con las funciones que desempeña dentro de PMC:

> *"Las funciones actuales del Psicólogo PMC es realizar terapia; trabajo terapéutico - psicológico con los pacientes del programa; algunas coordinaciones, pero yo creo que lo fundamental es el trabajo terapéutico con los niños y sus familias; también evaluaciones psicodiagnósticas".*
>
> **Psicólogo N°1**

Se incorpora a las funciones detalladas por su colega Psicóloga N°2, la necesidad de la realización de procesos de coordinación ya sea con la red, o con el resto del equipo del programa, a propósito de los posibles hallazgos que puedan surgir desde la psicoterapia, que pueden tener implicancias en lo social, o en lo médico, por ejemplo, situaciones de violencia o reacciones adversas a la farmacoterapia, respectivamente. Ambos profesionales coinciden en que el mayor aporte realizado por ellos a PMC, es realizar terapia con los NNA y sus familias, cada uno desde su escuela, con distintos matices en cuanto a la manera de abordar los procesos terapéuticos, por ejemplo, como se señaló antes, la formación de Cristóbal posee una gran utilidad en el trabajo con adolescentes, en especial en lo que respecta a los límites del sistema familiar, y la manera en que estos pueden ser flexibilizados, entendiendo las dificultades y cambios propios de ese rango etario, y el rol de los padres en este proceso. Finalmente, el profesional señala la realización de evaluaciones psicodiagnósticas, las cuales se configuran como el primer paso para la construcción de un diagnóstico y posterior plan de intervención de un trastorno específico, conociendo sus posibles causas, reuniendo antecedentes de la sintomatología e historia clínica del paciente, para finalmente realizar un juicio profesional que decante en el desarrollo de un plan de intervención adecuado al diagnóstico, esto último reviste especial importancia para las profesionales médicos, ya que el diagnóstico permite visualizar el fármaco que mejor se acomode al tratamiento, y así, obtener mejores resultados a corto, mediano y largo plazo. En cuanto lo social, el conocer el diagnóstico, permite a la Asistente Social, por ejemplo, reunirse con el equipo del establecimiento educacional y solicitar, entre otras cosas, evaluaciones diferenciadas o liberación de asistencia para el

paciente, todo dependiendo de la naturaleza del diagnóstico y las comorbilidades detectadas desde el ingreso a PMC.

Ahora bien, en cuanto a las funciones detectadas por los demás miembros del equipo del programa, se destaca lo señalado por la Coordinadora de PMC, que viene a reafirmar lo recientemente expuesto en cuanto al aporte de la psicoterapia:

"En lo que respecta al Psicólogo, también poder dar una visión diferente con respecto a lo que nosotros podemos ver, porque nosotros podemos citar a los pacientes en un ámbito médico, entonces los citamos cada uno o dos meses, entonces todo lo que aporte la psicoterapia o la sintomatología que puede ir apareciendo entre medio de nuestros controles, es muy importante".

Médico N°2

La profesional apunta al aporte que significa la visión del Psicólogo para el Área Médica, ya que permite enriquecer la mirada de las profesionales de dicha área, en especial, en lo relacionado a la evolución de la sintomatología en función del desarrollo de la psicoterapia, ya que, los controles con médico, al ser cada 2 meses, es posible que no se logren pesquisar cambios significativos en ese período, entonces, se cataloga como vital el aporte del proceso terapéutico a la parte médica, llevando incluso, a realizar ajustes con los fármacos, ya sea disminuyendo o aumentando la dosis, o cambiando de fármaco para que este se ajuste de mejor manera a la sintomatología, evitando la cronificación y los posibles efectos adversos de un fármaco específico.

Por otra parte, la Asistente Social de PMC, a modo de síntesis del presente apartado, señala el aporte que la formación diferenciada de sus pares psicólogos se constituye como un avance significativo en el tratamiento de los pacientes del programa:

"Los psicólogos que trabajan en el programa también tienen formación distinta, entonces Pamela es Cognitivo - Conductual y ella trabaja mucho más desde la normativa, como entregarles un manual a los padres, y Cristóbal que tiene una formación de Terapia de Familia, él trabaja mucho más con los adolescentes para transar con ellos y sus papás, para transitar de la forma menos conflictiva por esa etapa. Entonces yo creo que, al tener visiones distintas, y que la figura del médico se integra a este proceso terapéutico ha facilitado el tratamiento de los niños".

Asistente Social N°1

Del fragmento, es pertinente declarar que, como ya se mencionó, la formación de ambos psicólogos permite enriquecer los procesos terapéuticos, ya que, la formación de Pamela Alvarado en terapia Cognitivo – Conductual posee gran utilidad en el trabajo con niños y niñas, permitiendo que los padres tomen un rol protagónico en el proceso terapéutico, facilitando la evolución del paciente en su tránsito por el programa, permitiendo además, dotar a los padres de herramientas para enfrentar los desafíos que implica la crianza saludable de los niños y niñas del programa. Y por otro lado, el trabajo realizado por Cristóbal Vicencio como Terapeuta de Familia, posee mayor utilidad en el trabajo con adolescentes, que como se detalló, constituye un verdadero desafío para los padres, en cuanto a la flexibilización de los límites, permitiendo espacios de autonomía para los pacientes adolescentes, buscando evitar la mayor cantidad de conflictos propios de esta etapa del ciclo vital, que en casos como los de PMC, se constituye en un valioso aporte a la intervención del programa en su totalidad. Luego, y a modo de síntesis de las funciones del área psicológica, la profesional señala la importancia de un trabajo en conjunto con el médico tratante en el proceso terapéutico, en temáticas como el desarrollo de la farmacoterapia, y el enriquecimiento de este a través de las sesiones de psicoterapia, que como se destacó, posee repercusiones positivas en las atenciones del resto del equipo, ya que les permite adaptar los planes de intervención en función de los nuevos antecedentes que emanen desde la psicoterapia individual y familiar.

1.7.3. Área Social

En lo relacionado con las funciones desempeñadas por la Asistente Social, de acuerdo con lo señalado por Asistente Social N°1, estas corresponden a:

> *"De las que están establecidas entonces son: Ingreso en dupla médico - social con ambas doctoras; Evaluación Familiar desde el Trabajo Social; Visitas Institucionales; Visitas Domiciliarias; Coordinaciones con la red; Solicitud de Medidas de Protección; Informes de actualización a Tribunal; Asistencia a Audiencias; Colaboración en facilitar la hospitalización de los NNA y sus familiares (eso como en lo más clínico); Participación en Consultorías; Generación y convocatoria de la Mesa Tripartita; Participación en la mesa de la OPD, del Previene, que son como las instancias comunales que existen actualmente; y la ejecución de la Escuela de Líderes".*
>
> **Asistente Social N°1**

Como se mencionó en apartados anteriores, uno de los puntos que resaltan de PMC es el Ingreso Médico – Social, cuyo sello corresponde a la posibilidad de abordar múltiples aristas de los pacientes que ingresan a control al programa. Por otro lado, se destaca el rol histórico de Trabajo Social, la Visita Domiciliaria, entendida como la profesión en terreno, donde la Asistente Social se inserta en el contexto mismo donde se desenvuelve el sujeto, logrando realizar pesquisas sobre las condiciones de vida y dinámica del grupo familiar. De esta misma forma, el poder coordinarse con este contexto del sujeto, permite considerar las diversas redes a través de las cuales los individuos transitan a lo largo de su vida, y realizar un trabajo colaborativo con estas instituciones o dispositivos, ya sea de la propia área de salud, como la red SENAME y Tribunales de Familia y Fiscalía. Dentro de un contexto más hospitalario, la Asistente Social señalada, debe brindar soporte al paciente y su familia al momento de la necesidad de hospitalización de alguno de sus miembros, entendiendo Urgencias como la vía más expedita para acceder a la atención, en especial de salud mental, donde la posibilidad de adelantar una citación es prácticamente imposible. Volviendo al tema del trabajo en red, se destaca la participación desde el año 2015 del estamento social en Consultorías de Salud Mental Infanto – Juvenil de la Atención Primaria de Salud, en los centros de salud de la CMVM, siendo el caso del Asistente Social, el ente que aporta el contexto en el que se inserta el usuario y su familia, con la finalidad de determinar la posibilidad de derivar a dichos pacientes a Atención Secundaria. En cuanto al aspecto comunitario ligado a PMC, se destaca la conformación y liderazgo de la instancia denominada Mesa Tripartita con los referentes de Salud Mental y Educación de la CMVM, a través de un espacio de coordinación efectiva de temáticas comunes entre ambas áreas, siendo la cúspide de dicha organización, la realización de la primera Escuela de Líderes Adolescentes.

Continuando con sus funciones, la Asistente Social profundiza en el trabajo con las redes, ya que, según su apreciación, este trabajo reviste especial importancia, frente a lo cual, señala:

"Otro aporte es el trabajo con las redes, ya que los usuarios de salud mental, en el amplio espectro, son marginados de la sociedad sólo por el hecho de ser usuarios de un sistema de salud mental, y el Trabajo Social lo que hace es tomar a este paciente y ayudarlo a transitar por las redes que van a permitir que él y su familia resuelvan sus necesidades, y no sólo de salud, sino que de vivienda, de alimentación, vestuario, transporte, etc."

Asistente Social N°1

Lo anterior, implica, entre otras cosas, que el rol de Trabajo Social en un programa de las características de PMC, trasciende lo meramente clínico, sino que busca abordar todas y cada una de las áreas en las cuales los pacientes y sus familias puedan poseer dificultades como las condiciones de su vivienda, su nivel de educación, transporte, entre otros, que al combinarse, generan situaciones de vulneración o exclusión, que de una u otra forma, se cruzan con los patrones de la cultura dominante, donde la imagen negativa de poseer problemas de Salud Mental, por ejemplo, algunas personas sienten miedo de estar cerca de pacientes esquizofrénicos por la supuesta peligrosidad que revisten, posee gran influencia en la manera en la cual se relacionan con su medio, con su estructura social. Es decir, el rol de Trabajo Social en este programa dice relación con que los pacientes y sus familias logren alcanzar el mayor grado de bienestar posible, intencionando cambios en las esferas antes mencionadas, con el fin último de brindarles las herramientas para enfrentar de mejor manera la patología o trastorno que aqueja al paciente, repercutiendo en la familia en su totalidad, generando que el tránsito por dicha patología sea lo menos dañino posible para ellos a través de la socioeducación, función olvidada de Trabajo Social.

En concordancia con lo anterior, las funciones detectadas por sus pares médicos y Psicólogos arrojan resultados interesantes de señalar, como, por ejemplo, lo señalado por Médico N°1 al ser consultada por las funciones que ella cree que desempeña la Asistente Social, a saber:

> *"Ahora, desde Servicio Social, creo que por la gran complejidad de los casos que manejamos, todo está involucrado, lo social, con aspectos de la familia, en los colegios, en las redes, decir, los niños están insertos dentro de dispositivos de intervención, entonces, si no estuviera ese eslabón de Servicio Social no se podría hacer nada, porque no tendríamos ninguna noción de las demás entidades intervinientes".*
>
> **Médico N°1**

Se resalta el rol desempeñado por la profesión en cuanto a las comorbilidades, entendiendo el fuerte componente psicosocial de los pacientes en control, destacando la función de "conectar" al resto del equipo con la realidad del paciente que ven en el box, ya que, se señala la incapacidad de las otras 2 áreas de vincularse efectivamente con este contexto y las redes a las que los pacientes pertenecen, como pueden ser los establecimientos educacionales, CESFAM,

dispositivos SENAME, Tribunales, etc. Entonces, la función principal detectada por la Médico de PMC consiste en la capacidad de gestión de redes de la Asistente Social, evitando la sobre - intervención de los casos, y/o la generación de estrategias de colaboración a nivel institucional y comunitaria, permitiendo aunar criterios de intervención para fortalecer aquellas áreas que podrían escapar de la jurisdicción, tanto del programa, como de las redes con las que trabaja en directo beneficio del paciente en control. En ese sentido, resulta relevante lo que señala la Médico Coordinadora de PMC, sobre el rol de la Asistente Social en el trabajo con las redes, sintetizando de alguna manera lo tratado hasta ahora:

"Yo creo que, en términos de Asistente Social, la gestión de las redes, es decir, poder tener el conocimiento para todos nosotros tanto a nivel macro como micro, o sea el poder comunicarse con los diferentes actores que están actuando en un mismo caso, tanto a nivel de CESFAM como de colegios; y las evaluaciones sociales, que son indispensables para nosotros para poder efectivamente conocer en profundidad lo que está pasando en la casa de estos chicos".

Médico N°2

Se enfatiza en la importancia del Asistente Social para el quehacer de los otros estamentos presentes en PMC, ya que les permite a estos conocer en profundidad la dinámica familiar al interior de su vivienda, y las relaciones que establecen con su medio, por ejemplo, sobre los antecedentes que se manejan a nivel de intersector desde el CESFAM, y desde el establecimiento educacional, permitiendo la triangulación de información relevante para la intervención desde el nivel secundario, y la manera en que esta intervención permite retroalimentar a los demás entes intervinientes tanto del paciente como de su familia o red de apoyo. A modo de resumen del punto tratado sobre el rol desempeñado por la Asistente Social en lo que respecta a sus funciones el Psicólogo del programa apunta directamente al rol de coordinación con las redes:

Es como el ente que está más en coordinación con el mundo externo, con las instituciones, colegios, otros dispositivos de salud... Yo creo ese es como el gran plus del Asistente Social, el poder coordinar con los equipos externos, porque uno está más metido en el box, entonces este profesional tiene la capacidad de salir, de ir a la casa, al colegio, realizar la socioeducación en el colegio.

Psicólogo N°1

Se enfatiza en el nexo que constituye la Asistente Social con el contexto del paciente y la familia de este, es decir, se valora profundamente el rol de Trabajo Social en terreno, más allá de un rol clínico de box, y es en este trabajo con los entes externos que la profesión despliega sus herramientas de intervención en todos sus niveles (Caso, Familia, Grupo y Comunidad), siguiendo de este modo, la invitación a salir del box propuesta por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en especial si se consideran las particularidades de los pacientes y patologías abordadas por PMC, que demanda para esta profesional, la necesidad de abordar el caso clínico desde sus múltiples aristas, cruzando los niveles de intervención con la finalidad de avanzar hacia un enfoque comunitario, donde todos estos niveles operan al unísono. Es debido a lo anterior, que se sostiene que la labor realizada por el Trabajo Social en un programa de salud mental Infanto – juvenil, es más amplio que una mera atención clínica, a propósito de la emergencia del Trabajo Social Clínico, ya que implica un trabajo acucioso con el contexto en el cual se desenvuelven los pacientes del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

1.7.4. Retroalimentación

Una vez descritas y analizadas las funciones de cada una de las profesiones presentes en el programa, es importante señalar que, de acuerdo con el equipo de

> *"…como modelo de trabajo somos bastante eficientes y eficaces porque se hacen atenciones de manera integral, transdisciplinaria tanto en lo médico, como en lo social y lo psicológico, y eso ayuda a cumplir de manera más rápida las expectativas del paciente, porque este llega y de manera inmediata es atendido tanto por el Médico Especialista, por el Asistente Social, por el Psicólogo. Entonces da la sensación de que efectivamente está siendo acogida su necesidad y cubierta de manera integral, casi la mayoría en la primera entrevista, es decir, el paciente llega con su cuidador o con su adulto a cargo y es inmediatamente presentado al grupo que va a estar a cargo de él…".*
>
> **Médico N°1**

Se plantea que la mayor riqueza del modelo propuesto por PMC consiste en la forma de recepción del paciente, la cual se caracteriza por la calidez del equipo profesional desde el primer ingreso, donde se busca la satisfacción usuaria en cuanto a las expectativas que pueden tener los pacientes al iniciar su atención en el programa, de forma transparente y cercana, estableciendo un vínculo con

estos a través de las 3 disciplinas que en él operan, generando posibles indicadores de eficiencia y eficacia en la atención otorgada por el equipo. Ahora, sobre la adherencia de los pacientes en control al tratamiento, la profesional relata:

> *"el trabajo en equipo, coordinado, de que el paciente, o el caso del paciente esté a cargo de un equipo, también permite que la adherencia sea mejor porque tú dices "sabes que no vino el Psicólogo", y lo mandas con Asistente Social, vamos a darle nuevamente la hora, mismo caso el psicólogo "hmm no se está tomando los remedios" y te avisa "sabe que doctora, con este paciente estamos teniendo complicaciones con el fármaco"*
>
> **Médico N°1**

A través de este enfoque integral, se busca conseguir un vínculo terapéutico con el paciente, a través de un seguimiento constante de las atenciones recibidas o no por este, siendo rápidamente acogido por el equipo, en especial cuando ha faltado a alguna sesión, o sobre algún antecedente que algún miembro del equipo detecte a través de los procesos de intervención del caso clínico. En esta misma línea, se señala la importancia de una mirada de corte más sistémico al interior del equipo profesional de PMC, en parte, respondiendo a las diferentes problemáticas que puedan surgir con la fluidez de las atenciones de alguno de los 3 estamentos para con el paciente, respecto a ello, la Médico del programa comenta lo siguiente:

> *"Claro, nadie dice "Ah yo soy Psicólogo o Asistente Social o yo soy Médico y hasta aquí no más llego", ya que tenemos una mirada sistémica, podemos moldear nuestros límites en pro de servir al usuario, y eso es muy bueno porque podemos ir, si lo miramos de manera sistémica se pueden ir acomodando los roles de las partes del sistema para hacerlo funcionar".*
>
> **Médico N°1**

La profesional rescata la capacidad de adaptación del equipo de PMC frente a las contingencias, como, por ejemplo, que algún miembro del equipo se ausente, que de acuerdo con información recopilada en APS, si el médico no asiste, la persona pierde la hora. Desde el programa, se busca evitar dichas situaciones, en parte, por la dificultad para reagendar horas prontamente, debido a la lista de espera, además, que las horas son asignadas de acuerdo con la gravedad de cada caso. Entonces, los profesionales se preocupan de que todos los pacientes reciban sus atenciones en el tiempo programado, debido a que los profesionales conocen tanto el diagnóstico, como el plan de tratamiento individual del paciente,

permitiendo conocer los pasos a seguir para esta sesión, por lo cual, es el propio equipo el que toma la responsabilidad de acoger de igual manera al paciente, independiente de que la hora sea médica, o social, o psicológica. Un ejemplo de esta adaptación puede ser las Médicos Generales de PMC, dejen las recetas preparadas para ser retiradas, entendiendo que el tratamiento farmacológico no debiese verse interrumpido por contingencias ajenas al paciente, ya que, de ser así, pueden generarse graves consecuencias en este, que de una u otra manera pueden afectar la adherencia de los pacientes al tratamiento. De igual manera, los profesionales de la unidad en general poseen cuadernos donde están sus horas disponibles, y son de dominio del resto del equipo, por lo que pueden ellos mismos reasignarle una hora o visita domiciliaria de acuerdo con lo pesquisado durante la atención.

Ahora bien, dentro de esta idea de retroalimentación, es posible señalar que cada uno de los estamentos declara aquellas funciones, que, desde su profesión, pueden ser de utilidad para el resto del equipo. En este sentido, resulta relevante lo señalado por la Asistente Social N°1 sobre el aporte que realiza el Trabajo Social en esta idea de trabajo transdisciplinario:

> *"… desde el Trabajo Social el aporte al modelo PMC, es un poco de contextualizar a un usuario fuera del box… es traer cómo es el niño en su casa, en su colegio, cómo es su familia, el lugar donde vive, y eso, permite no patologizar cosas que son de su vida cotidiana, hay niños que viven en sectores deprivados socioculturalmente, y que a lo mejor se podrían ver en un box como un niño que tiene un déficit intelectual, y en verdad no lo tiene, sólo es deprivado socioculturalmente…".*
>
> **Asistente Social N°1**

Lo interesante de lo que aporta el fragmento, tiene que ver con la manera en la cual el contexto permite explicar o contribuir a un entendimiento de que algunas conductas obedecen a un contexto y no a la existencia de una patología de base, como puede ser el caso presentado, es decir, la forma en la que un contexto sociocultural precario puede generar desregulaciones a nivel conductual en el contexto escolar, es decir, no es un síntoma de un trastorno de conducta, sino una respuesta psicosomática a los estímulos que recibe el NNA en su contexto inmediato, dígase vivienda y barrio, y las redes que estos puedan construir en este medio. En este sentido, la profesional relata en profundidad la influencia de este contexto:

"…entonces hay muchas conductas que responden al medio y no a una patología, por ejemplo, nos ha pasado en reiteradas oportunidades que un niño que es sometido a un examen de salud mental, por ejemplo, le preguntan sobre qué es ser doméstico, frente a lo que él responde robar en tu casa, y es considerado como malo, entonces su puntaje en el examen disminuye, pero si tú le pones un contexto en el cual ese niño se desenvuelve, efectivamente ser doméstico es robar en tu casa porque hay una cultura que tiene que ver con las drogas y es lo que él conoce, y eso no es una patología. Entonces, desde ejemplos tan sencillos, yo creo que ponerles un contexto a nuestros usuarios, despatologizamos muchas de sus conductas".

Asistente Social N°1

Un hecho significativo es que esta deprivación puede generar dificultades en el contexto escolar, pero obedece a su historia de vida, al estilo de crianza de los padres, por ejemplo, si uno de los padres es analfabeto funcional, es bastante probable que el NNA presente el mismo rezago educacional, o que tenga una dificultad adicional en su proceso de aprendizaje a propósito de su interacción con sus redes familiares.

Entonces, lo que aporta Trabajo Social al trabajo conjunto con el resto del equipo, tiene que ver con la despatologización de conductas derivadas del contexto del paciente y su familia, que en el ejemplo anterior, se vuelve crucial la comprensión de este mundo al cual los NNA pertenecen, donde es posible la normalización de conductas que en un contexto escolar o clínico, puede levantar sospechas, muchas veces infundadas, sobre la presencia de un trastorno o patología donde realmente no lo hay, entonces, reviste especial importancia para el resto del equipo, ya que desde lo médico o desde la psicoterapia, al abordar el caso, lo más probable sea que ese NNA termine con un tratamiento farmacológico que no necesita, o con una psicoterapia orientada a la sintomatología asociada al diagnóstico, cuando la realidad es que el paciente necesita soporte en cuanto a las comorbilidades más que a un trastorno de base, que como ya se vio, no necesariamente corresponde a la realidad de este.

En esta misma lógica, y a modo de resaltar este rol desempeñado por la Asistente Social a modo de aporte a sus pares de PMC, la Psicóloga N°2 releva la importancia de la Asistente Social:

> *"Yo creo que con la Asistente Social hablamos sobre los casos, y es super necesario, imprescindible. En el caso de las Doctoras también, pero a veces no es necesario una reunión, pero el trabajo en conjunto es muy importante, no puedo estar haciendo algo sin que la doctora sepa y viceversa, y en el caso de lo social, yo creo que no hay ningún caso que no sea social en PMC".*
>
> **Psicóloga N°2**

De lo anterior, se vislumbra una valoración positiva del rol de Trabajo Social en PMC, bajo la premisa de que la totalidad de los pacientes bajo control, poseen un componente social en sus casos clínicos, por tanto, se establece que este rol es preponderante en la atención otorgada por el programa. Por otro lado, se destaca la necesidad de estar en constante comunicación sobre la evolución de las atenciones entre los profesionales, con la finalidad de estar enterados de cada paso que da el paciente en su tránsito por el nivel secundario de salud, tal vez sin la necesidad de una reunión concertada cuando es una temática puntual que pueda ser trabajada vía correo o en una conversación espontánea.

En cuanto a las funciones del Área Psicológica que pueden repercutir en las demás atenciones, la Médico N°1 señala que:

> *"…con los psicólogos podemos retroalimentarnos a través de los mismos ingresos o atenciones en dupla, permite alinear bastante el plan de tratamiento individual del paciente, ellos también se pueden vincular con las redes, y bueno, nada sería la intervención médica en hacer un diagnóstico, el entregar un medicamento si uno no se acompañara del trabajo que se hace con las familias a través de la Psicoterapia".*
>
> **Médico N°1**

Un claro ejemplo de complementariedad entre los profesionales médicos y psicólogos dice relación con el trabajo paralelo requerido para el éxito de un tratamiento entre la psicoterapia individual o familiar, y el tratamiento farmacológico, ya que, como se señaló en apartados anteriores, la psicoterapia puede aportar información relativa a la esfera emocional de los pacientes, y la forma en que actúan los fármacos en la estabilización o desestabilización del paciente, si es este último caso, se da cuenta al médico de los antecedentes, con el objeto de que este lo tenga presente en su próximo control, lo que se constituye en un aporte significativo en cuanto a la efectividad del plan de tratamiento individual, ya que este se va modificando en función de los cambios

experimentados por el paciente a propósito del tratamiento complementario fármaco – psicológico – social. Además, se puntualiza que tanto médicos, como psicólogos también son capaces de vincularse a las redes en las que el paciente y su familia participan, con la idea de generar estrategias conjuntas, demostrando de que alguna manera la influencia de la Asistente Social en aportar el contexto permitió nutrir el bagaje de las redes, y no sólo conocerlas, sino que alcanzar una vinculación real con estas, pudiendo realizar gestiones de manera más eficaz, sin depender de forma exclusiva del Área Social, entendiendo que sólo son 22 horas de esta profesional para la misma población que posee 44 horas médicas y psicológicas.

Por otro lado, la Asistente Social N°1, al referirse al aporte que le generan para sus intervenciones los aportes o antecedentes pesquisados por sus pares del equipo PMC, apunta a la apropiada delimitación de los quehaceres profesionales, permitiendo un trabajo integral sin cruzar los límites establecidos por cada miembro del programa:

> *"… el hecho de trabajar con otras disciplinas dentro de este programa me permite a mí, como única Trabajadora Social del programa, conocer y poder aportar a mis compañeros sin invadir su terreno, es decir, yo no me creo psicóloga que hace terapia, pero con Cristóbal hemos trabajado muchas veces en duplas, cada uno desde su expertiz y eso enriquece la mirada con una familia, porque Cristóbal que es Terapeuta de Familia tiene muchas herramientas del manejo, y lo que yo puedo aportar en este trabajo es la Socioeducación que es un rol histórico del Trabajo Social …"*
>
> **Asistente Social N°1**

Al ser la única Asistente Social de PMC y entendiendo la naturaleza de los pacientes y patologías abordadas en relación con la comorbilidad presente en los casos, el rol de complementariedad de la profesional, por ejemplo, con sus pares psicólogos, generando una mirada integral respecto del paciente sin necesidad de asumir funciones ajenas a su propia formación. Se destaca la formación de del Psicólogo N°1 en Terapia Familiar, en el sentido de que él posee más herramientas sobre el abordaje de temáticas subjetivas del paciente y su familia, pudiendo articular un trabajo con el sistema familiar en su totalidad y sobre cada una de las partes. En este sentido, el rol de Trabajo Social tiene que ver con el rescate de la Socioeducación como herramienta de intervención efectiva, si se consideran las condiciones ambientales y de contexto de los casos, permitiendo que la profesional

realice acciones tendientes a que el paciente y su familia posean más y mejores herramientas para enfrentar las condiciones en las que viven y se desarrollan en la cotidianidad, que terminan condicionando el curso de la patología, con la finalidad de lograr que las familias desarrollen habilidades de manejo a nivel intral y extrapersonal para enfrentar, por ejemplo, la carencia de medios económicos o condiciones materiales óptimas para alcanzar un nivel de bienestar que les permita superar sus dificultades, como por ejemplo, el surgimiento de una enfermedad crónica o un accidente grave que pueda significar un gran gasto económico, entonces la Socioeducación tenderá a enseñar a las familias redes de las cuales puedan obtener un apoyo económico u otro tipo de beneficio, como por ejemplo, el acceso al carnet de discapacidad y la postulación a Pensión de Invalidez, en definitiva, consiste en conectarlos con dicha red, sin que eso implique entregar directamente un apoyo asistencial, sino que se busca que sea la propia persona la que gestione esto, siempre y cuando las condiciones del contexto lo permitan. Entonces, se visualiza un trabajo conjunto de los profesionales, sin que esto implique traspasar el rol profesional de cada uno, sino que complementándose en función de otorgar una atención integral y de calidad.

Respecto a ello, Médico N°1 de alguna manera sintetiza el énfasis dado a este apartado del análisis, señalando que:

"… creo que somos imprescindibles el uno para los otros, porque como bien decía Pamela y Cristóbal, cuando tenemos a una persona en un box frente a un médico de la especialidad de salud mental que es muy vulnerable, porque a veces vienen derivados de tribunales, a veces vienen obligados, de una familia bien vulnerable en lo emocional, en todo, porque siente que está, porque de partida hay una cuestión de idiosincrasia de nuestro país de que cuando vas al Psiquiatra es cuando estás loco, entonces la persona se cuestiona si es que acaso estará loca, entonces, cuando yo me siento frente a él, tengo un niño o una mamá que está o muy lábil o muy inhibido, o que viene a la defensiva muy agresivo, entonces al mirarlo de tantas aristas permite crear el escenario completo, es decir, yo lo voy mirando desde donde yo tengo mi expertiz, yo desde lo médico, cómo lo veo, cómo se mueve, qué historia médica trae, de crianza, de gestación, historias de vida, Cristóbal ve la parte más emocional, Pamela lo social, etc...".

Médico N°1

De lo señalado por esta profesional, se destaca la integralidad en la mirada que se le da al paciente al momento de ingresar al programa, desde cómo se viste,

como gesticula, las palabras que usa, los movimientos de su cuerpo, la postura, el contacto visual, entre otros, que permiten hacer una idea general de este, lo que se va nutriendo de la recopilación de antecedentes médicos y sociales durante el ingreso, y aspectos más psicológicos a través de la psicoterapia, apuntando a la reconstrucción lo más apegada a la realidad de la persona que se tiene al frente, para entender su situación e idear la mejor manera de abordar su patología o trastorno de acuerdo a las características observadas durante la atención. Es más, se señala que cada parte de PMC es indispensable para la anterior, es decir, bajo la mirada biopsicosocial, las 3 profesiones cumplen un rol fundamental en la atención de pacientes porque completan este escenario en el que se desenvuelve la población Infanto – juvenil que mantiene controles en PMC.

En este mismo sentido, resulta relevante lo que declara el Psicólogo N°1 sobre el trabajo en equipo dentro de PMC, quien señala que:

"… tratamos de aunar miradas para hacer un diagnóstico mucho más completo, más acabado, más integral. Eso sirve mucho para armar las estrategias, porque tomamos en cuenta cada opinión".

Psicólogo N°1

Lo anterior, permite sumar a lo anterior que cada estamento profesional presente en PMC tiene la misma relevancia y validación que las otras dos profesiones, por tanto, los juicios profesionales que sean emitidos serán tomados en cuenta al momento de elaborar los planes de tratamiento individual, ya que se posee un diagnóstico mucho más completo y detallado tanto del trastorno, como de la sintomatología asociada a él, además de las comorbilidades de cada caso. Como manera de hacer esto operativo, los miembros del equipo se plantearon variadas alternativas para poder realizar esta coordinación de forma efectiva, y es específicamente en cuanto al plan de tratamiento, que PMC ideó lo que plantea la Asistente Social de este como una idea que no prosperó:

"… en algún momento nosotros pensamos en hacer un plan de tratamiento individual que pudiese ser revisado por el equipo completo cada tres meses y ver los avances y modificar... Eso fue una buena idea, pero nunca se pudo llevar a cabo, entonces yo creo que, si eso se lograra hacer, ayudaría muchísimo".

Asistente Social N°1

A partir de las experiencias de trabajo coordinado al interior del equipo, una de las iniciativas que fue planificada consistía en la revisión constante y sistemática de los planes de tratamiento individual con una periodicidad no superior a 3 meses, con la posibilidad de realizar modificaciones en este con miras de la evolución del caso a través de las diversas prestaciones otorgadas por el programa. No obstante, dicha revisión no se llevó a cabo por falta de tiempo y espacios de reunión, pero de igual manera se valora la posibilidad de llevarlo a cabo, una situación similar es la referida por la Coordinadora de PMC, quien señala que los tiempos de reunión no se encuentran protegidos debido a la carga laboral:

"Yo creo que, en el caso de nosotros, es la protección de los horarios de reunión, yo creo que en ese sentido uno siempre está resolviendo temáticas diferentes, porque también hacemos trabajo en otros equipos también, entonces uno siempre está al debe con las atenciones y de repente deja de privilegiar las reuniones en equipo que yo creo que son vitales para poder mantener esa retroalimentación"

Médico N°2

La Médico detalla de manera más explícita los motivos por los cuales surge la dificultad para reunirse. Una de las principales razones tiene que ver con la logística bajo la cual opera la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, ya que, la mayoría de los profesionales dividen su jornada de 44 horas en 2 programas, estando 22 horas en cada programa, entonces, los espacios de reunión de equipo son muy acotados, ya que deben responder de igual manera en ambos programas, cada uno con su propia carga de pacientes, donde además suceden contingencias que obligan a los profesionales a priorizar las atenciones por sobre los espacios para reunirse. Sin embargo, se enfatiza en la importancia de estos espacios para la intervención del programa, ya que es el único espacio de comunicación fluida entre el equipo, donde se pueden entregar todos los antecedentes recopilados por cada uno, además de su opinión respecto al caso específico, donde la experiencia de trabajo de cada uno se pone al servicio de sus compañeros de trabajo, y donde finalmente la retroalimentación de hace efectiva.

Del proceso de análisis de la retroalimentación presente entre los profesionales del Programa de Mediana Complejidad, se establece que este corresponde a un equipo transdisciplinario, en donde las funciones de cada profesional se entienden desde una perspectiva transversal, es decir, su campo de

actuación se ubica por sobre las funciones de cada miembro, permitiendo avanzar hacia la integralidad de la atención, aunando criterios frente a la atención de cada caso en particular, ya que, cada profesional conoce de primera fuente las funciones de los otros, y en función de eso, pone al servicio de estos la herramientas de su quehacer profesional.

En síntesis, el equipo de profesionales valora y valida profundamente el trabajo realizado por sus compañeros, y además de eso, son capaces de observar cuáles de las funciones de estos les tributan alguna clase de aporte para su propio ejercicio profesional, sin que esto implique inmiscuirse en el rol del otro, sino que complementando sus quehaceres en un todo integrado, que logre abordar de forma integral la necesidad de los pacientes de PMC, bajo la mirada de un trabajo en equipo, sistémico, que sabe adaptarse de acuerdo a las características de su población usuaria y logra a través de la retroalimentación, potenciar sus intervenciones. Se destaca además la necesidad de generar instancias de reunión de equipo con la finalidad de discutir sobre lo que ocurra con los casos en atención, para de este modo, realizar las modificaciones pertinentes o reforzar aquellos puntos que no se logró abordar dentro del plan de tratamiento individual, por ende, se establece la importancia de la transdisciplinariedad al interior del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

2. Línea de Fortalecimiento Institucional

El presente análisis versa sobre los resultados de sistematización del objetivo *"Describir el rol del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke al interior de las Consultorías de atención primaria durante el período 2015 – 2018".*

2.1. Antecedentes

La Línea de Fortalecimiento Institucional, tiene sus orígenes en el trabajo realizado por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil en las Consultorías Clínicas de Salud Mental en Atención Primaria desde el año 2012. Al iniciar sus funciones el Programa TDAH, la participación del equipo se limitaba a los profesionales Psicólogos, sin embargo, y a raíz de un análisis de la efectividad de estos espacios de consultoría, siendo el año 2013 la fecha en la cual se integran los profesionales del área social en 8 de las 10 consultorías activas en Viña del Mar. No obstante, lo anterior, desde los equipos de atención primaria la participación de estos profesionales no se consideraba, y por tanto, no poseían facilidades de bloqueo

de agendas para estos efectos. Finalmente, tras 2 años de funcionamiento, se logra a través del trabajo de la Mesa Tripartita incorporar a los Asistentes Sociales de los Centros de Salud Familiar debido a la trascendencia de la variable social en el diagnóstico y tratamiento de patologías en salud mental.

Por otro lado, se generan instancias de retroalimentación respecto de la manera de llevar a cabo las Interconsultas, con la finalidad de descongestionar el nivel secundario, y, asimismo, brindar herramientas para la elaboración de un diagnóstico integral por parte del equipo de atención primaria de la CMVM.

Cabe destacar que la figura de las consultorías emana desde las diferentes versiones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, específicamente en cuanto a la necesidad de trabajo intersectorial entre atención primaria y secundaria en vista de la continuidad de cuidados de los usuarios, donde debe estar garantizada la articulación entre ambos niveles.

Es decir, el objetivo central del desarrollo de estas instancias obedece al aumento de la resolutividad de la atención primaria, optimizando los canales de comunicación y coordinación entre ambos niveles de salud.

Es en este sentido que resulta relevante el rol desempeñado por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil en las Consultorías en Salud Mental de Atención Primaria de los centros de salud de la Comuna de Viña del Mar, pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y la Corporación Municipal de Viña del Mar, respectivamente.

2.2. Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria de Salud

Sobre los orígenes de las Consultorías de Salud Mental en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, es importante mencionar que corresponden a la implementación de una orientación técnica emanada por el Ministerio de Salud y que tiende al fortalecimiento de los equipos de atención primaria a través de la capacitación continua y la supervisión de casos clínicos que adoptaron dos formas; con pacientes presenciales o bien a través de la presentación de casos clínicos. En particular en el Hospital Dr. Gustavo Fricke la implementación de esta orientación técnica se inicia en la Unidad de Neurología, como señala la profesional encargada de las Consultorías desde un nivel eminentemente médico:

"… yo trabajaba en un consultorio de Atención Primaria como Pediatra, y en el fondo viví los inicios de esta experiencia de consultoría, que inicialmente fue una iniciativa de la Unidad de Neurología, y en esa época, en el fondo se veían casos, no había un equipo psicosocial permanente, sino que se veían casos como a nivel médico y farmacológico, ese era el inicio de este tema, que se llamó de Déficit Atencional, pero yo igual creo que fue una experiencia pionera en algo que se estableció después".

Médico N°3

De lo señalado por la profesional, es posible inferir que la implementación de esta orientación técnica fue abordada sólo por el estamento médico de la Unidad de Neurología, orientando su quehacer al abordaje una patología clínica altamente prevalente en población Infanto-juvenil y que en ese momento a nivel nacional se estaba evaluando ingresar a la canasta GES, la cual es Trastorno por Déficit Atencional. Sin embargo, se menciona la inexistencia de equipo psicosocial al interior de dicha instancia tal como lo señala la orientación técnica.

En virtud de la necesidad de dar cumplimiento pleno a la norma técnica que rige la implementación de las Consultorías y la visión integral de los casos clínicos que deben abordar las variables psicosociales es que, al implementarse el Piloto del Programa de Apoyo al Tratamiento por Déficit Atencional, la unidad de neurología decide integrar al equipo psicosocial de este programa en particular en el espacio de consultoría clínica, que inicia sus funciones en el año 2012. Ahora bien, sobre la importancia de la incorporación de duplas psicosociales en estos espacios de consultorías, la profesional encargada de estas afirma la necesidad de contar con este equipo de profesionales:

"… en lo que es Salud Mental Infanto - Juvenil, hay un tema proteccional, comunitario, escolar, que requiere la incorporación de otro tipo, o sea, claramente el nivel médico es absolutamente insuficiente, o sea el aporte del Psicólogo, del Asistente Social, y ojalá de varios otros actores, es fundamental, ya que, sin el aporte de estos profesionales, la visión del caso es sumamente parcial".

Médico N°3

Se hace énfasis en la parcialidad del diagnóstico médico frente al abordaje de la Salud Mental Infanto – Juvenil, ya que existen ciertas variables que superan el nivel biológico o médico, siendo necesaria la incorporación de otros estamentos

profesionales, fundamentalmente Asistentes Sociales y Psicólogos, profesiones que responden a la integralidad de la atención propiciada por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, permitiendo el abordaje de las diversas aristas de los pacientes, logrando obtener una visión integral de este, su familia, y el contexto que lo rodea. Por otra parte, se destaca la necesidad de incorporar a las otras profesiones de APS, ya que, bajo esta mirada integral, los aportes de estos cobran relevancia, como la incorporación de Matronas en el caso de usuarias embarazadas que posean trastornos de salud mental que puedan ir en perjuicio directo de su condición, aportando una mirada distinta a la del médico tratante.

Ahora bien, desde el rol de Trabajo Social, resulta interesante lo señalado por la Asistente Social de PMC, quien apunta a su incorporación a este espacio de reunión desde el Programa TDAH:

> *"Y desde la llegada de nosotros como refuerzo, que éramos 4 profesionales nuevos para el equipo, permitió, por ejemplo, que Servicio Social se incorporara a las consultorías, porque previo a la llegada de nosotros, las consultorías eran Psicólogo y Médico, Asistente Social no iba".*
>
> **Asistente Social N°1**

Se rescata el rol del equipo TDAH al aumentar la dotación profesional, lo que favoreció la participación activa de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil de manera regular en las consultorías en los diferentes Centros de Salud Familiar, marcando el precedente de la incorporación de Trabajo Social, permitiendo avanzar hacia la comprensión del contexto de los usuarios, ya que, de acuerdo a la participación del estudiante en estos espacios, se vislumbra que gran parte de la presentación de los casos, involucra aspectos ligados a la familia del paciente, como de las demás redes que intervienen en él, además de la pesquisa que este profesional pueda realizar a través de las visitas domiciliarias y la propia atención en el CESFAM, permitiendo reunir la mayor cantidad de información posible ante la posibilidad de que este contexto esté incidiendo en la sintomatología referida desde los establecimientos educacionales o por el mismo equipo de atención primaria, despejando el diagnóstico al diferenciar manifestaciones ambientales por situaciones familiares, de aquellas generadas como respuesta a una patología determinada. Respecto a ello, se declara la dificultad para lograr la incorporación de los Asistentes Sociales de APS a las consultorías debido a la alta carga de trabajo administrativo de estos, por ejemplo, en la administración exclusiva de las cartolas familiares, realizando censos,

preocupándose de que los otros estamentos la utilizaran y registraran posibles cambios en la composición de las familias, o sobre aquellos usuarios que ya no residen en el sector, permitiendo obtener estadísticas actualizadas de la población usuaria atendida. Lo anterior, se vio potenciado por el escaso reconocimiento de la variable social en los diagnósticos clínicos, a pesar de tener una visión comunitaria de la salud y en especial de la salud mental, propiciada por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria.

Imagen N°2: Consultoría CESFAM Juan Carlos Baeza

(Equipo Interconsultor, CESFAM Juan Carlos Baeza, diciembre 2018)

Por otro lado, se mencionan las dificultades para la atención secundaria respecto de las derivaciones desde APS, ya que, según la Psicóloga de PMC, existían serias dificultades en este punto al momento del ingreso de los pacientes al Programa TDAH:

> *"… nos llegaban muchas derivaciones mal realizadas, con muchas cosas que no eran Déficit Atencional".*
>
> **Psicóloga N°2**

Se enfatiza en cuanto a la incidencia de derivaciones mal ejecutadas desde APS al momento de realizar la primera entrevista de ingreso de los pacientes, donde se lograba dar cuenta de las falencias en el diagnóstico, ya que, muchas veces, el diagnóstico inicial se encontraba muy lejos de la realidad, en parte, por la fuerte influencia de las comorbilidades en los casos, como las situaciones de maltrato grave, abuso y contextos de deprivación sociocultural ya mencionados anteriormente. Lo anterior, si bien se constituyó en un primer momento como una dificultad, fue gracias a dicha situación que inició el proceso de cuestionamiento

interno del programa, que decantó en el levantamiento del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, como forma de dar respuesta al perfil de pacientes que estaban siendo derivados desde APS, permitiendo dar cobertura a estos, independientemente de la patología de base.

La situación relatada por la Psicóloga, por otro lado, llevó a la realización de diversas propuestas de mejora de las derivaciones realizadas por atención primaria, y a través de tales propuestas, la unidad hospitalaria buscaba generar un protocolo de derivación con estos centros de salud primaria, situación referida por la Asistente Social N°1 a detallar la solución a la problemática de las derivaciones excesivas o mal ejecutadas, que generaba un aumento significativo en la lista de espera de la unidad, en base a ello, la profesional señala lo siguiente:

> *"… se hizo un trabajo con APS para mejorar las derivaciones, porque antes derivaban todo, y APS de alguna manera nunca hizo el filtro, y desde el momento en que como equipo nos incorporamos a las consultorías, se lograron frenar las derivaciones que en verdad no tenían mucho objeto, o que no tenían la información necesaria antes de pasar a atención secundaria".*
>
> **Asistente Social N°1**

De lo anteriormente expuesto, se evidencia el aporte de los profesionales de la unidad al incorporarse a las consultorías y en cierta medida, establecer un protocolo de derivación tendiente a disminuir la lista de espera al despejar aquellas derivaciones que no cumplen los criterios de complejidad para ser atendidos en atención secundaria, y en caso de no reunir la información necesaria, solicitar al equipo de CESFAM correspondiente las gestiones en función de reunir más antecedentes sobre el caso, y luego de ello, poder emitir nuevamente una Interconsulta con la información lo más completa posible sobre el paciente y el contexto que lo envuelve. Estas acciones, permitieron disminuir el horizonte de atención de los pacientes, ya que a través de consultorías se podían despejar los casos antes de ser contra referidos, evitando que los casos que no cumplieran criterios asistieran a la Unidad de Neuropsiquiatría sin la posibilidad real de ser atendidos por esta. Si bien se logró, en algún momento, evitar la congestión de la lista de espera, al ampliar la cantidad de patologías abordadas por el programa.

Por otro lado, a través de las entrevistas realizadas, es posible destacar que las consultorías de salud mental se configuran como un espacio de constante formación y capacitación de temáticas emergentes desde los casos presentados,

como puede ser, por ejemplo, la diversidad sexual o la migración. Respecto a este espacio de capacitación, la Encargada de Salud Mental de la CMVM señala lo siguiente:

> *"Para mí, la mayor riqueza tiene que ver, primero, con que está la oportunidad de un espacio de capacitación, porque la consultoría se transforma en un espacio de capacitación, cierto, de ir incorporando conocimiento a partir de las preguntas que nosotros podemos realizar a partir de un caso que se pueda presentar y ver la mirada, tanto desde la especialidad, como lo que nosotros podemos aportar como trabajadores de un centro de Atención Primaria. Por otra parte, hubo otros tiempos, en que nosotros, por ejemplo, podíamos llevar al paciente in situ, y eso sí que era de una riqueza maravillosa de ver cómo un especialista, un referente tuyo en la temática, podías tú ver en acción directa con un usuario".*
>
> **Psicóloga N°3**

De lo señalado por la profesional y en base a la experiencia de participación en las Consultorías de 3 Centros de Salud Familiar, se visualiza que la transmisión de conocimientos desde el nivel secundario a APS se constituye en un proceso esperado, ya que, al considerar los objetivos generales y específicos de las Orientaciones Técnicas, se establece la necesidad de realizar transferencias técnicas con la finalidad de aumentar la calidad y pertinencia de los diagnósticos, tratamiento, rehabilitación y continuidad de cuidados de la salud mental en dispositivos de salud. Por otra parte, en esta misma línea, la importancia de esta transferencia de conocimientos recae en la posibilidad de resolver conflictos o dificultades que puedan surgir a propósito del Plan Individual de Tratamiento Integral, como lo refleja la profesional al referir la co-construcción de conocimiento a través del proceso de discusión de los casos entre APS y el nivel de especialidad de la unidad psiquiátrica del Hospital a partir de la revisión de los antecedentes y trayectoria de vida de los usuarios presentados, generando una visión integral e integrativa que se plasme en este plan de tratamiento señalado. Se destaca, además, la iniciativa de poder observar y presenciar el abordaje del caso realizado por el equipo de atención secundaria, aportando estrategias prácticas de intervención de los casos, permitiendo no sólo generar conocimientos a través de la discusión de los casos, sino que también a través de la práctica.

En relación con las capacitaciones realizadas por el equipo de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil en contextos de Consultorías, es posible señalar la

existencia de instancias como la Capacitación de temática LGBTIQ+ llevada a cabo con el equipo del Centro de Salud Familiar Miraflores Achupallas, donde se realizó una actividad teórico – práctica exponiendo sobre la diversidad sexual, y la manera de abordaje de estos casos desde la salud mental entregando herramientas de trabajo útiles para el contexto de APS en consideración de las características distintivas de un porcentaje de la población usuaria. Se destaca la participación de gran parte de los funcionarios del CESFAM en la actividad planificada por los profesionales de la unidad y las diversas gestiones desde APS en cuanto al espacio y bloqueo de agendas para cautelar la participación, entendiendo que los casos no sólo dicen relación con salud mental, por tanto, se requería solicitar bloqueos a un mayor número de funcionarios que los que participan de forma constante en las Consultorías de Salud Mental Infanto – Juvenil.

Imagen N°3: Capacitación LGBTIQ+ CESFAM Miraflores – Achupallas

(Estudiante con equipo de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, CESFAM Miraflores - Achupallas, mayo 2018)

Por otra parte, en cuanto a la asistencia de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil a las Consultorías de Salud Mental en los Centros de Salud Familiar de la Ciudad de Viña del Mar, se señala la importancia de esto en la gestión de la lista de espera de ingreso a la unidad, ya que, las Consultorías se configuran como un filtro previo a la derivación desde APS, frente a ello, la Médico N°2 señala que:

> *"… es fundamental el que uno pueda asistir a las consultorías, más que para la pesquisa de casos, es para cuando efectivamente los equipos tienen algún caso, alguna duda, podemos hacer el despeje previo a hacer venir a la mamá con el hijo para acá a un ingreso, y que después nosotros le digamos acá "no sabe que la gravedad no es para atención secundaria, sino que para primaria". Evitar esa vuelta es fundamental, y la manera de hacerlo es asistir a las consultorías".*
>
> **Médico N°2**

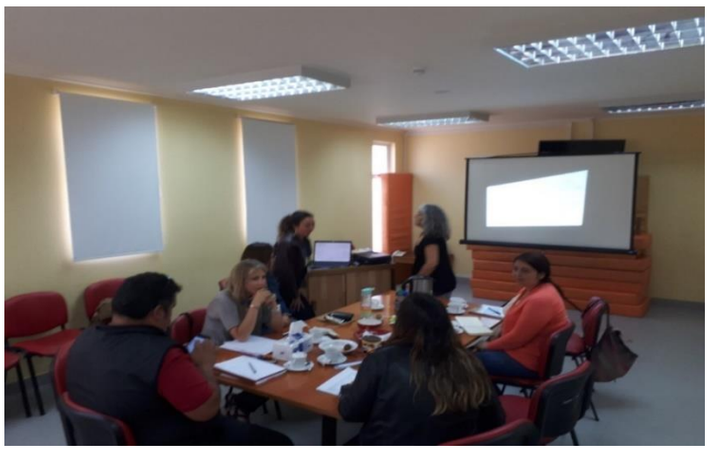
De lo señalado por la profesional médico, se enfatiza en que el aporte de su asistencia es más profundo que la mera detección de casos candidatos a atención secundaria, sino que lo más relevante es la posibilidad, como ya se mencionó, de realizar un diagnóstico integral, que logre abordar la mayor cantidad de variables respecto al caso, evita que aquellos pacientes que no reúnen los criterios de gravedad para su contra referencia a la ya señalada unidad psiquiátrica sean desestimados al hacer ingreso efectivo a esta, permitiendo avanzar hacia el despeje de la lista de espera de los diversos programas, optimizando la entrega de horas de ingreso a pacientes que sí cumplen con el perfil de pacientes. No obstante, se puntualiza que este despeje no implica que el equipo de atención secundaria no brinde orientación al equipo de APS respecto a las acciones o intervenciones a realizar para poder brindar atención al usuario y su familia, como la solicitud de mayores antecedentes o informes de actualización a TRIFAM en casos que se encuentren judicializados, o sugiriendo derivación a centros especializados de la Red SENAME, todo dependiendo de las condiciones particulares de cada caso. Lo anterior, según la profesional entrevistada, es posible en la medida en que se hace efectiva la participación del nivel secundario en estos espacios clínico-técnicos de discusión y coordinación sistemática entre ambos niveles de salud, como señala la Médico N°2:

> *"… además, como médicos participamos en las Consultorías en los Consultorios de la comuna, también para poder ser el nexo entre el consultorio y el nivel secundario".*
>
> **Médico N°2**

El fragmento presentado, apunta al rol del espacio de consultoría, ya que, en definitiva, son el espacio idóneo para la vinculación intersectorial entre estos niveles de salud, entendiendo a la atención primaria como la puerta de entrada de

la población general al continuo salud, además de ser prerrequisito para acceder a niveles superiores como atención secundaria o terciaria, por tanto, es de vital importancia el trabajo coordinado entre los Centros de Salud Primaria de Viña del Mar y la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Imagen N°4: Consultoría CESFAM Gómez Carreño



(Equipo Interconsultor CESFAM Gómez Carreño, diciembre 2018)

Ahora bien, en cuanto al rol desempeñado por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke al interior de las Consultorías de Salud Mental Infanto – Juvenil, se vuelve a destacar la importancia del trabajo coordinado entre los niveles de salud, respecto a ello, la Encargada de las Consultorías apunta a la función de asesoría, en el amplio espectro, desde el nivel de especialidad hospitalario:

> *"… el rol del equipo del hospital, yo creo que el rol fundamental es de asesoría en cuanto a los casos que se presentan y yo creo que también tenemos un rol de aprendizaje de lo que hacen las personas que trabajan en los centros de salud, porque muchas veces existe un desconocimiento bilateral de la realidad de cada centro, porque no todos son iguales, pero yo creo que el rol fundamental es de asesoría, y ojalá entregar herramientas desde el nivel más especializado para abordar los distintos casos que se presentan".*
>
> **Médico N°3**

Se hace énfasis en el rol asesor que desempeña el equipo profesional de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil respecto de los casos presentados en espacio de Consultoría, con la finalidad de entregar herramientas para el abordaje de estos. Por otra parte, es posible señalar que, si bien, el conocimiento

especializado emana desde el nivel secundario, el CESFAM, al ser una unidad de salud territorializada, posee mayor manejo de los antecedentes de cada caso, ya que, en la mayoría de los casos, son usuarios de larga data de estos centros de salud, por lo cual, es menester la asistencia de la mayor cantidad de profesionales de APS a consultorías.

De acuerdo a lo señalado por la profesional a cargo, el espacio de consultorías no solo se configura como un espacio de asesoría desde el nivel secundario a primario, sino que, debido al nivel de manejo del contexto de los usuarios de este último nivel, se establece la posibilidad de obtener mayores antecedentes a partir de la discusión de los casos, lo cual, se encuentra enmarcado en el funcionamiento particular de cada Centro de Salud Familiar, permitiendo al equipo hospitalario conocer a cabalidad las diversas gestiones realizadas en relación con los casos, la forma de funcionamiento de los equipos, permitiendo observar la presencia de liderazgos al interior de estos, lo cual, se aprecia desde la misma presentación de los casos. Sin embargo, se observa una marcada diferencia entre las presentaciones realizadas por algún miembro del equipo que ha atendido al caso, y aquel profesional que no maneja muchos antecedentes. Lo anterior, obedece a la dificultad del equipo de atención primaria de encontrar momentos de preparación de la presentación de los casos, lo que se refleja bastante cuando la presentación del caso no reúne información suficiente para el despeje del diagnóstico, dificultando las acciones tendientes a brindar atención efectiva a los usuarios en ambos niveles.

Por otra parte, y a modo se síntesis del rol de asesoría y capacitación anteriormente desarrollados, surge la pregunta sobre los aportes realizados a través de dichos roles para el desarrollo óptimo, eficaz y eficiente de las Consultorías, frente a ello, la Asistente Social N°1 declara que:

"Yo creo que eso lo hemos realizado más a nivel de unidad, que nosotros presentamos una pauta hace como 2 o 3 años atrás para que se unificara la forma de presentar los casos desde APS en la consultoría, algunos lo usan y es muy grato, y otros no lo usan, y por eso es más difícil entender el motivo de presentación del caso".

Asistente Social N°1

Se puntualiza la importancia de la propuesta de mejora de la presentación de los casos, cuya finalidad consistió en elaborar una estructura que permitiera la claridad en las presentaciones de los antecedentes de los casos ya que en dicha pauta se integra la información básica de individualización del paciente,

genograma, motivo de consulta, historia del síntoma y acciones interdisciplinarias ejecutadas en atención primaria, para de este modo poder organizar las actuaciones de los equipos. Ahora, Si bien dicha propuesta, en general, es aceptada y validada por los equipos de APS, su uso aún no es generalizado en todos los CESFAM, lo que genera la situación relatada previamente sobre la dificultad de despejar el diagnóstico al no existir, en primer lugar, un hilo conductor en la presentación de la información que manejan desde atención primaria, que de una u otra manera, obstaculiza un tránsito fluido al nivel secundario, llevando a contra referir casos que no reúnen las condiciones ni la información necesaria para que este nivel tome razón de los casos, debiendo realizar levantamientos de información que ya se encuentra disponible, pero que no fue expuesta de manera eficiente durante la consultoría, lo que implica un desafío para los profesionales de la unidad hospitalaria, ya que, deben destinar tiempos para reunir la información faltante y, en segundo lugar, dificulta la incorporación de otros estamentos, ya que en algunas situaciones se presentan casos clínicos en consultoría luego de la primera entrevista médica, sin que el paciente haya sido evaluado por Servicio Social y/o psicología, no existiendo claridad de su contexto por ejemplo, y por otro lado, no existiendo un acabado diagnóstico de la historia del síntoma del paciente y no habiendo agotado las posibilidades de intervención de atención primaria, por lo cual se pierde de vista la riqueza las personas y sus familias de intentar un primer cambio para mejorar la situación que aqueja patologizando de inmediato las vivencias. En vista de esta situación, se levanta la necesidad imperiosa de adoptar el modelo de trabajo propuesto por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, para de este modo optimizar los tiempos de espera de los pacientes, además de obtener una visión integral de los casos, tendiente a la agilización del horizonte de atención, al contra referir casos que poseen claridad de los antecedentes tanto biológicos como psicosociales, es decir, desde la sintomatología diagnosticada, hasta la presencia de comorbilidades. La idea de ello consiste en generar un escenario lo más cercano a la realidad cotidiana tanto de los pacientes que son contra referidos, como de aquellos que requieren continuidad de atención desde la salud primaria.

A nivel de Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, es posible señalar que los aportes de este tienen que ver con lo señalado por la Médico Coordinadora de PMC, la que aborda esta temática de la siguiente manera:

> *"…yo creo que hemos logrado que efectivamente todos vamos a consultoría y por tanto conocemos un poco más la red, pero no sé si en términos de ordenamiento hemos logrado hacer tanto como programa".*
>
> **Médico N°2**

Al igual que su par Asistente Social, la profesional enfatiza en que los aportes a las Consultorías tienen que ver con gestiones realizadas por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil más que por PMC, es decir, el programa se presenta como una de las opciones disponibles a nivel de oferta de esta unidad, como lo son los demás programas, como Mayores y Menores de 15 años. Sin embargo, a nivel de equipo se distingue la importancia de la asistencia del equipo PMC a las Consultorías asignadas a cada profesional, ya que, al participar de forma activa, es posible generar un trabajo coordinado con la red, conociendo su funcionamiento y medios a través de los cuales poder realizar gestiones, entendiendo que los pacientes se desenvuelven en un contexto donde coexisten las redes o dispositivos de múltiples ámbitos, por lo cual, se destaca la necesidad de lograr que todos los profesionales del programa, al menos, conozcan las redes en las que se encuentran insertos los pacientes en control en PMC.

Siguiendo en la lógica de aportes desde la unidad señalada al trabajo intersectorial de las Consultorías, se destaca, como se mencionó en apartados anteriores, el rol de entrega de herramientas a la atención primaria para aumentar su resolutividad a través de un diagnóstico exhaustivo de cada caso, se encuentra presente en las programaciones del Hospital, como se vio en la Capacitación LGBTI+ realizada en el CESFAM Miraflores – Achupallas. Lo anterior, es explicado por la profesional del área social N°1, quien coincide con esta visión a través del

> *"Otra cosa en la que pudimos aportar fue en algunas capacitaciones cuando había un diagnóstico muy prevalente, por ejemplo, vamos a inventar "En Nueva Aurora habían aumentado los casos de consumo de drogas, y el equipo de atención secundaria ocupaba una consultoría para entregar herramientas de pesquisa o de trabajo terapéutico para los profesionales…".*
>
> **Asistente Social N°1**

Se destaca que las capacitaciones realizadas por la unidad psiquiátrica a los equipos multiprofesionales de los Centros de Salud Familiar de la Ciudad de Viña del Mar, posee un fuerte componente de adecuación de acuerdo al perfil de usuarios y características territoriales y contextuales de la cobertura de cada centro, como el ejemplo señalado, donde un CESFAM específico detecta la

prevalencia de un trastorno o situación en su población usuaria, y se encarga de realizar las gestiones pertinentes para la obtención de capacitaciones atingentes a la temática, de cara a brindar una mejor atención, orientada por las particularidades señaladas, levantando esta necesidad a través del espacio de consultorías con el objetivo de obtener orientación desde el nivel secundario el abordaje integral, donde los profesionales de la Unidad de Psiquiatría, dependiendo de su especialidad, pueden compartir sus conocimientos y su experiencia de atención del perfil de pacientes similar a los detectados desde APS, permitiendo que estos profesionales desarrollen herramientas para aumentar su resolutividad, permitiendo evitar la derivación de casos por falta de expertiz en la temática. Lo anterior, permite reflejar que, al igual que el tránsito desde TDAH a PMC, en salud primaria, los equipos adecuen sus prestaciones a la realidad de su propio centro, sin embargo, dicha situación se ve complejizada debido a la necesidad de cumplimiento de metas por parte de la CMVM, donde se tiende a privilegiar la cantidad de prestaciones a una población específica, como por ejemplo, la aplicación de Ficha CLAP a usuarios adolescentes menores de 15 años durante el primer semestre del año 2018, antes que la calidad de las atenciones, por tanto, se establece como un nudo crítico para la atención primaria, debido a la gran cantidad de población que demanda atención en este nivel de salud, provocando el aumento de la lista de espera, que en pacientes psiquiátricos es bastante complejo no seguir controles periódicos de su trastorno, generando además, dificultades para poder hacer el seguimiento de los usuarios, ya que, si pierden su hora, lo más probable es que le sea asignada una nueva en un plazo mayor a 1 mes.

Imagen N°5: Consultoría CESFAM Miraflores – Achupallas

(Equipo Interconsultor CESFAM Miraflores – Achupallas, diciembre 2018)

En cuanto a la incorporación del área de educación en las Consultorías, se declara que la mayoría de los casos que llegan a APS son derivados por los establecimientos educacionales, donde, además, poseen más información sobre el desempeño escolar de los NNA, su comportamiento en aula, y el nivel de participación de los padres o cuidadores de estos en cuanto a las actividades escolares, como reuniones de apoderados y demás actividades propias del ámbito educativo. La profesional destaca la oportunidad de vincular el área de educación a la temática de salud mental de la población Infanto – Juvenil, señalando que:

> *"…yo creo que ha sido un espacio importante porque, además, varios de estos espacios se han abierto también a las escuelas y han podido los profesionales o duplas psicosociales de los colegios que atienden casos de niños que presentan problemas de salud mental, participar de estos espacios de consultoría presentando casos y pudiendo realizar algún tipo de coordinación con las personas del nivel secundario…".*
>
> **Asistente Social N°2**

A partir del fragmento presentado, se observa la posibilidad de trabajar en red ya no solo entre los diversos niveles de salud, sino que incorporando actores que hasta el momento no han sido considerados de manera formal en el área de la salud mental, limitando su accionar a la participación en las reuniones mensuales de la COMSE de cada CESFAM, y algunas actividades en terreno, como días preventivos y operativos de salud. La profesional señala la relevancia de la incorporación de equipos de convivencia escolar y de la dupla psicosocial de cada establecimiento en algunas consultorías, lo cual, se transforma en un aporte en la incorporación de las Orientaciones Técnicas, las que invitan a los equipos de salud de APS, Atención Secundaria, el usuario y su familia y a las redes a trabajar en conjunto en la búsqueda de soluciones colaborativas para superar las problemáticas que los afectan, entonces, la incorporación del área de educación en las consultorías viene a dar respuesta a la norma técnica emanada desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Por otra parte, no sólo se transforma en un espacio para la presentación de los casos y aporte de antecedentes desde lo educacional, sino que también permite realizar coordinaciones de manera directa entre el equipo de la unidad hospitalaria y las duplas psicosociales de las escuelas de la corporación, permitiendo la articulación de nuevas redes que permitan abordar de mejor manera las problemáticas de salud mental de este segmento de la población.

Finalmente, las consultorías realizadas entre el nivel primario y secundario en Viña del Mar, según la Encargada de Salud Mental de la CMVM se constituyen como:

> *"… el espacio de la consultoría se transforma precisamente en la posibilidad de gestionar más rápido y de manera más pertinente o certera, una interconsulta".*
>
> **Psicóloga N°3**

Se observa que el trabajo realizado por esta instancia de coordinación intersectorial permite cumplir con uno de los objetivos principales en relación a la atención de los usuarios o pacientes, que es la de brindar atención en el menor tiempo posible, permitiendo mejorar los canales de referencia y contra referencia de casos que realmente constituyan criterios de gravedad para ser abordados por atención secundaria, por tanto, se valora profundamente el espacio generado en las consultorías, ya que, permite, a través de la exposición de los casos, determinar el curso de acción en relación a los antecedentes aportados por los equipos de APS, permitiendo privilegiar aquellos casos de alta complejidad, que por su naturaleza no puede ser vistos desde el CESFAM. Por otro lado, se destaca nuevamente la doble dimensión de las consultorías, ya que se entregan herramientas sin distinción de gravedad, permitiendo, a través de los referentes del nivel de especialidad, aumentar la resolutividad de APS en cuanto a los casos que, una vez presentados los antecedentes, se recomiende la continuidad en su centro de salud.

Otro elemento a considerar dice relación con la experiencia de trabajo de las consultorías, y la forma en que esta experiencia se transforma en conocimiento afianzado en los equipos de atención primaria, ya que, desde el año 2012, se ha favorecido la generación de estrategias que den posibles respuesta a situaciones similares experimentadas por los profesionales, o, situaciones emanadas de la misma presentación de los casos, o la experiencia del equipo del nivel secundario en cuanto a estrategias útiles para casos abordados desde la especialidad, como forma de potenciar prácticas que logren otorgar una atención de calidad e integral respecto a una patología de salud mental que se encuentra condicionada por comorbilidades psicosociales. Se declara que las consultorías con el pasar de los años de implementación con equipos multidisciplinarios, estos espacios se han vuelto más específicos, es decir, la presentación de casos clínicos a la fecha implica la revisión de estrategias innovadoras en el abordaje de casos clínicos más que en la lógica de entender o abordar la situación.

A modo de síntesis del presente apartado, se declara que las Consultorías en Salud Mental Infanto – Juvenil en los Centros de Salud Familiar de la Corporación Municipal de Viña del Mar se constituyen como un espacio de asesoría a los equipos de salud primaria respecto del abordaje de las patologías o problemáticas que afecten a su población usuaria, con el objetivo de generar diagnósticos atingentes a la información disponible sobre el caso, ya sean antecedentes de la trayectoria de vida y las redes familiares, como aquellos registros de las diversas atenciones realizadas por el centro, para así, determinar el curso de acción en relación al Plan Integral de Tratamiento Individual.

Por otra parte, en cuanto al espacio de aprendizaje propiciado por las consultorías, se apunta al rol de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil de brindar orientación técnico – práctica a los equipos de APS para aumentar la capacidad resolutiva de estos, al brindar herramientas apropiadas para las particularidades territoriales y de su población cubierta, permitiendo capacitar a los profesionales en el abordaje de temáticas emergentes, como puede ser la diversidad sexual anteriormente señalada, que fue abordada en función de un diagnóstico de la cantidad de casos con esa condición. La finalidad de ello es justamente dotar al CESFAM de aptitudes y habilidades para enfrentar de mejor manera las problemáticas detectadas a raíz de su propia intervención con los usuarios. De forma paralela al trabajo realizado por atención primaria, se señala que la incorporación de otros actores al interior de las reuniones clínico – técnicas, dice relación con la necesidad imperiosa de avanzar hacia una visión más integral sobre los casos, siendo el área de educación un nicho del cual se pueden desprender nuevos antecedentes de acuerdo a lo visualizado por el equipo psicosocial y escolar en la cotidianidad de los NNA, permitiendo además, la generación de coordinaciones directas entre el nivel secundario y los establecimientos educacionales, superando la visión de que el área de educación se encuentra fuera del campo de actuación de la salud, demostrando que su rol es mucho más profundo que la participación en la Comisión Mixta de su CESFAM.

En lo que respecta a la función del equipo de atención secundaria en las consultorías, se establece que el rol de los equipos interconsultores de la unidad señalada ha significado un aporte trascendental en la manera de abordar los casos con problemáticas de salud mental, permitiendo la generación de estrategias que apuntan a un ordenamiento interno en cuanto a la forma de realizar el trabajo intersectorial de manera clara y transparente, definiendo la ruta de trabajo de ambos niveles de salud, con el objetivo de gestionar de mejor manera las

Interconsultas y el trabajo con aquellos casos que no cumplan criterios de gravedad para su referencia a la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, por tanto se infiere, que sin bien aquellos casos que continúen en APS por no cumplir criterios no recibirán atenciones en el nivel secundario, el equipo de este de igual manera entrega orientaciones o directrices sobre el trabajo a realizar en relación a dichos casos.

Finalmente, se destacan 2 hechos significativos, el primero, tiene que ver con el posicionamiento del Trabajo Social en el área de salud mental, en especial la manera en que estos profesionales se han incorporado de forma paulatina a las consultorías, lo cual, fue intencionado por la llegada de los profesionales del Programa TDAH, por tanto, se establece que gracias a las gestiones realizadas a través de la Mesa Tripartita, se logró visibilizar la importancia de esta profesión en la salud mental, al considerar que la variable social posee una gran influencia en el abordaje de cada caso, logrando que se incorporaran los Asistentes Sociales de APS en estos espacios de reunión clínico – técnica. En segundo, dice relación con la importancia de la experiencia de trabajo de las consultorías desde el año 2013, tecnificando los procedimientos de presentación y la complejidad de los casos, lo cual, a través de la experiencia de las consultorías, los profesionales de APS cuentan hoy con más y mejores herramientas para abordar la complejidad de cada caso, teniendo además, la experiencia que puedan aportar el equipo de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, compartiendo nuevas lógicas de intervención en base a trabajos previos con pacientes de similares características, por tanto, se establece que el proceso de aprendizaje que significa la asesoría de atención secundaria, es un proceso continuo de incorporación de herramientas de abordaje de casos clínicos desde una perspectiva biopsicosocial en equipos multidisciplinarios.

3. Línea de Gestión de Redes o Comunitaria

El presente análisis versa sobre los resultados de sistematización del objetivo "Estructurar las redes de colaboración intersectorial presentes en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del hospital Dr. Gustavo Fricke durante el período 2012 – 2018".

3.1. Antecedentes

La línea de gestión de redes del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica se remonta al año 2012, cuando el Programa Piloto Ministerial de

Déficit Atencional entra en funcionamiento en la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil. El principal objetivo de dicha línea consistía en articular una red comunal a fin de conocer y establecer vínculos efectivos entre el programa y los diversos programas de infancia y adolescencia presentes en la comuna de Viña del Mar, es así como se integra a la mesa de OPD y se participa en el diagnóstico comunal, con lo cual se logra conocer los sectores de mayor vulnerabilidad social, esta información se cruza con las estadísticas del programa a fin de identificar el CESFAM desde el cual se reciben mayor cantidad de derivación por TDAH y de esta forma estableció el sector más propicio para realizar un trabajo comunitario.

Esta línea de trabajo se estableció a su vez como una forma eficiente de dar cumplimiento al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que invita a los equipos a potenciar las capacidades de las comunidades para hacerse cargo de su propia salud mental.

Dentro de las principales instancias generadas a partir de la gestión de la redes de la línea precedente, es posible mencionar, en primer lugar, el desarrollo de una iniciativa pionera en el trabajo directo con los padres o cuidadores de pacientes con diagnóstico de TDAH, denominada como Club Multifamiliar, que corresponde a una adaptación de un modelo de trabajo de adicciones, cuyo fin consiste en rescatar la experiencia y las herramientas de estos padres y madres y las pone al servicio de familias que se van sumando a la atención en el Programa TDAH. Por otro lado, en cuanto al abordaje del Déficit Atencional, además de un trabajo directo con paciente y su grupo familiar, donde surge la necesidad de realizar un de coordinación con la red.

3.2. Trabajo en Red

En lo que respecta al trabajo comunitario, se señala, en primer lugar, que la articulación con la red se configura como uno de los pilares fundamentales en el desarrollo del Programa TDAH y la transición hacia el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica. Respecto al primer acercamiento con las redes (TRIFAM, SENAME, APS), es posible destacar el rol desempeñado por la Asistente Social de TDAH, cuya preocupación fundamental era poder generar redes de colaboración en función del perfil de pacientes y patologías, con el objetivo de gestionar un trabajo conjunto, entendiendo que los pacientes se desenvuelven en dichos dispositivos, y en muchos casos, de forma paralela. Entonces, a la luz del trabajo realizado por cada parte de la red y la necesidad de generar instancias de trabajo cooperativo con el fin de evitar la sobre intervención,

sobre ello, el Psicólogo N°1, al momento de referirse al trabajo de la Asistente Social con las redes, señala lo siguiente:

> *"… gracias a Pamela fuimos un poco precursores en poder hacer estos nexos con la red, porque los Psicólogos no tenemos mucha visión de la red, pero Pamela hizo todo esto diplomáticamente hizo todas estas conexiones para poder ir trabajando con los pacientes".*
>
> **Psicólogo N°1**

Se reconoce la exclusividad de la profesional del área social en cuanto a la conformación de redes al interior del Programa TDAH, configurándose como uno de los primeros programas al interior de la Unidad de Neuropsiquiatría en establecer relaciones con la red, de cara a una atención integral, conociendo el trabajo de los demás dispositivos con los pacientes y sus familias, además de recabar antecedentes de otras aristas del caso, como la judicial, permitiendo conocer el estado de las diversas causas judiciales del caso, tales como medidas de protección o solicitud de ingreso a dispositivos de la red SENAME, o incluso, solicitando el ingreso del paciente a la unidad hospitalaria. Lo anterior, también dice relación con el establecimiento de la profesional como la cara visible del equipo clínico del programa con la red, posicionándose en un rol de liderazgo de las reuniones clínicas, logrando brindar una suerte de hilo conductor en el Plan de Tratamiento Individual.

Por otra parte, la intervención a través de redes comunales permite que el trabajo realizado con familias multiproblemáticas sea más eficiente en virtud que los casos clínicos se encuentran intervenidos por varios programas a la vez y, por tanto, se hace necesaria la coordinación de los objetivos que cada institución propone para la superación de la situación que dio origen a su ingreso. Cabe señalar que es altamente estresante para los padres y/o tutores a cargo de los NNA asistir a más de una consulta a la semana, por lo que se hace imprescindible para todas las organizaciones priorizar las metas. Desde este punto de vista la Profesional Médico N°2 señala la importancia de este trabajo para el perfil de pacientes atendidos en PMC, frente a ello, declara:

"Yo creo que en el caso de nosotros es fundamental, porque efectivamente muchos de los casos, como son con aspectos psicosociales o con ámbitos psicosociales muy complicados, entonces el contacto y la gestión con redes, es fundamental porque si no tenemos la red, no tenemos idea de qué están haciendo en otros lados, porque muchas veces nos pasa que nosotros decimos "hay que judicializar este caso", y de repente nos contactamos con la red y nos damos cuenta que el caso ya está judicializado, y eso obviamente aumenta la resolutividad, pero también que podamos delegar ciertas funciones a otras redes, y que además sea más expedito hacia las diferentes redes a las que acceden nuestros pacientes".

Médico N°2

De lo señalado por la profesional, se destaca la vital importancia de este trabajo con la red para obtener información actualizada sobre las intervenciones realizadas por los otros entes intervinientes del caso, entendiendo que los pacientes y sus familias se encuentran condicionados por la presencia de comorbilidades psicosociales severas, por ejemplo, se puntualiza la temática judicial, ya que, muchas de estas comorbilidades generan, en parte, situaciones de negligencia, situaciones de abuso, violencia, entre otras, es más, muchas de estas situaciones son pesquisadas durante el ingreso, debido a lo anterior, es menester conocer la situación judicial, en específico las ligadas a Tribunales de Familia o Fiscalía, como Medidas de Protección a propósito de situaciones constitutivas de delito o que signifiquen un perjuicio para el bienestar biopsicosocial de los NNA. No obstante, la principal necesidad de este trabajo con las redes y el conocimiento de los diversos procesos de intervención y acciones realizadas por los equipos pertenecientes a la red consiste en la oportunidad de aumentar la resolutividad de los dispositivos intervinientes, además de permitir una distribución de las atenciones de acuerdo con pertinencia institucional y factibilidad técnica de estos. Por otro lado, se enfatiza en las acciones de coordinación entre las múltiples redes en las que se desenvuelve el paciente, en específico aquel punto que dice relación con la capacidad de agilizar el tránsito de estos por los dispositivos, que tras la evaluación por sospecha diagnóstica, se logre establecer la prevalencia, por ejemplo, de una situación de abuso de carácter sexual asociado a explotación, activando la red, por ejemplo, para un Programa de Reparación de Maltrato, siempre y cuando se establezca que la manifestación sintomatológica podría provenir de dicha situación de explotación sexual, donde los padres o

adultos responsables podrían estar actuando como facilitadores, debiendo además, activar la red con TRIFAM o Fiscalía para que estos tomen razón, o bien, indagar a través de dicha red si existe alguna causa vigente, donde la responsabilidad del equipo clínico es enviar informes de actualización de antecedentes al juez del Tribunal respectivo para que este tome razón de los nuevos antecedentes pesquisados.

Por otro lado, en vista de los antecedentes, se hace necesaria la coordinación y el conocimiento de las acciones realizadas por todos los dispositivos que toman parte de la intervención de los casos, de manera que sea posible realizar acciones coordinadas y pertinentes al caso a intervenir, obedeciendo, asimismo, a la lógica integral sistémica. Respecto a ello, la Asistente Social de PMC apunta a la importancia del trabajo en red para evitar la sobre intervención de los pacientes y sus familias:

"Otra cosa que nos ha permitido es disminuir la sobre intervención en las familias, porque tenemos familias que están en 3 o 4 dispositivos más, entonces nos reunimos con los dispositivos, porque la idea de este trabajo en red era aunar criterios para que todos tuviésemos una visión más o menos igual de la familia, entonces nos permite triangular información, delegar objetivos, y nos permite ampliar la visión y no parcelarla, que me había dado vueltas, porque como las familias que atendemos son multiproblemáticas, cuando los equipos los intervienen y parcializan la atención, y como no se conocen entre ellos, o no se aúnan criterios, uno como profesional tiene mayores probabilidades de tomar malas decisiones, apurar procesos y de sobre intervenir, y finalmente lo que uno hace es dañar a la familia más que ayudarla".

Asistente Social N°1

Lo principal de lo señalado por la profesional del área social, dice relación con la disminución de las sobre intervenciones al conocer el trabajo realizado por las demás redes en las cuales el individuo se encuentra inserto, con la finalidad de avanzar hacia una comprensión similar respecto de cada caso, permitiendo la división de las funciones, que como ya se señaló, permite aumentar la resolutividad de la red en sí misma.

Ahora, volviendo a retomar la temática de las familias multiproblemáticas, surgen dificultades al momento de intervenir sin consideración de la labor desempeñada por otros dispositivos, ya que se subdivide a la persona de acuerdo con el área de interés o expertiz de la institución, lo cual, se contrapone con la apuesta de ser un

programa que interviene de manera integral, debido al desconocimiento de los equipos y campo de acción de la red. Lo anterior, puede llevar a generar daños importantes al paciente y a su familia, como por ejemplo, develar una situación de vulneración cuando un PRM se encuentre trabajando en ello, generándole dificultades a ese dispositivo para continuar el trabajo terapéutico del paciente, pudiendo decantar en el abandono de tratamiento del mismo, por ende, se establece que el conocimiento de las redes y el trabajo que desempeñan con relación al paciente es indispensable en la lógica de un trabajo de gestión de redes, pensando que en la medida que se aúnan criterios sobre la intervención del caso, se logra efectivamente brindar una atención de calidad, integral, y centrada en las necesidades de los pacientes, sus familias, y la comunidad a la que pertenecen. Respecto a ello, se infiere la importancia atribuida al rol de Trabajo Social como articulador de redes temáticas específicas a nivel comunal, con el objeto de aumentar la cantidad y calidad de respuesta frente a las problemáticas de salud mental, como, por ejemplo, la integración del área social en las mesas comunales de SENDA Previene, o la participación en los diagnósticos comunales de la OPD. Se precisa que, de forma previa a dicha incorporación, existía la creencia generalizada de que el área social se ubicaba por fuera de la salud mental, ya que se configuraba como un área de trabajo con exclusividad médico – psicológica.

En base a los analizado anteriormente, en cuanto al rol del Trabajo Social en la Línea Comunitaria de PMC, se destaca el aporte de la profesional en la gestión de redes, permitiendo generar un modelo de trabajo innovador en cuanto al abordaje de los casos, que se traduce, por ejemplo, en la gestión de reuniones ampliadas con los programas intervinientes, logrando materializar la necesidad de establecer criterios comunes entre estos. Sin embargo, dicho proceso no estuvo exento de algunas resistencias desde lo clínico, lo cual, tiene que ver con la preeminencia del modelo biomédico en el contexto de la unidad psiquiátrica, y es debido a ello que el tránsito hacia la visión de salud mental comunitaria propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se ha caracterizado por su lentitud y complejidad, ya que la visión clínica aún se encuentra arraigada en las bases de la salud pública, por tanto, es especialmente dificultoso promover iniciativas cuestionadoras de estos cánones de atención. No obstante, lo anterior, se destaca el interés del resto de la red en la posibilidad de sostener reuniones con equipos especializados para despejar dudas respecto a los alcances de sus propias intervenciones en virtud de la salud mental de los NNA y sus padres o cuidadores, por ejemplo, que un equipo de PRM logre entender el nivel de comprensión de un

niño o niña con algún grado de Déficit Intelectual, puede adecuar sus estrategias de reparación y su accionar será realmente efectivo.

De lo anterior, se precisa la importancia de la claridad de los profesionales Asistentes Sociales en cuanto a los alcances de su profesión, con la finalidad de configurarse como un real aporte tanto en los diagnósticos clínicos, como en la propia intervención de un caso, abriendo nuevos escenarios y variables que no son visibilizadas por las demás profesiones de la salud, fortaleciendo y llevando a la práctica el mandato de abrir las unidades de salud mental a la comunidad, de devolverles la capacidad de afrontar su propia salud. Se visibiliza el rol histórico del Trabajo Social en la educación social informal en todos los ámbitos de la red, para de este modo, agilizar su accionar e incidiendo en las autoridades para, por ejemplo, redestinar los recursos existentes con el objetivo de responder a estos nuevos escenarios.

3.3. Club Multifamiliar

Dentro de las primeras iniciativas generadas por el equipo del Programa TDAH al interior de la Línea Comunitaria, dando respuesta al objetivo de formación de organizaciones sociales de base, surge la propuesta de implementación de un Club Multifamiliar, basado en el Modelo Ecológico Social Multifamiliar para el tratamiento de dependencias adaptado al contexto chileno por el Médico – Psiquiatra Mauricio Troncoso. Sin embargo, de acuerdo con lo señalado por la Asistente Social N°1, dicho programa debió ser reacondicionado para TDAH, respecto a ello, señala lo siguiente:

> *"… queríamos trabajar con los papás, que era algo inédito acá en la Unidad, porque en general acá se atendía sólo a los niños, sin un trabajo con la familia... no había psicoeducación, nada. Entonces con Cristóbal somos trabajadores socio - sanitarios y estábamos capacitados en el Modelo Ecológico Social Multifamiliar, y lo que hicimos, fue adecuar ese modelo que estaba dirigido a Alcohol y Drogas, a Déficit Atencional y armamos un Club Multifamiliar en el CESFAM Dr. Jorge Kaplán en Reñaca Alto".*
>
> **Asistente Social N°1**

De lo referido por la Asistente Social de PMC, se vislumbra la impronta comunitaria del Programa TDAH, al establecer un trabajo directo con las familias de los pacientes en atención, es decir, previo a ello, no se consideraba trascendental, por ejemplo, que los padres comprendieran explícitamente en qué consistía el Trastorno por Déficit Atencional, por tanto, difícilmente lograrían generar los

cambios necesarios para el establecimiento de condiciones óptimas para el desarrollo del niño o niña con TDAH a nivel familiar. Es debido a lo anterior, que surge la iniciativa por parte de la dupla psicosocial del programa, de instalar un Club Multifamiliar, ya que, debido a su calidad de Trabajadores Socio – Sanitarios, que implica la especialización en cuanto a la implementación del Modelo Social Multifamiliar, consideraron que se podría establecer como un aporte trascendental para el establecimiento de este trabajo integral que involucre tanto al paciente, como a su familia, y la comunidad a la que pertenece a través de la formación de agentes comunitarios que logren traspasar los conocimientos y herramientas adquiridas a través de este club hacia sus familias, y asimismo, a su comunidad. Dicho rol, implica que estos profesionales actúen en calidad de coordinadores de este club, donde además las familias se incorporen simultáneamente al trabajo grupal, evitando la parcelación de las intervenciones.

Siguiendo la idea anterior, se enfatiza que en este contexto de trabajo en red, el modelo de trabajo, adaptado a TDAH por la dupla psicosocial compuesta por la profesional citada y uno de los Psicólogos del mismo programa, desde una propuesta orientada al abordaje de consumo de Alcohol y Drogas, se configuró como un avance importante en la implementación de la atención psiquiátrica con enfoque comunitario, como la propuesta por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con el espíritu de acercar a la comunidad, permitiendo encontrarse con esta en sus propios espacios. Ahora bien, en cuanto al objetivo de este programa en la propuesta del Dr. Troncoso, este dice relación con la capacidad de rescatar las experiencias de las familias frente a una problemática específica (Alcohol y Drogas), y cómo, a lo largo de su historia se han ido organizando y reorganizando para brindar apoyo y contención para la disminución de las recaídas, que en el caso específico del TDAH el objetivo fue rescatar las experiencias de ma/paternidad y cómo las familias se han ido organizando para apoyar una crianza que permita el disfrute con los hijos, previniendo situaciones de maltrato, ampliando el abanico de respuesta en momentos de disciplina a los a hijos, interrumpiendo historias transgeneracionales de violencia y maltrato.

Imagen N°6: Club Multifamiliar CESFAM Dr. Jorge Kaplán Reñaca Alto

(Participantes Club Multifamiliar CESFAM Dr. Jorge Kaplán Reñaca Alto, 2013)

En cuanto a la implementación del modelo en el programa piloto, el foco de intervención fue adecuado al perfil de familias con niños diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional con o sin comorbilidad, a partir de los antecedentes aportados por los diagnósticos comunales a fin de realizar el rescate de las experiencias de estas familias, permitiendo disminuir, entre otras cosas, las variables ligadas a maltrato infantil, ya que se establece que estas familias se encuentran altamente estresadas y poseen un repertorio de reacción precarizado frente al comportamiento disruptivo, lo que puede derivar en situaciones de violencia física y psicológica al no poseer las herramientas de manejo de dicha conducta, sin que esto implique una relación de intencionalidad de generar daños a niño o niña con este trastorno. A partir de aquello, surge la necesidad de rescatar el conocimiento de estas familias, las estrategias que utilizan, sus temores y desconocimiento, y lo más relevante, la visión positiva de estos hacia sus hijos, lo cual, se establece como una fuente inagotable de riquezas para el desarrollo de los procesos de intervención. Dicha experiencia, fue realizada en las dependencias del Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Kaplán en el sector de Reñaca Alto, y en el Centro de Salud Familiar Profesor Eugenio Cienfuegos, la idea central constó de articular una red de trabajo colaborativo entre los Centros de Salud Primaria y los establecimientos educacionales pertenecientes al área de cobertura de los CESFAM seleccionados a través del análisis exhaustivo de los diagnósticos comunales donde la profesional del área social del programa participó de manera activa articulando las redes.

La experiencia recientemente presentada tuvo la oportunidad de ser expuesta y compartida con el resto del equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría y los equipos

psiquiátricos de otros hospitales del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota a través de la presentación de la experiencia de la implementación del Modelo Ecológico Multifamiliar en el contexto de Déficit atencional en los CESFAM antes mencionados, en el espacio de las Cuartas Jornadas de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil, convocada por la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke el 29 y 30 de agosto del año 2014 en el Hotel Gala de la Ciudad de Viña del Mar.

A través de la revisión documental con fines de sistematización llevada a cabo por el estudiante sobre la experiencia realizada en el CESFAM Dr. Jorge Kaplán, se logra sostener la idea de que la readaptación del Modelo Multifamiliar a Déficit Atencional se configuró como una experiencia pionera en una unidad de salud mental con un enfoque prevalentemente biomédico, donde la biología tiende a primar por sobre lo psicosocial, permitiendo relevar la figura del trabajo con el contexto en el cual se desenvuelven los pacientes, entendiendo que los cambios necesarios para brindar las condiciones óptimas de desarrollo para los NNA, son transversales, por tanto, demanda una constante adecuación entre el sujeto y su ambiente, en este caso, se requieren cambios tanto a nivel familiar, como a nivel escolar, y en este sentido, permite visualizar que esta iniciativa puede ser replicada o al menos, servir de base para el desarrollo de intervenciones donde la familia sea considerada como parte constitutiva de los procesos terapéuticos.

A modo de síntesis del apartado referido a la conformación del Club Multifamiliar con temática de TDAH, por parte de la dupla psicosocial del Programa Piloto de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional, se señala la importancia que reviste esta experiencia para una unidad psiquiátrica de población Infanto – Juvenil en el tránsito hacia un modelo de atención de salud mental comunitario, donde la familia y comunidad juegan un rol preponderante en el curso de la patología en la vida de los pacientes, por tanto, se requiere que los profesionales de la salud mental, en especial de una unidad hospitalaria, incorporen estos contextos a sus intervenciones y atenciones, no sólo para la pesquisa de antecedentes, sino que también para hacerlos parte de los señalados procesos terapéuticos, bajo la premisa de que no hay mayor experto en la vida de cada uno que las mismas personas, y en este caso, sus familias, por ello, es menester establecer un trabajo colaborativo con las redes familiares y territoriales donde el sujeto desarrolla su vida. Se rescata la abstracción de la dupla psicosocial para adaptar un modelo orientado a una temática específica, como lo es Alcohol y Drogas, a la realidad de su ejercicio profesional, obteniendo tales resultados, que se les permitió exponer

su experiencia en una jornada de psiquiatría Infanto – juvenil, dando a conocer su trabajo, con la posibilidad de ser replicado, o al menos, servir de base para el desarrollo de iniciativas futuras, que logren adaptarse al perfil de usuarios o pacientes del establecimiento donde se ejecute, avanzando hacia el establecimiento de una comprensión comunitaria de la salud mental y la psiquiatría.

3.4. Capacitaciones

En lo que respecta al segundo objetivo de la Línea de Gestión de redes, este correspondía a la capacitación de equipos profesionales de Atención Primaria y aquellos profesionales que se desempeñaban en los establecimientos educacionales al alero de la Ley SEP, con la finalidad de entregar herramientas para el manejo de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con o si Hiperactividad y la clarificación de los mecanismos de referencia hacia el Programa TDAH. En cuanto a la capacitación a las duplas psicosociales y profesionales de la Ley SEP de los establecimientos educacionales de la Corporación Municipal de Viña del Mar, la Asistente Social N°1 relata lo siguiente en relación con las diversas gestiones realizadas de forma previa a la ejecución de dichas jornadas de capacitación:

> *"… lo otro que hicimos también en ese año, fue la capacitación de las duplas de la Ley SEP, que ahí nos movíamos harto a nivel de red y nos invitaron a 2 seminarios a capacitar a los Psicólogos y a los Trabajadores Sociales de los colegios municipales de Viña… "*
>
> **Asistente Social N°1**

La necesidad de realización de estas jornadas de capacitación en TDAH dice relación, en primer lugar, con dar a conocer a la red la forma de trabajo, la conformación del equipo y el modelo que se encuentra a la base de la intervención clínica, con el objetivo de adecuar las expectativas de dicha red, permitiendo aunar estilos y objetivos de trabajo con otras organizaciones. En un segundo lugar, se establece como una oportunidad de generar un trabajo en red con el sistema educacional, ya que gran parte del universo de pacientes del programa provienen desde derivaciones realizadas por los establecimientos educacionales, lo cual, como se vio, generaba una sobrecarga del sistema al enviar a cualquier NNA que tuviera comportamiento disruptivo o problemas de concentración en aula, por tanto, este espacio de capacitación permitió, a través de la entrega de herramientas a las duplas psicosociales, afinar y levantar sospechas diagnosticas

en TDAH que realmente tuvieran un sustento más o menos elaborado, considerando el sobrediagnóstico provocado por el término del convenio con el Programa Habilidades Para la Vida en la Comuna de Viña del Mar.

Imagen N°7: Capacitaciones Duplas Psicosociales y Profesionales Ley SEP

(Participantes Capacitación TDAH, Hotel Marina del Rey 2013)

Retomando parte de análisis de la Línea Clínica, se establece que en cuanto a la compra de servicios psiquiátricos de la primera consulta y receta de fármacos por parte de la CMVM dejaba a las familias en una situación bastante delicada por no poseer los medios económicos para mantener los controles mensuales y costear los medicamentos prescritos por este profesional del ámbito privado, generando que muchos NNA terminaran desescolarizados, debido a que se condicionaba su permanencia en el establecimiento de acuerdo con su adherencia al tratamiento, fundamentalmente farmacológico. Entonces, de lo que realizó el equipo del Programa TDAH, es posible inferir que estos espacios de capacitación a las duplas psicosociales y profesionales de la Ley SEP, implicó un proceso de desmitificación sobre el tratamiento farmacológico, profundizando en que la acción de estos por sí sola no necesariamente provocaría una merma en los síntomas ni en la conducta disruptiva, por ende, se evitó la creciente solicitud de las escuelas que condicionaban la permanencia de los pacientes a la mera administración de farmacoterapia, implicando el desarrollo de ajustes curriculares, como evaluaciones diferenciadas, o disminución de la jornada, según pertinencia. Lo anteriormente declarado, favoreció, entre otras cosas, la adherencia al tratamiento, permitiendo el cumplimiento de los objetivos de este, mejorando el desarrollo del trastorno, ya que se abarcaban variadas aristas, triangulando entre el contexto familiar (Club Multifamiliar), escolar (Capacitación) y de salud mental (Adherencia).

En esta misma lógica, se realizó una jornada especializada con los encargados de los Programas de Salud Mental de todos los Centros de Salud Familiar de la Comuna de Viña del Mar, ya que estos dispositivos son los mandatados a referir los casos hacia atención secundaria. En lo operativo, dicha instancia abordó tópicos referentes, en primer lugar, al protocolo de ingreso al programa TDAH desde APS, el arsenal farmacológico y su disponibilidad para TDAH. Por otro lado, la necesidad de realizar constantes capacitaciones a los equipos de atención primaria sobre el abordaje y levantamiento de sospechas diagnósticas, permitiendo establecer un segundo filtro, recordando que el primero consistió en las duplas psicosociales de los establecimientos educativos de la CMVM, para de este modo, presentar en los espacios de consultoría con el objetivo de recibir asesoría del equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría sobre la pertinencia de la referencia hacia la unidad hospitalaria, o la necesidad de despejar variables manteniendo la atención en APS.

Cabe destacar que, en cuanto a las capacitaciones, estas han sido una constante a lo largo de la historia del Programa TDAH y posteriormente Mediana Complejidad Psiquiátrica, permitiendo posicionar la temática de Déficit Atencional y temáticas ligadas a problemáticas emergentes detectadas por los dispositivos de APS.

Se hace énfasis en que los espacios de capacitación se generaban mayoritariamente en el espacio de consultoría, como fue el caso de la capacitación realizada en temática LGBTIQ+. Respecto a la capacitación mencionada, es menester señalar que esta corresponde a una réplica de una capacitación a la que asistió un grupo de profesionales de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil durante el año 2018 en la misma temática en el Hospital Sótero del Río en la Comuna de Puente Alto en Santiago, de ello, se infiere que el equipo hospitalario se encuentra en constante proceso de actualización e incorporación de nuevos enfoques para abordar de mejor manera la población usuaria, con sus particularidades y contextos específicos, y gracias a esa constante actualización y formación, es posible generar aportes hacia los demás niveles de la salud, permitiendo instalar temáticas y entregar herramientas para la intervención a partir de sus propias experiencias de aprendizaje, como fue el caso de dicha réplica en el CESFAM Miraflores – Achupallas.

De acuerdo a la información recabada, es necesario señalar la importancia que reviste para la población usuaria el hecho de que los equipos de salud que los

atienden estén en constante búsqueda de nuevas herramientas que potencien su propia intervención, como es el caso de la temática de la diversidad sexual, ya que, de acuerdo al material correspondiente al desarrollo de la Segunda Escuela de Líderes Adolescentes ejecutada por la Asistente Social en compañía de una estudiante en práctica de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, donde dicha temática revistió especial relevancia. En concordancia con el surgimiento de este tema, se visualizó un aumento en el ingreso de pacientes Transgénero con Trastornos del Ánimo, y debido a ello, se constituyó en un desafío para el equipo el capacitarse en la temática señalada, llevando a la necesidad de levantar una red comunal de apoyo e incorporando la aplicación de las diversas normativas vigentes en relación con la diversidad, como, por ejemplo, el uso del nombre social de los NNA Transgénero en el contexto escolar.

Retomando el énfasis en la capacitación a equipos de APS, la Asistente Social de PMC declara que:

> *"Bueno, y también tuvimos algunos trabajos con el CESFAM Brígida Zavala que nos invitaron a los consejos de salud y ahí también estuvimos trabajando el tema del Déficit Atencional".*
>
> **Asistente Social N°1**

A modo de muestra del trabajo realizado con los Centros de Salud Familiar de la Comuna de Viña del Mar, se observa que, además de las capacitaciones y asesorías a los encargados de los Programas de Salud Mental de cada centro, el trabajo en red involucra al resto de los equipos de APS, e inclusive, los Consejos Locales de Salud, instancia de participación de la población usuaria de cada CESFAM, siendo el sector de Forestal Alto el lugar donde se desarrollaron trabajos colaborativos con esta organizaciones de base de los propios vecinos, cuyo domicilio corresponde territorialmente al CESFAM Brígida Zavala, por tanto, se concluye que el trabajo en red no involucra de forma exclusiva a los equipos de salud mental, sino que busca alcanzar el involucramiento de la comunidad en su propia salud, permitiendo la constitución de agentes comunitarios que puedan guiar a las diversas organizaciones hacia una comprensión integral de la salud mental, donde estas juegan un papel fundamental, primero educándose sobre las problemáticas de salud mental de su territorio, y luego pudiendo replicar dichos conocimientos a instancias más locales, incluso, dentro de sus propias familias.

En esta misma lógica, durante el presente año, el estudiante asistió en compañía de la Asistente Social de PMC a una jornada intrahospitalaria con miembros del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en dicha oportunidad, la profesional realizó una capacitación sobre Vulneración de Derecho Grave en NNA que ingresan a la Unidad de Psiquiatría, con el espíritu de clarificar los procedimientos y las bases legales para realizar pesquisa de indicadores de maltrato por acción o por omisión y levantar medidas de protección en caso de ser requerido, permitiendo obtener una visión más integral del caso, entendiendo que no siempre será una patología de base la que llevará a los pacientes a consultar al nivel secundario. En dicha oportunidad se observó la presencia de otros estamentos distintas a los habituales en contextos de salud mental, como los profesionales del área de la Enfermería y Técnicos de Nivel Superior en Enfermería (TENS), que juegan un rol preponderante en urgencias, por ejemplo, si llega un paciente con signos de evidente maltrato físico, rápidamente dichos profesionales y técnicos de la salud deben tener las herramientas suficientes para saber cuándo iniciar una medida de protección, o al menos, teniendo claridad del procedimiento de contacto con los profesionales de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil.

Por otra parte, la temática de las capacitaciones no se limitó al trabajo con el área de salud de forma exclusiva, sino que, a través de esta gestión de redes, fue posible generar instancias en un rango más amplio que APS, permitiendo incorporar nuevos actores, tales como la Red SENAME, y específicamente los Programas de Familias de Acogida, lugares donde existe un porcentaje importante de pacientes de PMC. Sobre ello, la misma profesional del área social declara que:

> *"Bueno y después la Doctora Ávalos hizo una capacitación el año pasado a los cuidadores de el FAE El Canelo, en el tema de farmacoterapia…, son niños que están en PMC, que ingresaron por trastorno psiquiátrico y ese ha sido como uno de los hitos del trabajo comunitario".*
>
> **Asistente Social N°1**

Se desprende del fragmento anterior el interés del equipo del Programa de Mediana Complejidad en el fortaleciendo de la red, en especial por parte del equipo de Médicos Generales de este, estableciendo que la gestión de las redes no es excluyente para su profesión ni para sus pares Psicólogos a través del Club Multifamiliar, por ejemplo. Dicha capacitación, dice relación con los pacientes que se encuentran en tratamiento en PMC y a la vez, se encuentran en intervención de parte del FAE El Canelo, por tanto, se puntualiza en la necesidad de realizar un

trabajo colaborativo que permita aunar criterios, permitiendo además, un proceso de retroalimentación entre ambas instituciones sobre sus propias actuaciones, específicamente en la temática relacionada al tratamiento farmacológico de los pacientes, entendiendo que los colaboradores son, en este caso, los responsables de la administración del medicamento, de este modo, es imprescindible que este equipo conozca a grandes rasgos al menos, los alcances, efectos, horarios y contraindicaciones del fármaco que administran a los NNA. Sobre la capacitación realizada, la Médico N°1 profundiza en el relato sobre la importancia de esta declarando que:

> *"… la capacitación a los encargados de los chicos que están en FAE también me parece que es súper bueno. Bueno, a pesar de que en el Centro FAE sí los ayudan harto, pero desde lo técnico yo creo que es necesario también, y yo creo que es bien enriquecedor tanto para uno, como para los usuarios, es un trabajo bien motivante".*
>
> **Médico N°1**

Se enfatiza en el aporte de la retroalimentación técnica al equipo del FAE, con la finalidad de entregar herramientas de manejo y comprensión de los trastornos diagnosticados en su población usuaria, siendo así, un aporte para la intervención de PMC con sus pacientes, es decir, se recalca que el aporte de esta capacitación es bilateral entre las instituciones, pero además, dicho aporte se refleja en el propio usuario, ya que, de una u otra manera, a través del conocimiento del trastorno y sus principales características y manifestaciones sintomáticas, llevará al equipo del dispositivo SENAME a tomar mejores decisiones respecto de las acciones a realizar, por ejemplo, al momento de enfrentar una desregulación emocional del paciente, clarificando los pasos a seguir y entregando el contacto del equipo del programa en caso de un intento de suicidio o autolesiones, siendo el equipo FAE el responsable de acudir a urgencias, ya que esta corresponde a la vía más expedita para acceder a atención.

Sintetizando los puntos anteriores, se aprecia que el trabajo comunitario propiciado por las capacitaciones permitió al equipo del Programa TDAH y PMC conocer a la red, a los referentes de cada institución o dispositivo de diversas áreas que se hayan involucradas en la cotidianidad de los pacientes en control, como el CESFAM en cuanto a los antecedentes familiares y el rol de estos dispositivos en la referencia a atención secundaria. Por otro lado, en cuanto al contexto educacional, se establecen lazos con los profesionales de los establecimientos

educacionales como las duplas psicosociales y los profesionales de la Ley SEP, entendiendo que estos equipos son los que se encuentran a cargo de los NNA en dicho contexto educativo, considerando que estos pasan la mayor parte del año en las escuelas y liceos, mismo caso con la Red SENAME, ya que muchos pacientes se encuentran institucionalizados o mandatados por TRIFAM a recibir intervenciones por plazos determinados desde la norma legal. Es debido a lo anterior, que se establece que la temática relativa a las capacitaciones realizadas por el equipo del programa se constituyen en un fortalecimiento continuo y sistemático de los lazos de confianza entre los equipos intervinientes, facilitando de esta manera, una comunicación fluida y expedita, con el fin último de brindar las condiciones idóneas para que el tránsito de estos pacientes por los diversos espacios institucionales, sean lo menos dañinos para el usuario, su familia, y asimismo, la comunidad a la que pertenecen, evitando la sobre intervención, y brindando las condiciones para que los demás entes que intervienen en los casos puedan resolver de mejor manera las contingencias generadas a propósito del trastorno o patología, y la influencia que pueda tener el contexto, para así, conseguir que cada equipo tome conocimiento de esta realidad que acompaña a los pacientes, para de esta manera, generar los cambios necesarios en sus planes de tratamiento individual u objetivos terapéuticos, repercutiendo de manera positiva en la evolución de la patología, por tanto, el fortalecimiento de la red es un imperativo profesional del hoy Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

3.5. Mesa Tripartita

Una de las iniciativas impulsadas por la Línea de Gestión de Redes, dice relación con el levantamiento de una mesa de trabajo técnica entre los referentes de salud y educación de la Corporación Municipal de Viña del Mar y el equipo del Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional con el objetivo primordial de optimizar recursos técnicos en torno al acceso de satisfactores de NNA pacientes del Programa TDAH. Para tal fin, el equipo de TDAH realiza un diagnóstico sobre las partes que integran la red, para luego identificar las principales necesidades de cada uno de ellos, e identificar a los agentes clave dentro de la Red de Salud y Educación Municipal. A propósito de los resultados de este diagnóstico sobre las redes de trabajo, se instaura la necesidad de crear vinculación con las diversas aristas de la red, frente a ello, la Asistente Social N°1 declara que:

"Durante el 2013 y 2014, el desafío consistió en levantar una red comunal que nos ayudara a facilitar el tránsito de los niños en el continuum salud, y ahí nace la Mesa Tripartita…".

Asistente Social N°1

Según la profesional, las bases del trabajo posterior de la mesa se establecieron en base al postulado otorgar facilidades a los NNA pacientes del Programa TDAH durante su tránsito por este, entendiendo que no es sólo un paciente con una patología, sino que esta evoluciona a la par del ciclo de vida de la persona, y por tanto, es vital el trabajo coordinado entre estos dispositivos, ya que cada uno se sitúa en una arista distinta del contexto del paciente y su familia. A partid de lo anterior, es que se levanta la necesidad de conformar una mesa de trabajo técnico con los referentes de Salud y Educación de la CMVM.

Volviendo al tema de los vínculos, el proceso de establecimiento de estos se materializó a través de diversas instancias, entre las que se mencionan la realización de reuniones con el Área de Educación para supervisión de casos clínicos, además de las ya mencionadas capacitaciones a duplas psicosociales y profesionales de la Ley SEP, reuniones con el Área de Salud, participación en Consultorías, coordinación para la implementación del Club Multifamiliar, y el establecimiento de las bases para la conformación de la Mesa Tripartita, todas instancias llevadas a cabo durante el primer semestre del año 2013. Finalmente, en el mes de ese mismo año se lleva a cabo la primera reunión de la Mesa Tripartita, donde el principal fin consistió en la definición operativa de los objetivos de la mesa de trabajo.

Imagen N°8: Primera reunión Mesa Tripartita

(Representantes Salud y Educación CMVM y Asistente Social Programa TDAH, Viña del Mar, 2013)

Tras esta primera reunión y habiendo definido los objetivos de trabajo, ya en la segunda reunión se inicia el abordaje de los nudos críticos detectados durante el proceso de diagnóstico, que orientaron el planteamiento de los objetivos de trabajo, se planteó la urgencia de trabajar en la respuesta escolar frente a los diagnósticos de TDAH, orientado a temas como la disminución de la jornada y las expulsiones sufridas por usuarios del programa de los establecimientos educacionales, aumento de situaciones de bullying hacia los pacientes, y una temática bastante delicada que dice relación con la solicitud emanada por algunos docentes de aumentar la dosis de los tratamientos farmacológicos de los NNA en atención en TDAH sin poseer un respaldo clínico, lo que además, implicó, como ya se mencionó, la condicionalidad de las matrículas o continuidad de estudios en base a la ingesta de medicamentos, que debido a las características socioeconómicas del grupo familiar, era insostenible un tratamiento más allá del subsidiado por la Corporación Municipal de Viña del Mar por el elevado costo monetario de solventar mensualmente una consulta psiquiátrica y una receta de fármacos, generando la idea errónea por parte de los establecimientos de que la familia no se interesaba realmente en el comportamiento disruptivo de los NNA.

Sobre el espacio de reunión en sí, se destaca el aporte de la mesa como un espacio de trabajo colaborativo, más que un mero espacio de resolución de problemáticas comunes, avanzando así, hacia la generación de vínculos entre los miembros de la red, que en palabras de la Psicóloga N°3, corresponde a su mayor riqueza:

> *"… el tema de la Mesa Tripartita surge desde la invitación de Pamela Vera, y se incorpora Educación y Salud. Esto fue muy interesante para mí, porque fue una instancia de coordinación, una instancia de conversación, y también de generar un proyecto, una manera de trabajar colaborativamente".*
>
> **Psicóloga N°3**

Más allá de lo operativo de poseer un espacio de coordinación, se enfatiza tanto en los espacios de conversación, como en la definición de acciones de colaboración entre ambas áreas y el Programa TDAH, siendo esto el fundamento de que la mesa siga funcionando hasta la fecha, marcando un precedente y una diferenciación, por ejemplo, de las mesas comunales, donde no necesariamente existen relaciones basadas en la confianza y el apoyo mutuo frente a diversas temáticas relacionadas a la salud mental de los NNA de la Comuna de Viña del

Mar. Entonces, al existir este ambiente de trabajo colaborativo, es posible, entre otras cosas, abordar varias temáticas atingentes para cada área en particular además de las temáticas comunes, que de alguna manera instaron a la creación de una mesa donde estas temáticas comunes alcanzaran un grado de coordinación tal, que generaran una intervención más integral del tema al poseer distintos enfoques desde donde mirarlo, avanzando hacia una mayor resolutividad, disminuyendo además los tiempos de respuesta frente a las necesidades educativas de los NNA, que se traduce en disminución de jornada y/o sistemas de evaluación diferenciados.

En esta misma lógica, el trabajo en red con los equipos escolares y de salud, permite un tránsito más expedito hacia los centros de salud, sentando las bases del trabajo en coordinación entre ambas áreas en lo que a TDAH respecta.

Retomando el rol del área educativa al interior de la línea comunitaria descrito en el apartado de las capacitaciones, se enfatiza en el aporte realizado por los equipos educativos en cuanto al contexto cotidiano en el que se desenvuelven los NNA pertenecientes al programa, facilitando la pesquisa de antecedentes que permitan explicar en parte la conducta disruptiva, generando una retroalimentación al diagnóstico del paciente, ya que, según la Médico encargada de las Consultorías, la visión obtenida desde la atención clínica muchas veces se encuentra parcializada, ya que no existen mayores antecedentes desde el contexto educacional, sobre ello, la profesional apunta a la importancia de contar con estos antecedentes al momento del ingreso de estos al programa, señalándolo de la siguiente manera:

"Yo creo que la mesa ha sido un tremendo aporte, justamente la incorporación del área de educación es yo creo muy relevante, porque, bueno, una de los espacios donde se desarrollan nuestros NNA es fundamentalmente a nivel escolar, y digamos, ellos poseen mucha información de los establecimientos, de las realidades, y qué pasa con el niño en este espacio que muchas veces acá en la unidad está un poco invisibilizado, porque solamente tenemos el aporte de los papás, o tenemos información de algunas personas de los establecimientos, pero a veces no es suficiente".

Médico N°3

Se enfatiza en la importancia de la incorporación del área de educación obedece a la capacidad de reunir nuevos antecedentes desde el contexto escolar cotidiano de los pacientes, permitiendo extinguir la parcialidad de la información

referida desde el mismo NNA y su familia, por tanto, esta posibilidad de reunir más y mejor información sobre el paciente, permite contrastar la información entregada durante el ingreso al programa, para de esta manera, obtener una visión más apegada a la realidad del sujeto en atención, es decir, como se mencionó en apartados anteriores, reconstruir al paciente desde sus múltiples dimensiones lo más apegado a su realidad posible, generando un mejor diagnóstico y despeje de variables que puedan tener incidencia en la evolución de la patología desde la dimensión biopsicosocial. La falta de información puede dar cabida, por ejemplo, a un diagnóstico erróneo, lo que conllevará un proceso de intervención no focalizado en las reales necesidades de los NNA, generando incluso un perjuicio a este y a su familia. Se estima que el contexto del cual mayores antecedentes se pueden obtener después del ambiente familiar y territorial, en precisamente el escolar, ya que, como señala la profesional, es un contexto en el cual los pacientes se desenvuelven día a día, ya sea en aula o en las dependencias e inmediaciones de los establecimientos educacionales, entonces, el poder acceder al registro de anotaciones y calificaciones registradas en el libro de clases a partir de una visita institucional de la Asistente Social, le permitirá a esta obtener mayor información y tener la capacidad de transmitir dicha información al resto del equipo del programa, o a través de la realización de reuniones ampliadas con la dupla psicosocial del establecimiento, donde se permita recibir y transmitir la información desde la propia fuente, avanzando además, en el fortalecimiento de las relaciones en la red a partir del conocimiento de los profesionales, es decir, de los referentes de cada nodo de la red.

En lo que respecta a la incidencia de este trabajo coordinado de rastreo de información y alineamiento de criterios en la disminución del horizonte de atención de los pacientes al momento de ser ingresada la Interconsulta, según la Médico N°3, tiene que ver con la visión integral del equipo del programa sobre el funcionamiento de los establecimientos de educación de la CMVM, lo cual, es posible gracias a la gestión de las redes propiciada por la Mesa Tripartita, que ha permitido, a través de la realización de determinadas propuestas de intervención, obtener resultados positivos que permitan reordenar las listas de espera de acuerdo a la urgencia de los antecedentes aportados por la institución respectiva, frente a lo cual, señala:

"En cuanto al aporte en la descongestión del sistema, yo creo que sí, porque desde la parte educacional también se presentan casos que nosotros llamamos los "Casos Centinela", o sea que están causando un impacto generalmente negativo y bueno, porque no, también impacto positivo, porque se han hecho algunos tipos de intervenciones a nivel educacional que han tenido logros importantes, o sea no sólo la parte negativa, pero también, cuando hay monitores, por ejemplo, en los colegios pueden disminuir el número de casos complejos, y por otro lado, también cuando ellos nos aportan como te explicaba los casos centinela, se priorizan en las listas de espera".

Médico N°3

La profesional expresa la existencia de NNA en el contexto escolar que poseen cierto grado de influencia en sus pares, aunque generalmente negativa, existen evidencias suficientes a partir de las intervenciones realizadas, de que si se logra generar un trabajo con una comunidad escolar específica, es posible reorientar la influencia de este "centinela", o trabajar en estrategias de prevención en caso, por ejemplo, de la existencia de intentos de suicidio al interior del establecimiento educacional, situación comentada durante las reuniones a las que asistió el estudiante, donde un intento suicida decantó en intentos colectivos de atentar contra sus vidas, por tanto, si se lograra trabajar en estrategias que permitan abordar el suicidio antes de llegar a situaciones que atenten contra la integridad física y psíquica de los NNA, pudiendo evitar que otros alumnos repliquen dichas conductas. Por otro lado, al trabajar en estas estrategias preventivas, es posible establecer sistemas de ingreso diferenciado para estos casos detectados al interior d ellos establecimientos con el objetivo de agilizar su tránsito por la lista de espera, priorizando su atención en el menor tiempo posible. Un claro ejemplo de ello es la Escuela de Líderes Adolescentes, que será abordada en profundidad tras el análisis del rol de la Mesa Tripartita.

Continuando con el aporte de este espacio de coordinación y definición de metas en conjunto, se destaca la posibilidad de gestionar de mejor manera las Interconsultas, al conocer la mayor cantidad de antecedentes del paciente a través de la información obtenida desde el contexto escolar. Dicha situación, es relatada por la Asistente Social N°2, quien, en su rol desde el área de educación, y a modo de síntesis de los puntos analizados, aduce que:

"Mi experiencia con la mesa es que en ese espacio nosotros tenemos la oportunidad de, más allá de un número que significan los NNA derivados, poder conversar o realizar coordinaciones respecto de estos niños con nombre y apellido, quienes son, entre otras cosas, con la finalidad de compartir lo que está ocurriendo en educación y en salud, y de pronto eso también implica priorizar, y de hecho eso permite que el nivel secundario pueda adelantar una hora o gestionar más rápido una interconsulta para poder darle atención a niños que están teniendo a lo mejor mayores dificultades que otros que ya están siendo tratados o que ya están siendo abordados en el nivel secundario".

Asistente Social N°2

Se destaca la importancia del espacio de conversación y coordinación de la Mesa Tripartita por sobre la cantidad derivaciones a APS, enfatizando en el aporte de antecedentes desde ambas áreas, y cómo dicha información de complementa en función de construir una visión integral de los NNA del programa, favoreciendo la articulación de una red eficiente entre salud en los niveles primario y secundario y el área de educación, que se presenta como el principal espacio en el que de desarrollan los NNA sujetos de atención. Por otra parte, el enfoque técnico de este espacio implica un alto nivel de resolutividad, como, por ejemplo, en la coordinación con la encargada del Programa PIE en cuanto a la realización de un catastro de NNA con Necesidades Educativas Especiales matriculados en Escuelas Especiales y Escuelas y liceos bajo la administración de la CMVM.

En el contexto de la mesa de trabajo, si bien se analizan casos clínicos de alta complejidad, se abre la posibilidad de analizar situaciones que comprometan a una comunidad escolar, por ejemplo, el mencionado tema del suicidio y la manera de abordarlo desde el contexto escolar, o las autolesiones en un contexto de aula, el manejo de los fármacos en las escuelas, la pertinencia de la aplicación del Manual de Convivencia o la reducción de jornada en virtud de la sintomatología presentada por el paciente. Asimismo, la mesa permitió agilizar las derivaciones desde los establecimientos educacionales hacia APS, avanzando lentamente hacia la extinción del pago de la primera consulta psiquiátrica y receta de fármacos por parte de la corporación, bajo la lógica de acceder a atención en un período relativamente breve para iniciar rápidamente la farmacoterapia. Esto se explica por dos razones: la primera, dice relación con la condicionalidad a la que sometían a los NNA para consumir fármacos, a riesgo de quedar desescolarizados por el ya mencionado costo elevado de mantener este tratamiento de forma posterior a la

primera consulta y receta de fármacos, y lo segundo, dice relación con la necesidad de aumentar los cupos de subvención por Necesidades Especiales, ya que TDAH se considera como un diagnóstico de integración transitorio.

A modo de cierre del presente apartado, es interesante la opinión que le merece la conformación de esta mesa de trabajo a la encargada de Salud Mental de la Corporación Municipal de Viña del Mar, quien apunta a lo siguiente:

> *"Ahora, a mí me parece una muy buena instancia, como espacio de coordinación, un espacio, por lo menos, para saber el estado del arte de educación y salud con el nivel secundario, pero creo que está muy circunscrito y muy cerrado en este momento a dos o tres personas".*
>
> **Psicóloga N°3**

Al afianzar el vínculo con la atención primaria, se establece un sistema de atención rápido, gratuito y de calidad, que implicó un aumento significativo de NNA con apoyo farmacológico, acompañado de un mejor diagnóstico, debido a que los CESFAM abrieron el análisis de los casos, como relató la Asistente Social N°2 en el análisis de las consultorías, incorporando a las duplas psicosociales de las escuelas, permitiendo aunar criterios con estas, debido a que poseen antecedentes de la cotidianidad de los pacientes. La mayor riqueza de ello consistió precisamente en la reincorporación de los NNA a la red pública de salud. Por otra parte, en cuanto a las relaciones sostenidas entre la CMVM y atención secundaria, se establece que este trabajo permitió al nivel de especialidad conocer de manera directa la distribución de los recursos comunales, así como los sectores focalizados y los objetivos que se desean alcanzar en materia de educación y salud, y a través de dicho conocimiento, redistribuir los recursos humanos del programa para apoyar diversas instancias, como el surgimiento de la Escuela de Líderes Adolescentes como fruto de este trabajo mancomunado entre educación y salud en 2 niveles.

Un punto a destacar dentro de este fragmento dice relación con la visión de la profesional sobre la necesidad de avanzar hacia la integración de nuevos actores dentro de estos espacios de reunión, entendiendo que existen otros entes, como la Red SENAME, que poseen información tal vez desconocida por ambos niveles, lo que se explica desde la mirada biopsicosocial, ya que educación y salud corresponden a 2 aristas dentro de una totalidad, y por ende, es menester la incorporación de instituciones pertenecientes a las demás aristas que componen

el contexto en el que se desenvuelven los pacientes del programa. Una de las aristas que se desea incorporar próximamente, consiste en la red de dispositivos SENAME, entendiendo que gran parte de los pacientes a nivel de Unidad de Psiquiatría se encuentran insertos en alguna de las modalidades de intervención del organismo señalado, como puede ser el caso de un FAE, donde se han realizado capacitaciones a los equipos, sin embargo, la idea de esta incorporación es trascender hacia instancias como la mesa tripartita, donde la visión de dichos centros sea considerada al momento de gestionar la realización de actividades orientadas a la salud mental de los NNA institucionalizados, permitiendo avanzar hacia una red de trabajo integral que logre abordar, al igual que lo mencionado en la Línea de Abordaje Clínico, las diversas áreas de la vida de los pacientes, permitiendo la generación de planes de tratamiento individual que realmente respondan a las necesidades de cada caso particular, además de aunar criterios con las demás partes de la red, delegando funciones, lo cual, requiere de el establecimiento de canales de comunicación y confianza entre los referentes de cada institución, por tanto, se considera a la Mesa Tripartita como el espacio idóneo para la consecución de estos objetivos de trabajo en red propuestos por la Línea de Gestión de Redes o Comunitaria del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica y su antecesor TDAH.

3.6. Escuela de Líderes Adolescentes

Del trabajo realizado por la Mesa Tripartita desde el año 2013, es posible destacar la iniciativa de realizar una Escuela de Líderes a fines del año 2016, basado entre otras cosas, por el aumento sostenido de la demanda de casos hospitalizados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke por intentos de suicidio en población Infanto – adolescente. Por otro lado, se detectaron falencias en cuanto a los resultados de la campaña nacional en la población objetivo. En cuanto a la realidad local del Programa TDAH, se pesquisaron situaciones de autolesiones en pacientes del programa en los Liceos de Excelencia Académica de la comuna de Viña del Mar.

Dicho planteamiento, encontró su cénit en la necesidad de crear instancias de participación para la población adolescente, quienes se presentan como el grupo con un profundo déficit en los ámbitos de acción en la sociedad. A raíz de dicha necesidad, en el año 2015 se lleva a cabo el Diálogo Ciudadano: Ayuda a un Amigo al alero de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil, al cual asistieron más de 100 estudiantes de la CMVM con el objetivo de conocer las principales temáticas emergentes en la población Infanto – juvenil de la Comuna

de Viña del Mar, donde uno de los principales tópicos fue justamente la inquietud de realizar actividades de promoción de la participación de los adolescentes en el área de la salud.

Para afrontar la problemática suscitada, surge la idea de generar una Escuela de Líderes, enfocada especialmente en disminuir las tasas de suicidio en población Infanto – adolescente, de forma paralela a esta discusión, desde el Área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar, se ponen a disposición de la Mesa Tripartita recursos económicos obtenidos mediante la adjudicación de un fondo concursable orientado a la generación de estrategias de participación adolescente, a través de una alianza estratégica entre el Programa Adolescente y el Área de Promoción de salud. Tras la entrega del financiamiento, se puso en marcha la planificación de la primera versión de la Escuela de Líderes Adolescentes, dejando el trabajo distribuido de la siguiente manera:

Al Área de Salud de la CMVM, le correspondía, en primer lugar, el financiamiento directo para la ejecución de la actividad, así como la facilitación de un espacio físico para la realización de las sesiones, el cual, correspondió auditorio de la Farmacia Popular de Viña del Mar y, en segundo lugar, la incorporación de la profesional Asistente Social del Programa de Acompañamiento Psicosocial del CESFAM Dr. Jorge Kaplan. El objetivo particular de dicha incorporación era avanzar hacia la constitución de un consejo consultivo adolescente.

Las funciones del Área de Educación se enfocaban en la definición del perfil de participantes de la escuela, así como la convocatoria de alumnos de los establecimientos educacionales que cumplieran los criterios de inclusión definidos. El objetivo central era hacer entrega de herramientas de abordaje de la temática al ámbito escolar.

Finalmente, la Unidad de Salud Mental del Hospital Dr. Gustavo Fricke se haría cargo de la implementación de la escuela, y su posterior sistematización. El fin de ello consistía en dar cumplimiento al fortalecimiento de la participación en la población objetivo.

La primera versión de esta escuela constó de 10 sesiones, con temáticas cerradas en sí mismas que oscilaban entre la promoción de la salud, enfoque de derechos y mecanismos de participación juvenil desde educación, todo ello para decantar en la conformación de un consejo consultivo. Respecto a los participantes, estos correspondieron a 15 adolescentes catalogados como líderes

positivos por la comunidad educativa, quienes debían asistir a las sesiones en horario posterior a la jornada escolar.

A partir de la experiencia de realización de la primera versión de la Escuela de Líderes Adolescentes, se establece que, al otorgar un espacio de participación efectiva a la población adolescente, estos son capaces alcanzar algún grado de compromiso con los objetivos propuestos, sin embargo, dicho compromiso se encuentra condicionado a un sistema de costo – beneficio tanto personal como en su entorno más cercano, es debido a lo anterior que no se logró cumplir el objetivo de constituir un consejo consultivo. Por otro lado, se infiere la necesidad de obtener un respaldo formal del liderazgo, más allá del reconocimiento informal de dicho liderazgo, y finalmente, se destaca la necesidad imperiosa del fomento de la conexión entre los participantes, su entorno cotidiano, necesidades e inquietudes, además de sus tiempos.

Del proceso de evaluación realizado de manera posterior a la ejecución, se recomienda la ejecución de una segunda Escuela de Líderes Adolescentes, entendida como un segundo nivel, que permita potenciar los contenidos entregados en la primera versión.

En ese mismo año 2017, se lleva a cabo la Segunda Escuela de Líderes Adolescentes, la cual, busca incorporar las modificaciones pertinentes tras la realización de una evaluación de la primera versión. Dentro de los nudos críticos surgidos a partir de dicho proceso evaluativo, se identifica la atomización de las temáticas abordadas en la escuela anterior, y la relación que tiene esto con las dificultades de trabajar en la cohesión del grupo. Frente a ello, el equipo encargado de la ejecución planificó la realización de un línea progresiva con las ideas fuerza obtenida de la síntesis de cada sesión, permitiendo al creación de un hilo conductor a partir de la cuarta sesión de esta. En cuanto a los ejes temáticos de esta segunda escuela, se identifica que esta fue dividida en 2 módulos, el primero eje, se orientaba a la necesidad de fortalecer las habilidades de liderazgo de NNA en Salud Mental, y para ello, se requiere propiciar el desarrollo de habilidades comunicacionales, del autoconocimiento de los participantes, y la inducción a temáticas ligadas a la salud mental y adolescencia. En un segundo eje, se trabajaron aspectos ligados a la cohesión grupal, el autocuidado, el rol del líder considerado como un coach, y el establecimiento de las bases para la conformación del consejo consultivo que no fue posible de generar en la primera oportunidad. En esta versión de la escuela, el primer eje estuvo a cargo de una

estudiante en Práctica de Grupo de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, mientras el segundo fue ejecutado por las Asistentes Sociales de PMC y del Programa de Acompañamiento Psicosocial.

En cuanto a la metodología utilizada, se declara que esta corresponde al Modelo de Objetivos Sociales, el cual, tiene como función principal la creación de conciencia ciudadana, potenciando la responsabilidad social a través del desarrollo de actividades orientadas al bien común. Dicha metodología, a su vez poseía un doble objetivo, ya que, por un lado, se buscaba potenciar la participación de los adolescentes en los ámbitos de acción de la sociedad, y por otro, la generación de estrategias de prevención en el contexto educativo.

Imagen N°9: Segunda Versión Escuela de Líderes

(Participantes Segunda Escuela de Líderes, CREA, Viña del Mar, 2017)

Para dicho fin, se programaron 10 sesiones de 2 horas pedagógicas de duración, con temáticas en espiral, con una visión de prevención en el amplio espectro. Las nombradas sesiones fueron realizadas por expositores comprometidos con las temáticas presentadas, todos pertenecientes al Programa Reñaca Más Alto En cuanto a los participantes, en esta oportunidad fueron seleccionados 12 adolescentes que se estuvieran en posesión de un cargo de representación formal, como presidentes de curso y miembros de los centros de alumnos, sin embargo, a diferencia de la experiencia anterior, estas sesiones fueron ejecutadas dentro de la jornada escolar. Otro detalle significativo, dice relación con la creación de estrategias preventivas por parte de los participantes, que se adecuaron a su realidad escolar, todo esto a propósito de la propia intervención

Una vez desarrollada la iniciativa, y tras un proceso de evaluación, se destacan aquellos aprendizajes significativos para el equipo ejecutor de la escuela,

ente las que se establece que, si bien, los participantes poseen notables habilidades de liderazgo, no se sienten interpelados a comprometerse con la estrategia nacional de constitución de consejos consultivos, pero fuera de ello, estos son capaces de adquirir y profundizar estrategias de prevención adecuadas a su propia cultura escolar. Por otra parte, se declara que los participantes declaran sentir una desconexión con el CESFAM al cual pertenecen, lo cual, en parte puede servir de base para explicar la carencia de motivación y compromiso para la conformación de los consejos consultivos. A partir de estos hallazgos, se establecieron una serie de desafíos para el equipo de profesionales participante, como el ya comentado tema de la diversidad sexual, sumado al aumento de usuarios TRANS con Trastornos del Ánimo, que finalmente implicó que el equipo de la unidad hospitalaria asistiera a una capacitación otorgada por el Hospital Sótero del Río, la que sería replicada de forma posterior en los CESFAM Miraflores y Juan Carlos Baeza de Viña del Mar.

De la realización de la segunda escuela, es pertinente declarar que se respondió de buena manera a la retroalimentación surgida tras la primera versión de la Escuela de Líderes Adolescentes, cambiando la dinámica de la presentación de los temas, pasando desde la atomización de los ejes temáticos, hacia una línea discursiva integrada, generando un discurso sostenido a lo largo de las sesiones, permitiendo que los asistentes se comprometieran de mejor manera en la consecución de los objetivos propuestos para esta segunda versión. En cuanto al horario de realización, se logró determinar que el espacio idóneo se encontraba durante la jornada escolar, considerando que el tiempo de realización de las sesiones se encontraba protegido por asistencia, por tanto, disminuyó significativamente las ausencias por dificultades con el horario. Finalmente, se destaca la constante redefinición de los criterios en función de lo observado sesión a sesión de las ya 2 escuelas ejecutadas, por tanto, se da pie para una tercera versión, pero esta vez, con un perfil de participantes orientado a pacientes de la propia Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil.

En el año 2018, se lleva a cabo la tercera versión de la Escuela de Líderes Adolescentes, cuya realización estuvo a cargo de una estudiante en Práctica de Grupo de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y la Asistente Social del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, dicha escuela, se encontraba centrada en un perfil de 7 participantes en edades que oscilaran entre los 14 y los 18 años, que además fueran pacientes de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil o de la Unidad de Pediatría que tuvieran diagnóstico

de patología crónica, que se encontraran desescolarizados, y que tuvieran un perfil de liderazgo identificable. El desarrollo de esta tercera versión se orientó hacia la prevención de conductas de riesgo asociados a etapas de vida, para tal fin, la idea central consistió en la generación de un componente de asociatividad entre los adolescentes participantes. Otro factor diferenciador de esta versión en relación con las 2 anteriores, corresponde al rol de estos adolescentes como agentes comunitarios, que faciliten el tránsito de otros adolescentes en el continuum salud a través de la potenciación de habilidades innatas de liderazgo de estos.

En cuanto a la metodología utilizada para esta tercera versión, es pertinente señalar que esta se orientó hacia la realización de 6 sesiones de 2 horas pedagógicas cada uno con una impronta de entrega de conocimientos teóricos desde una perspectiva lúdica, con temáticas en espiral, al igual que la segunda versión de la escuela. Por otro lado, dicha formación se ve enriquecida por la experiencia de estos adolescentes en la propia atención del hospital, permitiendo que estos se constituyan en un real aporte para los adolescentes que, al igual que ellos, llegaron al hospital por diversos motivos, además, se estableció que para el segmento de población adolescente, el área de salud pareciera ser un área que no despierta mucho interés en ellos, por tanto, la adherencia al tratamiento o a participar de iniciativas como estas es muy baja, y como forma de revertir esa situación, se busca formar líderes dentro de su mismo rango de edad, permitiendo generar una relación de confianza entre estos, facilitando el tránsito por la unidad hospitalaria, haciendo más amena la experiencia de intervención para los pacientes y sus familias.

Sobre los aprendizajes de la ejecución de la Tercera Escuela de Líderes Adolescentes, se declara que los usuarios adolescentes del Hospital Dr. Gustavo Fricke por patología crónica presentan mayores cifras de abandono de su tratamiento farmacológico, con el objetivo de disminuir la brecha existente entre ellos y sus pares, es decir, intentar sentirse lo menos diferente al interrumpir la farmacoterapia. En otro aspecto, se visualiza que los participantes poseen una percepción de riesgo bajo respecto de conductas de riesgo, ya sean de carácter sexual, como de consumo de droga lícitas e ilícitas.

De esta tercera escuela se destaca la necesidad de formar líderes comunitarios dentro de las comunidades escolares, es decir, alumnos que posean características de líderes, que se puedan considerar como referentes dentro de sus establecimientos, tomando cargos de representación estudiantil, puedan

aportar hacia la creación de una cultura preventiva, entendiendo la baja percepción de riesgo frente a las nombradas conductas sexuales y de consumo, así como las tasas de suicidio y/o autolesiones, permitiendo filtrar la información hacia el nivel directivo de los establecimientos, quienes puedan elevar esta solicitud a APS y desde ahí hacia el nivel secundario. Por otro lado, se valora el hecho de que los participantes fueran pacientes del Hospital Dr. Gustavo Fricke, ya que permite configurarse como un agente facilitador del tránsito de otros adolescentes que hagan ingreso a la atención secundaria, desde su propia experiencia de atención, permitiendo establecer vínculos con pares, generando mayor confianza, y por tanto, mayor adherencia a tratamiento. Finalmente, se acumuló la suficiente experiencia para ampliar los horizontes de esta iniciativa, lo cual, se tradujo en la ejecución de la Cuarta Escuela de Líderes Adolescentes en el segundo semestre del año 2018, avanzando aún más es la especificidad de las temáticas emergentes de la sociedad, y las repercusiones que estas tienen a nivel local, el cual corresponde al establecimiento educacional.

Como se mencionó recientemente, la ejecución de la Cuarta Escuela de Líderes se realiza a partir del segundo semestre del año 2018, tras haber sido presentada como modelo de trabajo en reunión de la Mesa Tripartita, instancia en la cual el estudiante pudo observar la buena acogida de dicha presentación por parte del área de educación de la CMVM, comprometiendo su realización en establecimientos educacionales de la Comuna de Viña del Mar, dichos establecimientos correspondieron a la Escuela Chorrillos (Sector Chorrillos) y Escuela Violeta Parra (Sector Chorrillos Alto). La importancia de realizarlo en dichas escuelas radica en los resultados de un diagnóstico que arrojó entre otras cosas, un aumento en las autolesiones en población adolescente en un sector geográfico determinado, además de un aumento en el índice de consultas por Trastornos del Ánimo desencadenados por conductas ligadas al Acoso Escolar sufrido por los pacientes. Por otro lado, se observó la gran cantidad de pacientes de la Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil con dificultades para insertarse de buena manera al contexto escolar, quedando un gran porcentaje de estos en la modalidad de exámenes libres, y, finalmente, el aumento de conductas sexuales de riesgo en la población objetivo.

La metodología utilizada en esta cuarta versión corresponde a la usada en la segunda escuela, pero esta vez, con menor cantidad de sesiones y utilizando un enfoque teórico – lúdico, legado de convocatoria anterior. En cuanto a las temáticas, estas se desarrollaron en la modalidad de espiral, nuevamente centrado

en la visión preventiva en el amplio espectro, de este mismo modo, la convocatoria de asistentes se realizó en aquellos adolescentes que ostentaran un cargo de liderazgo formal dentro de sus establecimientos educacionales, dentro de su jornada escolar, y centrado en la generación de estrategias preventivas en el contexto educativo, que tuvieran que ser planificadas, ejecutadas y evaluadas por los participantes en su propia comunidad educativa, lo cual, se integra en la planificación anual de cada establecimiento educacional.

En base a la experiencia recopilada por el estudiante, es posible afirmar que el proceso de evaluación de la ejecución de la Escuela de Líderes Adolescentes, ha involucrado un proceso de análisis sistemático de aquellos aspectos cuyo desempeño no ha alcanzado los objetivos propuestos en un principio, sin embargo, a través del desarrollo de las 4 versiones de esta instancia, cabe destacar que ha sufrido constantes modificaciones a raíz de los procesos evaluativos posteriores a su ejecución, permitiendo incorporar las mejoras en las versiones predecesoras, avanzando lentamente hacia la creación de un modelo de trabajo que se pueda sostener en el tiempo. No obstante, se plantea la posibilidad de realizar un proceso de sistematización de estas 4 experiencias, con la finalidad de servir de respaldo para presentación y ejecución del modelo de trabajo propuesto por la Asistente Social del Programa de Mediana Complejidad, el cual, recoge la retroalimentación la escuela en todas sus versiones, considerando que la única figura constante durante su ejecución es la profesional señalada, y por ello, es menester el poder realizar un proceso recopilatorio del trabajo realizado, con la finalidad de ser constituido como un modelo posible de replicar en otras instancias, incluso ajenas a salud, ya que esta corresponde a una dimensión dentro de una totalidad de áreas en las que se desenvuelve la población adolescente, sin que esto implique que el trabajo realizado por el área de salud, en especial de la salud mental no pueda ser considerado como una experiencia inédita de trabajo en red, en concreto, es el producto más clarificador del rol desempeñado por la Mesa Tripartita en sus años de funcionamiento. Ahora bien, dicha propuesta de trabajo comunitario con miras hacia la gestión de redes de salud y educación en cuanto a la participación adolescente corresponde a la siguiente:

Imagen N°10: Propuesta de Trabajo Comunitario Escuela de Líderes Adolescentes

(Modelo de trabajo Comunitario centrado en Adolescencia, 2018)

De la propuesta presentada, y a modo de cierre del tópico ligado a la iniciativa de formación de líderes adolescentes, es posible observar la integración entre los contextos escolar y de salud, ya que, desde el área de educación, se otorga relevancia al trabajo desempeñado por las duplas psicosociales, quienes reciben desde los Líderes Adolescentes reportes frecuentes sobre casos que revistan cierto tipo de riesgo o señales de alerta detectadas por estos, quedando la responsabilidad de estas duplas el elevar la información al trabajo intersectorial realizado por cada CESFAM, y dentro de dicho recinto, a la Comisión Mixta del sector que le corresponda, y desde esa comisión mixta, se establece la posibilidad de poseer el contacto de cada Asistente Social, ya que, son estos los y las profesionales que regularmente se encargan de convocar y liderar las diversas actividades y contingencias relativas al sector, como actividades de promoción y prevención. La idea de ello es dotar a la COMSE de mayor resolutividad en la pesquisa de situaciones de riesgo, ya que, además del reporte hacia la Mesa Tripartita, este organismo de participación debe elevar la misma información hacia los equipos de salud mental del centro de salud, y estos a su vez, recibir los casos y hacer una primera evaluación de los antecedentes, y analizar si reúne criterios de gravedad para atención secundaria, debiendo utilizar el espacio de consultorías para que los profesionales de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil tomen razón de la naturaleza de la problemática, discernir si correspondería o no el envío de una Interconsulta hacia el Hospital Dr. Gustavo Fricke, donde, de cumplir criterios de gravedad, se procederá a su ingreso formal a la unidad señalada. De forma paralela a la atención clínica del nivel de especialidad, la idea es que los agentes comunitarios formados a partir de las Escuelas de Líderes Adolescentes

realicen un proceso de acompañamiento de los pacientes nuevos en su tránsito por las diversas intervenciones o prestaciones disponibles en el dispositivo de salud secundario.

A modo de síntesis de la Línea de Gestión de Redes o Línea Comunitaria del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, se observa que corresponde a una de las líneas programáticas con mayor cantidad de despliegue a nivel de red, ya que, las iniciativas y el establecimiento de vínculos con diversas instituciones, ambas impulsadas por la Asistente Social del Programa TDAH y posterior Mediana Complejidad sirvieron de base para la articulación actual de la red. Se destacan iniciativas inéditas en un hospital de alta complejidad, específicamente en una unidad de salud mental con un enfoque biomédico difícil de modificar, como la adaptación del Modelo Ecológico Multifamiliar, cuya base corresponde al tratamiento de adicciones, a la realidad de pacientes y sus familias en relación al Trastorno por Déficit Atencional, incorporando a los padres o cuidadores desde el propio ingreso al programa, permitiendo generar organizaciones sociales de base, que logren responder a las exigencias y cambios a nivel de familia que conlleva un diagnóstico de TDAH, donde se pudieron compartir experiencias a los padres de NNA recién diagnosticados, con la finalidad de ayudarlos en el tránsito por el trastorno, es decir, el Club Multifamiliar busca constituirse en un apoyo basado en la experiencia en el tránsito del paciente diagnosticado y su familia, involucrando además, a la comunidad a la que pertenecen, permitiendo generar una conciencia colectiva sobre el Trastorno por Déficit Atencional, favoreciendo y recalcando la visión positiva que posean estos padres sobre sus hijos, logrando superar el estigma social asociado a la conducta disruptiva y falta de concentración que se traduce en bajo rendimiento y desescolarización. Por otro lado, y en esta misma lógica de generar cambios a nivel personal, familiar, y comunitario, a través de las capacitaciones realizadas por los profesionales del programa a los dispositivos de salud, educación e infancia, se logró generar un proceso de cambio al interior de las organizaciones en relación a la imagen negativa que existe de los trastornos de salud mental en general, aunque en un principio sólo se abordaba TDAH, con la transición a PMC, se abrió el espectro de patologías, y en este sentido, el equipo profesional logró readaptar su propio quehacer profesional para dar respuesta a estos nuevos escenarios, ya sea a través de la clarificación de lo que implica un Déficit Atencional, su sintomatología y cómo identificarlo, hasta temáticas mucho más especializadas, como el funcionamiento del programa y los canales de referencia

hacia él, avanzando además, en la generación de lazos entre las redes, favoreciendo una comunicación fluida entre los dispositivos que intervienen en el paciente y su grupo familiar, permitiendo aunar criterios con estos, con la finalidad de evitar la sobredemanda en la lista de espera del hospital, ya que, al poseer más y mejores herramientas de detección, se permitió que tanto los establecimientos educacionales como los centros de salud primarios y dispositivos SENAME lograran despejar diagnósticos que no cumplieran criterios de gravedad para su derivación a atención secundaria, permitiendo la disminución progresiva y sostenida del horizonte de atención del programa.

En otro énfasis, se destaca el rol desempeñado por las partes integrantes de la Mesa Tripartita, que se logra articular como una mesa de trabajo técnica, orientada hacia el establecimiento de relaciones de confianza, basadas en la comunicación y definición de objetivos comunes. En cuanto a la experiencia de trabajo mancomunado entre las áreas de salud y educación de la Corporación Municipal, se logra visualizar que, ambas áreas poseían la percepción de que la otra no tenía ninguna relación con la otra, entonces, al inicio de las reuniones de la mesa señalada, las profesionales de la CMVM lograron caer en la cuenta de las temáticas que requerían un trabajo conjunto, además de una coordinación bilateral de estos con la atención secundaria a través de la Asistente Social N°1. Por otra parte, esta mesa se configura como un avance significativo en cuanto a la priorización de casos o temáticas que revisten algún grado de gravedad, como el aumento de las tasas de autolesiones en contexto escolar, o la incapacidad de las familias para proseguir un tratamiento psiquiátrico y farmacológico de manera particular, generando la desescolarización de los NNA del programa, Se observa que gracias a las gestiones realizadas a través de esta mesa técnica, esta situación se pudo revertir, logrando la reincorporación de los pacientes al sistema público de salud, permitiendo agilizar el apoyo farmacológico, además de clarificar la red de derivación de educación a APS, y desde ahí hacia atención de especialidad en el nivel secundario. Finalmente, al alero de dicha mesa, surge la iniciativa de ejecutar una Escuela de Líderes Adolescentes, cuyo objetivo consistía en formar líderes en contexto escolar, con un marcado enfoque preventivo de conductas de riesgo, entendiendo las elevadas tasas de intento de suicidio y autolesiones. Dicha escuela cuenta a la fecha con 4 versiones, las que decantaron hoy, en la creación de un modelo de trabajo comunitario, donde las áreas de salud y educación son invitadas a trabajar en conjunto en función de un mismo fin, que corresponde a brindar las condiciones óptimas para el tránsito de los pacientes por

el continuum salud, desde todas las aristas de las cuales se compone su contexto cotidiano, logrando el objetivo de devolverle la salud a la comunidad, bajo la lógica de la corresponsabilidad del cuidado de su propia salud, se habla de responsabilidad compartida, ya que desde la salud mental, es un imperativo ético de los profesionales que busquen la implementación de un modelo de psiquiatría comunitaria que invita a los profesionales de la salud a salir de los box y vincularse con el medio en el cual se desarrollan sus pacientes, formando además, agentes dentro de la propia comunidad, como es la formación de agentes comunitarios en el contexto escolar, es decir, lograr generar condiciones de autonomía para las comunidades, entendiendo que estas se relacionan en la cotidianidad con los pacientes de salud mental Infanto – adolescente.

La invitación de la Línea Comunitaria del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, dice relación con que la gestión y vinculación con las redes, puede constituirse en un valioso aporte para la integralidad de las intervenciones, bajo la lógica de lo biopsicosocial, y la relación de esta lógica con el trabajo en red propiciado por Trabajo Social en el contexto de una salud mental con enfoque comunitario, dando plena respuesta a los lineamientos otorgados por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, sobre la generación de redes de colaboración enfocadas en brindar las condiciones de mayor bienestar posible, en especial a la población Infanto . juvenil de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

1.2.2. Análisis de Integración Teórico – Práctico

1. Análisis Integrado del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica desde el Eje Conceptual Determinantes Sociales de la Salud

De acuerdo a la clasificación de Determinantes Sociales de la Salud propuestos por el Ministerio de Sanidad de Canadá, es posible señalar que según Caballero y otros (2012), el cuarto determinante propuesto por dicho organismo público dice relación con la manera mediante la cual se organizan los sistemas sanitarios, incluyendo dentro de sí, la cantidad, calidad, accesibilidad y financiamiento de estos sistemas de salud que se encargan de la atención de individuos y poblaciones, incluyendo la práctica de la medicina, la enfermería, hospitales, fármacos, servicios públicos comunitarios de atención de salud y otros servicios de carácter sanitario. A partir de aquello, según Barragán (2007), tras la publicación del Informe Lalonde, se establecieron en él 12 puntos o determinantes sociales distintos a la medicina y la atención clínica de salud, que deben ser

abordados para alcanzar un estatus para una población sana. Dentro de dichos puntos, se destaca el que dice relación con el rol de los servicios de salud en este objetivo de brindar las condiciones para el bienestar biopsicosocial de la población, estableciendo que estos contribuyen a la salud de las personas, es especial de aquellos que promueven y mantienen la salud, desde la prevención y la restauración de la salud, incluyendo la prevención secundaria y terciaria, la cual muchas veces es entendida por los equipos de salud bajo la figura de atención focalizada.

Por otro lado, en virtud de las recomendaciones propuestas por la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la OMS (2009), interesa señalar la que dice relación con la Atención de Salud, entendiendo que el acceso a los servicios de salud es primordial para gozar de una buena salud y así, alcanzar las condiciones de equidad sanitaria, ya que, sin atención, se privará a los usuarios de un gran porcentaje de las oportunidades de mejora de salud de las personas, lo cual, dice relación con que la gran cantidad de personas que caen en círculo de la pobreza es debido a la incapacidad de solventar los gastos asociados a las enfermedades, generando efectos nocivos en los pacientes y sus familias. Para avanzar hacia la equidad sanitaria, se establecen ciertos mecanismos orientados a la disposición de un sistema de salud con enfoque de equidad, prevención de morbilidad y promoción con cobertura universal, desde APS, de forma independiente a la capacidad económica de las personas.

Si bien, dicha recomendación posee su foco de atención en la salud primaria, el espíritu es el de constituir un sistema de salud abierto a las personas, sus familias y la comunidad a la que pertenecen, ya que, desde la propia definición de Determinantes Sociales (citado en OMS, 2018), se enfatiza en que estos determinantes explican en gran medida el desarrollo de inequidades sanitarias, por tanto, los sistemas de salud deben garantizar a lo menos el acceso universal a la atención de salud, ya que, de esta manera, se permite garantizar el derecho a una buena salud, gratuita y de calidad, con miras hacia la equidad sanitaria. Por otro lado, se enfatiza en que los Determinantes Sociales de la Salud se organizan desde los individuos hacia su contexto, el cual, como se pudo verificar a través del proceso de análisis anterior, se compone de diferentes aristas, las cuales deben ser abordadas desde el enfoque biopsicosocial, entendiendo que el planteamiento de los Determinantes Sociales de la Salud posee la importa de que la gran mayoría de las problemáticas de salud mental del mundo de hoy, no obedecen a aspectos meramente biológicos.

En cuanto a la Línea de Abordaje Clínico, se declara que, en relación a la invitación realizada por la OMS a brindar las condiciones de equidad sanitaria con el objetivo final de otorgar un nivel óptimo de bienestar para los pacientes, el programa posee una composición de equipo profesional que permite responder a los diversos componentes de la realidad de los sujetos y sus familias, al poseer un equipo multiprofesional, es en función de aquello, que se destaca lo señalado por el Psicólogo N°3, quien declara lo siguiente sobre los alcances de su intervención desde el área psicológica:

> *"…al final los cambios que uno intenciona son bien mínimos, en esta población, en pacientes que tienen un relativo desarrollo sano, una terapia produce el impacto más grande, pero en el perfil de pacientes que tenemos nosotros, donde ya hay casi un daño instaurado, yo creo que un acompañamiento, un apoyo y cambios a nivel micro, que al sumarse tal vez generan un cambio más grande".*
>
> **Psicólogo N°1**

De lo señalado por el profesional del área psicológica, se visualiza que, desde su intervención a nivel de terapia individual y familiar, la posibilidad de generar cambios trascendentales y estructurales en los pacientes y sus familias es muy limitado, ya que, de acuerdo al perfil de pacientes y patologías abordados por PMC, sumado a la influencia de las comorbilidades psicosociales, que es posible homologar a los Determinantes Sociales en sus categorías superiores, implican que la terapia como herramienta profesional, no alcanza a cubrir la totalidad de factores que pueden estar incidiendo en el desarrollo y cronificación de los trastornos de base, como puede ser el tema de la vulneración de derechos, el maltrato grave o facilitación de explotación sexual infantil, por dar algunos ejemplos vistos durante el proceso de investigación. Lo anterior se complejiza si se considera la duración en el tiempo de dicha vulneración, que de forma sistemática genera daños al sujeto en todas las esferas de su vida, puede generar daños irreversibles no sólo de forma inmediata, sino que en cualquier etapa del ciclo vital de los pacientes. Entonces, el desafío de un programa de las características de PMC, que considera a los pacientes como seres holísticos, consistió en la inclusión, desde la primera entrevista de ingreso, de un profesional médico y un profesional Asistente Social, lo cual, se configura como un modelo de trabajo pionero que avanza desde una mirada orientada por un modelo de atención centrado en lo puramente biomédico, hacia un enfoque integral de observar e

intervenir con los pacientes desde múltiples ópticas, por tanto, se establece la vital importancia de generar Ingresos Médico Sociales, si se considera que el perfil de pacientes de este programa poseen un fuerte componente de comorbilidades desde lo psicosocial, como por ejemplo, la deprivación sociocultural, que de acuerdo a los Determinantes Social de la Salud, este se constituye en un factor de riesgo en cuanto a las inequidades de la salud, ya que, estas personas, con un contexto sociocultural más bien precario, son más proclives al desarrollo de trastornos como el alcoholismo, consumo de drogas, conductas sexuales riesgosas, entre otros. Es por ello que se cataloga como imperiosa la necesidad de incorporar un profesional del área social, que pueda, a través de sus herramientas de intervención, como la visita domiciliaria y visitas institucionales, que pueda dar cuenta de aquellos factores que pueden incidir en el cuadro clínico, y de qué manera o a través de qué estrategias se podría abordar la temática, permitiendo que los profesionales del área médica y psicológica conozcan dicha información y la incorporen en sus propias actuaciones profesionales en relación al paciente, permitiendo, en el caso del médico, determinar en base a su forma de expresarse o incluso sentarse, la situación que pudiese estar gatillando ese comportamiento particular.

Siguiendo la definición revisada de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2018), es posible establecer que las mayores desigualdades son generadas tanto por el aspecto ligado al modelo económico y valores de la cultura dominante, los cuales, como ya se vio, son especialmente delicados en aquellos estratos más vulnerables y deprivados socioeconómica y culturalmente. Es en este sentido que los usuarios del inicial Programa TDAH, al presentar conductas desadaptativas al modelo educativo imperante, como la falta de concentración y conductas disruptivas hacia sus pares y profesores, sumado a desconocimiento de las causas de dicho comportamiento, generaba la señalada condicionalidad de las matrículas al no poseer los recursos para costear un tratamiento a largo plazo, acabando desescolarizados, lo que, si es observado bajo el prisma de los determinantes, es menester también garantizar u acceso a la educación universal, ya que, al estar desescolarizados, es muy probable que acaben cronificando sus trastornos, generando un daño importante tanto al paciente como a su familia, repercutiendo en la interiorización de las normas socialmente no apreciadas, contemplando dicha conducta como desadaptativa. Lo anterior, según Castellanos (como se citó en Ávila – Agüero, 2009) se explica al momento de referirse a la interacción de los Determinantes Sociales con las condiciones de vida, enfatizando

en que estas establecen las pautas de reproducción de la sociedad, así como el estado de salud de una población específica.

Es debido a lo anterior, que se espera que los equipos de salud mental, en especial el del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, logre, de alguna manera, establecer las condiciones para el desarrollo de los NNA del programa de manera óptima en este contexto escolar que los rechaza por sus conductas, a través del inicio de farmacoterapia principalmente, además de la necesidad de exponer la situación en el establecimiento educacional, para que se realicen las adecuaciones pertinentes, además de psicoeducación al grupo familiar sobre los reales alcances de la patología diagnosticada y herramientas para poder aportar en el bienestar del paciente desde su contexto más próximo.

Respecto a este trabajo integral desde múltiples aristas, la Médico N°1 apunta al espacio de retroalimentación desde los otros estamentos profesionales presentes en PMC, frente a dicha temática, la profesional declara:

> *"Yo creo que con los psicólogos podemos retroalimentarnos a través de los mismos ingresos o atenciones en dupla, permite alinear bastante el plan de tratamiento individual del paciente, ellos también se pueden vincular con las redes, y bueno, nada sería la intervención médica en hacer un diagnóstico, el entregar un medicamento si uno no se acompañara del trabajo que se hace con las familias a través de la Psicoterapia. Ahora, desde Servicio Social, creo que por la gran complejidad de los casos que manejamos, todo está involucrado, lo social, con aspectos de la familia, en los colegios, en las redes, decir, los niños están insertos dentro de dispositivos de intervención, entonces, si no estuviera ese eslabón de Servicio Social no se podría hacer nada, porque no tendríamos ninguna noción de las demás entidades intervinientes"*
>
> **Médico N°1**

Del fragmento presentado se destacan 2 hechos significativos en relación con el aporte de las otras profesiones del equipo del programa. Por un lado, se enfatiza en la complementariedad de la farmacoterapia y la psicoterapia, ya que, al funcionar a la par, aumenta el potencial terapéutico, ya que se trabaja desde la regulación cerebral y emocional a la vez, y no sólo del paciente, sino que se busca, a través de la terapia familiar, por ejemplo, generar las condiciones para que ese grupo familiar alcance nuevamente un estado de equilibrio y acomodación frente a esta nueva contingencia para la cual no estaban preparados ya sea en lo emocional, como en lo económico, lo cual, se ve intensificado si las condiciones

de vida no son óptimas, ya que implica que las familias no están preparadas para un desajuste en su estilo de vida, implicando incluso la desescolarización de sus hijos. Por otra parte, desde Trabajo Social se destaca el aporte en cuanto al funcionamiento del ambiente en el cual se desenvuelve el paciente, ya sea a nivel familiar, escolar o infancia, ya que esta profesión es la mandatada a llevar el contexto del usuario hacia el box de atención, mostrando además, las actuaciones de la red en relación al caso, y de qué manera pueden avanzar hacia la definición de objetivos comunes que logren brindar una atención integral, que contemple las expectativas de las familias y de las instituciones educativas principalmente, ya que estos apuestan a la consecución de cambios a partir de complejos esquemas farmacológicos, dejando de lado aspectos ajenos a la conducta observaba en el contexto escolar, y es debido a ello que el despeje de las variables sociales se configura como una factor imprescindible a considerar frente al abordaje integral de las problemáticas de salud mental en la población Infanto – juvenil. Un factor que pareciera explicar esta tendencia dice relación con que aquellas personas que poseen carencias en cuanto a las redes de apoyo se encuentran particularmente vulnerables, siendo expuestas a trastornos como la depresión, problemas en el embarazo e incluso invalidez en el caso de cuadros crónicos (OMS Europa, 2003). En esta misma línea, el organismo internacional declara como determinante el estatus social – gradiente social, lo cual, es fruto del análisis integrado que se realizó entre el modelo de Lalonde y el propuesto desde la OMS, concluyendo que el estatus social condiciona la posición social de una persona respecto de las otras, enfatizando en el grado de control que poseen los sujetos sobre las circunstancias de su vida, es debido a lo anterior que aquellos individuos que poseen una posición social alta y un buen nivel de ingresos se encuentran protegidos frente a la influencia de los Determinantes Sociales. Como contrapartida de esta situación, se establece la gradiente social, que se entiende como la determinación de que mientras más precario sea el nivel social, lo es la expectativa de vida, llegando a correr un riesgo de hasta 2 veces más de contraer enfermedades serias o incluso, muerte prematura. Dicha gradiente, en base al planteamiento de la OMS (2005), se establece como transversal a toda la sociedad, y se compone de causas tanto materiales como psicosociales. Además, se establece que el acceso a determinados bienes y servicios, como una vivienda con condiciones óptimas, alimentación y demás servicios, que de una u otra manera permitirán que los sujetos y su entorno más próximo tengan algún grado de control sobre sus vidas, lo cual, es requisito fundamental para alcanzar el bienestar social.

En esta lógica de los efectos nocivos de la gradiente social en la salud mental de las personas, es posible señalar que esto se ve reflejado en la constitución familiar y la calidad de los cuidados que tienen los pacientes, debido a que en múltiples oportunidades los padres o cuidadores poseen empleos precarios asociados además a bajos ingresos, tensionando así, las relaciones familiares debido al estrés y falta de recursos para costear un nivel óptimo de vida, que permita responder a las necesidades básicas, lo cual, puede generar que estos sean proclives a los castigos físicos o negligencias graves en relación al cuidado, al no poseer herramientas de manejo adecuadas para sus las características de los NNA a su cargo. Lo anterior, en base a la primera recomendación de la OMS (2005), sobre el Desarrollo Infantil Saludable, donde se establece la influencia que poseen las experiencias prenatales y de la primera infancia en el desarrollo de habilidades para insertarse de manera sana en la sociedad, estableciendo que los niños y niñas de familias de bajos recursos tienen una probabilidad más alta de poseer bajo peso al nacer, el consumo de alimentos de bajo aporte nutricional, además de dificultades sociales en su vida adulta. Para comprender este desarrollo, hay que partir de la base de un estado de buena salud, donde existan condiciones de nutrición óptimas, un desarrollo físico, mental y social acorde a la edad, además de la capacidad de establecer un relacionamiento efectivo con su medio social, manejo de estrés (factor trascendental en un ambiente laboral altamente estresante) y cierta capacidad de control sobre las elecciones de vida del sujeto. En definitiva, la vida adulta se define durante los primeros años de vida, por lo cual, cualquier impedimento para el crecimiento efectivo y la contención de redes sociales de apoyo, implicará un deterioro en funciones físicas y cognitivo – emocionales, principalmente en el contexto escolar. Es por lo anteriormente señalado, que es interesante destacar que la atención por sí sola en salud mental de los NNA no generará los cambios esperados, ya que se habla de daños instaurados en las personas, por tanto, es de vital importancia detectar y trabajar dichas problemáticas, en lo posible, desde la primera infancia, a través de un enfoque integral, donde cada una de las aristas presentes en la vida de los pacientes sea abordada por un equipo multiprofesional, destacando el rol de Trabajo Social, como la profesión de la intervención social, donde a través de la socio educación, se puedan brindar las herramientas para que el grupo familiar alcance un nivel de bienestar mayor, por lo cual, la vinculación con redes laborales, por ejemplo, implicaría un nuevo escenario que permita alcanzar la satisfacción de necesidades básicas, sin que esto implique un desconocimiento del aporte de un

tratamiento farmacológico y procesos de psicoterapia, los cuales deben ir de forma paralela a las gestiones del mundo social en el contexto del NNA.

Es debido a lo anterior, que resulta destacable lo enfatizado por el Psicólogo N°1, quien recalca la importancia de abordar las problemáticas de salud mental de la población desde las múltiples aristas de las que se compone la realidad de los pacientes y sus familias, frente a ello, sostiene:

> *"…uno apunta a varios flancos del mismo paciente, pero las intervenciones que hacen los otros profesionales de una u otra manera se complementa. Sería impensable trabajar, sabiendo el perfil de pacientes que tenemos, como un solo Psicólogo con los pacientes, ahí sí que el cambio sería cero, pero que el Asistente Social haga todo el engranaje con las coordinaciones, orientaciones, etcétera; el Médico viendo el tema farmacológico; nosotros lo terapéutico, es mucho más potente la intervención que si cada uno fuese por su lado".*
>
> **Psicólogo N°1**

A partir del fragmento del psicólogo PMC, es posible visualizar los distintos ámbitos en que los usuarios de este programa se desenvuelven, al analizar su labor en el desarrollo de la psicoterapia, el profesional señala que los cambios a los cuales se puede aspirar tienen directa relación con el medio en el cual se inserta el paciente, indicando que la sumativa de cambios en los distintos niveles contemplados en la vida del paciente y su familia generan mayor impacto de la psicoterapia, es decir, las intervenciones clínicas que contemplan, además del espacio individual, el cambio en el entorno social y familiar del paciente tendrán resultados de mayor impacto para la vida del paciente índice, por tanto, se enfatiza en la necesidad de contar con un equipo multiprofesional que trabaje de forma mancomunada, aunando criterios de intervención en función del desarrollo de un plan de tratamiento integral e integrador de la realidad de los pacientes, entendiendo que cada uno desde su profesión juega un papel trascendental en el trabajo del resto del equipo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica. En este sentido, la Asistente Social de programa, reflexiona sobre la influencia recíproca de los diversos estamentos profesionales que componen el equipo de trabajo sobre el abordaje de los casos de las características programáticas de PMC, frente a ello, declara que:

"… la mayor influencia es crear una suerte de armonía entre las tres disciplinas, entendiendo que los sujetos son integrales y no parcelados, es decir, el tratamiento farmacológico nos ayuda a ganar tiempo, pero no es el todo, la Psicología nos ayuda a reparar, a trabajar muchas dolencias intrapsíquicas, pero si no modificamos el medio tampoco genera impacto. Yo creo que la armonía que se genera en un plan de tratamiento que considere las tres áreas ha permitido que nuestros usuarios se desarrollen de una manera mucho más sana y tengan asimismo una adolescencia con menos dificultades".

Asistente Social N°1

De lo señalado por la profesional, y a la luz de los Determinantes Sociales de la Salud, se establece la necesidad de realizar un abordaje integral basado en el trabajo entre las 3 disciplinas, con el objetivo de responder de manera íntegra a las necesidades tanto del paciente, como de su familia o redes de apoyo primario. Para tal fin, es requerido un trabajo de constante coordinación entre los profesionales, sobre las acciones a tomar en cuanto a los planes de tratamiento individual, generando la posibilidad de construir estos de manera conjunta, con una impronta biopsicosocial, bajo la premisa de que ninguna de las acciones que se puedan realizar de manera aislada son realmente efectivas en la apuesta de un abordaje integral de la patología de base del paciente y las comorbilidades, y es en este último punto donde se enfatiza que los cambios generados por las variables médico – psicológicas no alcanzarían un verdadero impacto sin generar modificaciones en las estructuras del contexto en el que se desenvuelven los sujetos, sus familias, y la comunidad a la que pertenecen.

Siguiendo con esta misma idea, resulta relevante la presentación del Modelo de Capas de Influencia de Göran Dahlgren y Margaret Whitehead (1992) y la relación establecida con el Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979). Dicha relación, entrega las orientaciones básicas para entender los procesos de influencia entre las capas y/o sistemas de los cuales se compone el contexto de un sujeto específico, a modo de visibilizar la importancia de trabajar en cada una de las aristas del individuo, y la manera en la que PMC contribuye a este abordaje de la salud mental desde la mirada holística de los usuarios del programa.

Según Bronfenbrenner (1979), la ecología del desarrollo humano dice relación con la acomodación mutua entre un ser humano en desarrollo, que se considera un ente creciente y dinámica, buscando reestructurar constantemente su medio y las propiedades cambiantes del entorno inmediato en el cual las

personas en desarrollo viven, por lo cual, se establece que estos procesos de influencia son recíprocos, es más, se enfatiza en el proceso de afectación o influencia que ejercen las diversas relaciones establecidas entre los entornos, los cuales, a su vez, se ven influidos por los contextos más grandes, es decir, por la capas superiores del sistema o capa. A partir de ello, se declara que, en relación al nivel interior o micro sistema, este corresponde a factores biológicos y comportamentales, donde la familia juega un rol fundamental, y es precisamente por ello, que cualquier proceso de intervención que se lleve a cabo con un paciente, debe involucrar a su familia, en particular si se entiende que los pacientes de PMC corresponden a NNA, que se insertan en un sistema familiar particular, que posee valores y principios culturales. Por tanto, en este primer nivel, es posible señalar la vital importancia del trabajo coordinado que realicen tanto los médicos, como los psicólogos, ya que, como se vio anteriormente, el desarrollo de un tratamiento farmacológico exitoso, tiene que ser complementado con la psicoterapia individual o familiar, ya que, por un lado, a través de los fármacos se busca estabilizar la parte biológica o cerebral, permitiendo, por ejemplo, el desarrollo de un proceso terapéutico menos dañino para el paciente, entendiendo que los trastornos de salud mental, en algunos caso, alteran el funcionamiento a nivel cerebral. De igual manera, se establece que los reportes emanados desde la psicoterapia, pueden aportar antecedentes relevantes respecto del efecto de los fármacos a nivel anímico del paciente, para ello, es crucial la incorporación del agente de socialización primario, que corresponde a la familia, ya que no se lograría abordar la temática de forma integral amparada en un enfoque biopsicosocial, donde las personas son seres integrales, y debido a ello, no es posible separar sólo una parte y pretender generar cambios que realmente impliquen una mejora en la calidad de vida de los pacientes de Mediana Complejidad Psiquiátrica. En cuanto al nivel directamente superior, que corresponde a las redes sociales y comunitarias, dice relación con las redes en las que se desenvuelven las personas en su cotidianidad, produciendo interacciones y procesos de influencia mutua con estos, como puede ser el contexto escolar, en el caso de los pacientes del programa. Esto se centra en la influencia de los demás sujetos que participan de forma activa del mismo ambiente, en sus entornos más próximos. Es en esta temática que empieza a tomar un rol protagónico el contexto en el cual se desarrollan los NNA. Un nivel más arriba, se encuentra el exosistema, que dice relación con las condiciones de vida y trabajo, que como se revisó anteriormente, la precariedad laboral y de vivienda, se transforma en un factor altamente estresante para los padres o cuidadores, llegando a tener

consecuencias nocivas para los niños o niñas a sus cargo, por lo demás, dichas condiciones no se encuentran completamente bajo control de las personas, sino que dependen de la acción de terceras personas, en conjunto con cada miembro, por ejemplo, del mundo laboral, donde un mal clima laboral no puede ser alterado por una acción particular, sino que depende de los procesos de mutua influencia entre los miembros de ese sistema. No obstante, dentro de estas condiciones de vida, se ubican las condiciones de los sistemas de salud, y es ahí donde juega un rol preponderante el surgimiento de programas como PMC, que desde una perspectiva holística, deben brindar las condiciones para que los pacientes y sus familias alcancen un nivel óptimo de bienestar, por tanto, las estrategias adoptadas por los equipos de salud, en especial de salud mental, deben ir en directo apoyo de los pacientes, pudiendo a través de su accionar, evitar, entre otras cosas, situaciones de vulneración de derechos de los NNA por una situación de cesantía que tensione la dinámica familiar, por tanto, es de vital importancia que estos profesionales conozcan la realidad de los usuarios de la unidad, recabando antecedentes de cada espacio en el cual estos sujetos conviven día a día. Por otro lado, lo biopsicosocial permite generar procesos de promoción, prevención y tratamiento que realmente se condigan con la realidad observada o reconstruida a partir de la acción conjunta de la Medicina, la Psicología y Trabajo Social, ya que, sólo a través de procesos de intervención efectivos, que respondan a estos tres ejes, permitirán mejorar considerablemente las condiciones de vida de las familias, que como se detalló, las que poseen mayor precariedad laboral y de vivienda, poseen una propensión a generar patologías crónicas e incluso una menor esperanza de vida, por tanto, se establece que trabajar meramente desde la constitución biológica o psicológica, no implica grandes cambios, ya que, las capas superiores condicionan de manera forzada el funcionamiento interno, por tanto, se enfatiza en lo señalado por la Asistente Social N°1, cuando señala que si no se trabaja en modificar el contexto en el que se desenvuelven las personas, difícilmente se obtendrán resultados positivos en cuanto al desarrollo de un plan individual de tratamiento integral, ya que se estaría parcelando la realidad de los pacientes, perdiendo de vista además, la perspectiva de los Determinantes Sociales, ya que son precisamente las capas superiores las productoras de la inequidad en salud

Finalmente, en la figura, el último nivel de ambos modelos se sitúa en la capa más externa, por ende, es la que concentra la mayor influencia en las capas internas, con la característica de que se encuentran fuera del control de las

personas, debido a las causas estructurales, que dicen relación, por ejemplo, con el modelo económico establecido, así como los patrones culturales legados por la cultura dominante y el ambiente, que colendo a recalcarlo, las personas que poseen carencias son hasta 2 veces más vulnerables frente a esta realidad, enfrentándose además, a una cultura donde se valida la segregación social de las personas que sufren las consecuencias nefastas, por ejemplo, de no tener acceso a servicios básicos, lo que según el desarrollo infantil saludable, genera daños irreparables en la vida futura, ya que al no poseer los recursos suficientes para satisfacción de necesidades básicas, sumado a la precariedad habitacional, implicará un desmedro en la nutrición, y en la capacidad, por ejemplo, de la lectoescritura en contextos de deprivación sociocultural, por ello, es que resulta de vital importancia la pesquisa de dichas situaciones desde el primer ingreso, y es en parte por ello que en el programa estas instancias son lideradas por una dupla médico – social, donde la profesional del área social aporte el contexto que explique, por ejemplo, claros indicios de desnutrición en un niño, entendiendo que más allá de una negligencia de los padres, tiene que ver con la situación socioeconómica y ambiental en la que se desenvuelven, mismo caso de la atención psicoterapéutica, permitiendo despejar situaciones a nivel ambiental que generen, por ejemplo, un intento de suicidio o la aparición e autolesiones, como puede ser la develación de un abuso sexual al interior del grupo familiar. Por tanto, se infiere que, dentro de la atención clínica, el enfoque biopsicosocial permite comprender y abordar la realidad de los pacientes en control, lo más cercana a su realidad cotidiana como sea posible, siendo vital el trabajo en conjunto y la comunicación en el equipo con el objetivo de avanzar hacia esta reconstrucción del contexto del paciente al reunir los antecedentes llevándolos al box de atención. Es debido a lo anterior, que la profesional relata la necesidad de un trabajo armónico desde los 3 estamentos profesionales presentes en PMC, permitiendo el abordaje tanto de la patología de base, como de las comorbilidades psicosociales que pudiesen estar complejizando aún más el cuadro clínico.

Ahora bien, en cuanto a la manera de dar respuesta a dicha necesidad de trabajo coordinado e integral, el rol desempeñado por la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil en el contexto de la definición y ejecución de acciones intersectoriales bajo el prisma de la atención de salud universal planteada por la OMS, dice relación con el establecimiento de un trabajo cercano entre los niveles primario y secundario de salud, lo cual, se traduce en las consultorías en Salud

Mental en APS, que según la referente de salud mental de la Corporación Municipal de Viña del Mar, tiene que ver con el siguiente planteamiento:

> *"… las consultorías tienen esa virtud diría yo, que se encuentran dos miradas, dos niveles de atención con un objetivo en común, que es el de trabajar de manera integral por un sujeto, por un ser humano".*
>
> **Psicóloga N°3**

De lo anterior, se establece de manera explícita, entendiendo la composición biopsicosocial de las personas, que el trabajo en conjunto entre todos los niveles de la salud es indispensable para el abordaje integral de las necesidades de salud mental de la población en el amplio espectro. Desde la atención primaria, el enfoque de curso de vida y de los determinantes sociales, y según lo consignado en las Orientaciones Técnicas de las Consultorías (2016), este nivel de atención corresponde al escenario idóneo para la implementación de acciones tempranas en materias de prevención y promoción, por tanto, al poseer una mirada integradora de las personas desde las diversas etapas del ciclo vital, posee un gran impacto en la salud mental de estas, ya que se observa desde su propio transcurso de vida, observando cómo los problemas médicos y las circunstancias de vida afectan a la totalidad del organismo, por ello, los trastornos de salud mental, como se ha revisado en apartados anteriores, se explican en la conjunción de factores estresantes y exposición a determinantes nocivos para su salud, que refuerza la idea de la influencia de ambientes laborales estresantes, por ejemplo, y las repercusiones de ese estrés en la vida familiar y aspectos intrapsíquicos, llegando incluso a influir en enfermedades genéticas.

Continuando con la importancia de este espacio a la luz de los Determinantes Sociales y el Modelo Ecológico, la profesional detalla el trabajo desempeñado por este espacio de reunión clínico – técnica, enfatizando en un modelo de salud familiar, que corresponde a uno de los principios rectores del actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, catalogando a las consultorías como un avance importante en el cambio de paradigma para entender la salud en general, y asimismo, la temática específica de la salud mental:

"… el poder presentar un caso en donde está toda una mirada, a través de un Modelo de Salud Familiar, permite que ese caso sea mirado de manera integral, aun cuando el diagnóstico sea desde la Psiquiatría, porque muchas veces nos damos cuenta de que el tema social incide de manera importante, llámese contexto, llámese Determinantes Sociales que hacen que una familia o un individuo dentro de un contexto funcione de tal o cual manera…

Psicóloga N°3

La profesional otorga relevancia al rol de la atención de salud en el nivel primario con un enfoque familiar, que permite de alguna manera entender que el sujeto es más que un diagnóstico, por lo cual, se hace necesaria la comprensión holística del contexto que compone la realidad de los usuarios y sus familias, permitiendo observar la influencia del ambiente y la calidad de las relaciones sociales establecidas con los demás entes que se ven influidos por él, por tanto, la misión de este nivel consiste en la entrega de cuidados en salud mental a las personas, abordando todos los aspectos relacionados a salud mental que afecten a su población a cargo. Según la Organización Mundial de la Salud (citada por el Ministerio de Salud, 2016), los servicios que se incluyen tienen que ver con intervenciones en programas de cuidados de salud generales y de salud mental, prestadas por un equipo de atención primaria calificado, con transferencia técnica, recibiendo apoyo por parte del equipo de nivel especializado o secundario para proporcionar servicios de salud mental, lo cual, correspondería a la definición de objetivos de intervención si es que desde la asesoría técnica del equipo de la unidad hospitalaria determina que los casos presentados no cumplen los criterios de gravedad para ser referidos a los diversos programas de Salud Mental Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, y por tanto, deben continuar siendo atendidos por el equipo del CESFAM o CECOSF. Por otro lado, de manera de afrontar esta realidad biopsicosocial de los usuarios o pacientes, los espacios de consultorías en la Comuna de Viña del Mar, se configuran como un aporte positivo en el desarrollo de los Planes Individuales de Tratamiento Integral, ya que, de acuerdo a la observación en modalidad participante del estudiante en estas reuniones mensuales en los CESFAM de Gómez Carreño, Juan Carlos Baeza y Miraflores – Achupallas durante el año 2018, la composición de las distintas consultorías trasciende los estamentos profesionales propios de salud mental, como lo son la Medicina y la Psicología, que hasta el año 2012 eran espacios excluyentes para otros profesionales de la salud. Hoy, y tras un largo proceso de apertura de la salud mental a disciplinas como Trabajo Social, que en definitiva fue

el estamento encargado de realizar un trabajo fino desde la Mesa Tripartita para la incorporación de otros entes intervinientes desde APS. Frente a ello, se destaca nuevamente lo señalado por la encargada de las Consultorías en Atención Primaria, dando cuenta de la importancia de la incorporación de otros estamentos en estas reuniones clínicas de asesoría:

> *"… en lo que es Salud Mental Infanto - Juvenil, hay un tema proteccional, comunitario, escolar, que requiere la incorporación de otro tipo, o sea, claramente el nivel médico es absolutamente insuficiente, o sea el aporte del Psicólogo, del Asistente Social, y ojalá de varios otros actores, es fundamental, ya que, sin el aporte de estos profesionales, la visión del caso es sumamente parcial".*
>
> **Médico N°3**

Desde la mirada de los Determinantes Sociales, se declara que los factores biológicos o genéticos se ubican al centro de las capas de influencia, por lo cual, la acción sobre estos no implica cambios sustanciales, ya que, al estar al centro, se ve influenciado por la acción de las capas superiores, y es en ese sentido que la visión comunitaria de la salud implica la necesidad de incluir en los equipos interconsultores y en la atención de casos de salud mental, que de alguna manera puedan responder a los procesos de influencia de las otras capas de determinantes sociales en las que los pacientes se hayan inmersos, como Trabajo Social generando trabajo con las redes de apoyo, con los establecimientos educacionales, los Psicólogos desde los aspectos ligados a conductas asociadas al estilo de vida adoptado, el cual se ve condicionado a su vez por la posición social de las personas, volviendo a destacar que las personas que poseen carencias socioeconómicas y socioculturales poseen un índice mayor de vulnerabilidad a la influencia de su ambiente, generando un incremento en la brecha de inequidad sanitaria. Por tanto, en base a lo registrado en las reuniones de los 3 dispositivos de salud, se declara la composición multiprofesional en los equipos interconsultores de atención primaria, destacando la participación tanto de Enfermería y Obstetricia, TENS, estudiantes en práctica e internos de medicina, profesionales de los establecimientos educacionales, y en algunos casos más avanzados, la presencia de los usuarios o pacientes. El rol de lo multiprofesional, se considera como una respuesta desde el área de salud en sus 2 niveles involucrados, a la necesidad de incorporar el enfoque de los Determinantes Sociales y lo biopsicosocial en el abordaje de las patologías de salud mental de la

población a cargo de la Comuna de Viña del Mar, avanzando hacia la construcción de nuevas lógicas de atención e intervención, basado en el abordaje de la mayor cantidad de variables del ciclo y trayectoria de vida de los usuarios de estos dispositivos, y para tal fin, es vital contar con la mayor cantidad de profesionales de la salud, donde cada uno de ellos genera un reporte al resto del equipo, permitiendo generar intervenciones más eficientes y más eficaces, permitiendo otorgar las herramientas a los usuarios y sus familias, así como a sus comunidades para poder hacerse cargo de su propia salud, siempre desde la perspectiva que toda acción que vaya en directo beneficio de la población usuaria, debe realizarse de forma simultánea en múltiples niveles, siendo salud mental uno de ellos.

De forma transversal, se establece que la realización de capacitaciones contribuye al cumplimiento de uno de los objetivos específicos de la realización de las Consultorías en Salud Mental, el cual corresponde a la necesidad de generar estrategias que cautelen la transferencia técnica entre la atención primaria y secundaria, logrando a través de ello, la constante búsqueda de nuevas directrices para el abordaje de los Determinantes Sociales, por ejemplo, en cuanto a la diversidad sexual, ya que, se establece que un usuario que se desenvuelve en un contexto religioso y conservador, presenta el doble de riesgo de realizar intentos de suicidio o autolesiones, por tanto, es menester que desde el centro de salud sean entes facilitadores de estos procesos, acompañando al NNA en materias de salud mental, descongestionando el sector secundario al poseer las herramientas para la intervención de este.

Por otro lado, en cuanto al rol desempeñado por la Línea Comunitaria de PMC, se destaca el planteamiento de la Asistente Social de PMC sobre la importancia de este trabajo coordinado entre los dispositivos integrantes de la red:

"Otra cosa que nos ha permitido es disminuir la sobre intervención en las familias, porque tenemos familias que están en 3 o 4 dispositivos más, entonces nos reunimos con los dispositivos, porque la idea de este trabajo en red era aunar criterios para que todos tuviésemos una visión más o menos igual de la familia, entonces nos permite triangular información, delegar objetivos, y nos permite ampliar la visión y no parcelarla, que me había dado vueltas, porque como las familias que atendemos son multiproblemáticas, cuando los equipos los intervienen y parcializan la atención, y como no se conocen entre ellos, o no se aúnan criterios, uno como profesional tiene mayores probabilidades de tomar malas decisiones, apurar procesos y de sobre intervenir, y finalmente lo que uno hace es dañar a la familia más que ayudarla".

Asistente Social N°1

En relación con el fragmento anterior, existe un marcado énfasis en la necesidad de generar instancias de trabajo colaborativas, entendiéndose cada parte de la red como un eslabón que posee información particular que emana desde su propia línea de intervención, aportando de manera recíproca a los demás entes intervinientes, avanzando hacia la construcción de una integralidad en la atención de los casos, considerando además, que al conocer el contexto real del paciente, es menos probable que se tomen decisiones equivocadas que le signifiquen un daño o desmedro al paciente en control.

Respecto a la relación entre la gestión de redes y los Determinantes Sociales de la Salud y la importancia de la reducción de esta inequidad en el acceso a la atención sanitaria, se destaca el aporte de la OMS (2008), enfatizando que para tal efecto, es necesario realizar un trabajo entre y al interior de los países, con énfasis en la indagación exhaustiva de las causas inmediatas o evidentes de la inequidad, es decir, se invita a los países a buscar las causas que subyacen a las problemáticas evidentes interconectados, apuntando hacia la búsqueda de una visión de política pública integral e integrada, debiendo adecuarse al contexto de cada país o región.

Siguiendo la línea conductora de la gestión de redes, es menester señalar el aporte realizado por la dupla psicosocial de PMC, quienes en su rol de trabajadores sociosanitarios capacitados en el Modelo Ecológico Social Multifamiliar del Dr. Troncoso realizaron un proceso de adaptación y adecuación al contexto particular de sus pacientes, lo cual, se puede establecer como una experiencia local en cuanto a la indagación exhaustiva de las causas de las

inequidades, focalizado en un contexto particular, que corresponde al abordaje de la salud mental en la población Infanto – juvenil de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, sobre esta temática, la Asistente Social N°1 declara que:

> *"… queríamos trabajar con los papás, que era algo inédito acá en la Unidad, porque en general acá se atendía sólo a los niños, sin un trabajo con la familia... no había psicoeducación, nada. Entonces con Cristóbal somos trabajadores socio - sanitarios y estábamos capacitados en el Modelo Ecológico Social Multifamiliar, y lo que hicimos, fue adecuar ese modelo que estaba dirigido a Alcohol y Drogas, a Déficit Atencional y armamos un Club Multifamiliar en el CESFAM Dr. Jorge Kaplán en Reñaca Alto".*
>
> **Asistente Social N°1**

Lo anteriormente expuesto, implica una estrategia efectiva de avanzar hacia la comprensión de los Determinantes Sociales y las consecuencias de estos en el ciclo vital de las personas, para lo cual, los profesionales, usando su experiencia y formación profesional constante, adaptaron un modelo de trabajo de otra temática a la realidad de su población usuaria, con la finalidad de hacer uso de la metodología que permite relevar la experiencia de padres, madres o cuidadores sobre el diagnóstico de TDAH en los NNA bajo sus cuidados, lo cual, responde al cruce de los modelos canadiense y de la OMS realizado por Barragán (2007) sobre la clasificación de los Determinantes Sociales de la Salud, específicamente a la variable de las Redes Sociales de Apoyo, que según las aportaciones de Lalonde (1974), las redes sociales de apoyo involucran tanto la posesión de una familia o demás personas catalogadas como significativas por los sujetos en tiempos de necesidad, como el autoconvencimiento del propio valor como una red de apoyo para quienes se encuentren en estado de necesidad, como lo son los padres y cuidadores de pacientes que hacen su ingreso por primera vez al programa, donde la imagen que se construye desde el contexto escolar no siempre es la mejor, es decir, existe un gran componente de estigma sobre el hecho de tener diagnóstico de TDAH, siendo catalogados como tal, incluso casos que no revisten las características sintomatológicas, sino que solamente el hecho de tener conductas disruptivas, era sospecha suficiente para referirlo a APS, entonces, a través de la implementación del Club Multifamiliar, se logró abordar esta doble dimensión, ya que, por un lado, se establecían nexos importantes entre los padres que tenían una necesidad de contención de un grupo de pares, y por otro, a aquellos que debían actuar como dicha contención, basado en su experiencia con el Déficit

Atencional. Lo anterior, obedece a que el contar con esta comunidad de apoyo, es asociado con una buena salud, debido a esta contención emocional señalada, generando repercusiones desde las emociones, la salud física, la autopercepción de la salud, y en definitiva, observar de primera fuente cómo es que los pacientes y sus familias hacen frente a un diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional, lo que se encuentra inmerso en el establecimiento de una relación de apoyo social recíproco entre los miembros del club. La premisa básica de la conformación de dichas instancias de generación de redes comunitarias, se encuentra amparada en el concepto de justicia social, es decir, la constante búsqueda de las condiciones de equidad, entendiendo que existen determinados grupos de la población que se encuentran con mayores tasas de vulnerabilidad frente a la influencia de las comorbilidades de su medio social, y en esta lógica, la OMS Europa (2003), plantea que la carencia de redes de apoyo se asocia a un nivel de bienestar menor, quedando expuestas las personas a trastornos depresivos, complicaciones en la gestación e invalidez provocada por cuadros crónicos.

Otra de las iniciativas impulsadas por el programa, en función de un trabajo intersectorial, que involucra no sólo el nivel de salud, sino que busca avanzar hacia una gestión de redes efectiva, que logre dar real respuesta al enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, es la creación de la Mesa Tripartita, con referentes desde el Programa TDAH y la Corporación Municipal de Viña del Mar, concretamente las áreas de salud y educación de esta. La finalidad de dicha mesa consistía en constituirse en un espacio técnico de trabajo con las áreas señaladas, ya que desde el área de educación se referían muchos pacientes a atención secundaria. Por otro lado, en cuanto a la forma de abordaje de esta patología en el contexto escolar, la compra de servicios psiquiátricos particulares desde la CMVM implicó variadas falencias, ya que, se realizaba el pago sólo de la primera consulta y la respectiva receta de fármacos, provocando que las familias, debido a sus condiciones socioeconómicas se vieran impedidos de continuar el tratamiento tras el primer mes, dejando a libre interpretación de los establecimientos de que no existía preocupación de los padres o cuidadores respecto del comportamiento disruptivo e inatención de los NNA, terminando en muchas oportunidades en cancelación de la matrícula para el siguiente año, provocando situaciones de desescolarización. Entonces, desde la Mesa Tripartita una de las primeras gestiones decía relación con la coordinación entre el área de educación y APS, con el objetivo de reintegrar a los pacientes al sistema de salud pública, permitiendo la agilización del inicio de farmacoterapia, logrando resultados

positivos a nivel escolar. A partir de ello, la Médico N°3 señala la importancia de un trabajo de constante coordinación con la referente del área de educación, debido a su importancia como un espacio en el cual los pacientes del programa se desenvuelven de forma cotidiana, aportando valiosos antecedentes para la atención e intervención desde APS o atención secundaria, de acuerdo con criterios de gravedad, frente a ello, declara que:

> *"Yo creo que la mesa ha sido un tremendo aporte, justamente la incorporación del área de educación es yo creo muy relevante, porque, bueno, una de los espacios donde se desarrollan nuestros NNA es fundamentalmente a nivel escolar, y digamos, ellos poseen mucha información de los establecimientos, de las realidades, y qué pasa con el niño en este espacio que muchas veces acá en la unidad está un poco invisibilizado, porque solamente tenemos el aporte de los papás, o tenemos información de algunas personas de los establecimientos, pero a veces no es suficiente".*
>
> **Médico N°3**

Esta incorporación del área de educación en temáticas de salud mental de población Infanto – Juvenil, además de la entrega de información pesquisada en aula, desde el modelo canadiense, surge la impronta sobre el rol desempeñado por la educación en el desarrollo de habilidades para la vida adulta, es decir, herramientas para enfrentar las contingencias del ciclo de vida de manera sana, lo cual se ve en desmedro al momento de estar desescolarizados. En concreto, de lo planteado por Barragán (2007), se establece que, de acuerdo con información estadística, mientras mayor sea el nivel de educación alcanzado, los NNA poseerán mayores oportunidades de alcanzar puestos de trabajo de elevado estatus social y la recepción de ingresos estables que les permitan la satisfacción de necesidades de diversa índole. Dicho de otra manera, la educación brinda la posibilidad de aumentar la capacidad de elección y oportunidades, ya que entrega las habilidades para identificar problemáticas tanto en la esfera individual, como grupal, por tanto, se establece como imperativo realizar todas las acciones tendientes a mantener a los NNA en los establecimientos educacionales, a la par del trabajo que se realiza desde el área de salud.

En otra temática relacionada al trabajo de la mesa, dice relación con la necesidad de avanzar hacia un trabajo multisectorial, que dé cuenta de la realidad integral de los pacientes y sus familias, permitiendo generar procesos de intervención coherentes con esa realidad, aunando criterios y evitando la sobre

intervención, entendiendo que los pacientes se encuentran insertos en múltiples dispositivos distintos a educación y salud, como la red SENAME, área judicial y organizaciones de la sociedad civil. En relación con ello, la Asistente Social N°2 profundiza en esta temática, apuntando precisamente a la integralidad de los NNA, y la forma de abordaje de esto desde la acción individual de cada ente interviniente, declarando que:

> *"Yo creo que la mesa está abierta a la participación de distintos organismos, yo creo que el relación a la pertinencia de la agenda que tenga la mesa, porque obviamente que los NNA no pertenecen a un sector, es decir, no pertenecen a salud ni a educación exclusivamente, sino que son seres integrales que participan en distintas instancias y es bueno que ellos tengan la posibilidad de pronto de ser apoyados en coordinación por diversos actores, yo creo que una de las muchas cosas que ocurre, y que tiene que ver con las dificultades que posee nuestro sistema actual, y es que están tan compartimentalizadas las intervenciones, muchas veces se duplican y multiplican esfuerzos y falta coordinación, entonces la mesa es un buen espacio para esta coordinación…".*
>
> **Asistente Social N°2**

En cuanto a la relación de esta integralidad reflejada en la intervención individualizada de cada dispositivo con la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud, la comisión creada por la Organización Mundial de la Salud a la luz de la incorporación del enfoque de estos determinantes por parte de los estados, la comisión de la OMS (2009) señala en su tercera recomendación que la acción sobre los determinantes alcanza su eficacia cuando accede a datos y registros de observación de la acción de los determinantes en las inequidades, que permitan garantizar que el uso e interpretación de los datos recopilados en la elaboración de políticas pública eficaces, enfatizando en la importancia vital de formarse en la comprensión de los determinantes sociales en este punto. De manera específica, se hace alusión al rol que deben desempeñar las autoridades a nivel nacional y local, planteado que las diversas actuaciones en relación a los determinantes sean respaldadas desde el sector público, considerando que este posee la capacidad de decisión, amparada en principios como la justicia social, la participación y la colaboración a nivel intersectorial, generando políticas públicas con coherencia en su implementación, permitiendo la intensificación e medidas que promuevan la equidad y aumento del financiamiento a estas iniciativas, como es el caso del

desarrollo de la Escuela de Líderes Adolescentes, la cual, fue impulsada desde el trabajo colaborativo basado en relaciones de confianza y comunicación recíprocas.

En base a la ejecución de las 4 versiones de la Escuela de Líderes, es posible señalar que se busca dar cumplimiento a las mismas orientaciones de la Mesa Tripartita, aunque centra su quehacer en la acciones de los profesionales tanto del programa como de la red en cuanto al ambiente social, que según Barragán (2007) se entiende como una conjunción de los valores y normas sociales y cómo a través de dicha conjunción se generar procesos de influencia sobre la salud y los sujetos a distintas niveles, donde el rol de la comunidad consiste en la contención que de alguna manera apalea o subsana aquellos riesgos potenciales para una salud óptima, lo cual, desde la óptica del Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional y sus sucesor PMC, corresponde a la gestión realizada sobre las comorbilidades psicosociales que complejizan el abordaje de las patologías de salud mental de base, por tanto, la acción sobre estos va en directa relación con el bienestar biopsicosocial, debido a que según las capas de influencia, las redes sociales se configuran como condicionantes de los aspectos biológicos y valores culturales de los pacientes en control. Bajo este prisma, se entiende que un bajo nivel de apoyo, sumado a bajas tasas de participación social, generan un impacto nocivo sobre la salud de individuos, grupos y comunidades, por ejemplo, en la situación de familias que habitan en contextos de Asentamientos Humanos Precarios, la exclusión en cuanto a la participación, puede llevar a la agudización de las problemáticas sociales, e incluso de las características de la vivienda, puede conducir a situaciones de vulneraciones de derechos de los NNA.

La ejecución de cada versión, posee un factor en común, que es el establecimiento de liderazgos al interior de los diversos espacios, aunque focalizados en los contextos educativos, donde la visión consiste en el empoderamiento de la sociedad civil como promotor de bienestar social, a través de estrategias preventivas enfocadas en la realidad particular de cada espacio donde se inserten, siendo un puente entre el área de salud y educación, lo cual, va en directa relación con las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la salud de la OMS (2009), quienes en su informe final, declaran que en cuanto a la sociedad civil, se entiende que esta cumple un rol fundamentan en la gestión de estos determinantes, puntualmente hacia la incidencia en la participación de políticas, planificación de programas y su evaluación. Lo anterior, se refleja en la intervención de los líderes formados en estas escuelas, ya que, su

visión es la de generar estrategias preventivas que se adecúen al perfil de sus establecimientos, las cuales son incorporadas en las planificaciones anuales, teniendo repercusiones en la política pública de educación de cada establecimiento. En cuanto a la evaluación de dichas intervenciones, se establece que al finalizar cada versión de este espacio de capacitación en liderazgo comunitario, esta es sometida a un complejo proceso de retroalimentación y sistematización de los principales resultados y desafíos para la siguiente escuela, incorporando las modificaciones para su ejecución, logrando un proceso de constante búsqueda de herramientas de mejora de los procesos de aprendizaje y empoderamiento de los participantes de la escuela, lo cual, se refleja en la tercera versión, donde estos correspondían a pacientes de la propia Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil.

El proceso de sistematización de estas escuelas implicó el desarrollo de una propuesta de trabajo comunitario emanada desde la participación de la Asistente Social del Programa. La idea central de dicho modelo de trabajo presentado en las instancias de la Mesa Tripartita consiste en el desarrollo de un plan de trabajo intersectorial entre el área de educación de la CMVM y los dispositivos de APS de la misma, en un lógica de trabajo colaborativo de manera directa con la unidad hospitalaria de nivel secundario.

De acuerdo con el planteamiento de Dahlgren y Whitehead (1992), e incorporado por la OMS, es posible señalar que el desarrollo de esta iniciativa de trabajo comunitario en el contexto de la población Infanto – juvenil de la jurisdicción del SSVQ, genera 2 procesos significativos de influencia entre las capas de influencia de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales se integran de forma ascendente y descendente:

Las Redes Sociales y comunitarias se ubican en la parte media de los procesos de influencia de los determinantes, y, por tanto, es posible señalar que poseen influencia sobre las capas internas, y a la vez, se ven influenciadas por las capas superiores, por tanto, es crucial el trabajo que se pueda realizar en este nivel, que avanza hacia la autonomía de las comunidades en cuanto al abordaje de su propia salud. De manera descendente, se establece que a través del desarrollo de la Escuela de Líderes Adolescentes, se permite, a través de la constitución líderes comunitarios, generar un proceso de acercamiento de la comunidad al área de salud, en especial en su relación con educación, que como se vio, posee una gran influencia en el ciclo vital de los NNA para su vida futura,

por tanto, la acción de estos líderes en el contexto escolar implica procesos de influencia hacia las capas internas de los sujetos, permitiendo generar cambios en cuanto a la cultura del establecimiento, como el apoyo social que se puede brindar a aquellos miembros de la comunidad escolar que presenten signos de alerta en cuanto al suicidio o autolesiones, blindándolos frente a estos acontecimientos, permitiendo pesquisar de forma previa a la ocurrencia de un hecho que implique un daño para la propia persona y su entorno, por tanto, de una u otra forma, estos cambios repercutirán en la esfera individual de la persona, ya que el apoyo social que le puedan brindar, le permitirá contar con más y mejores herramientas para enfrentar las circunstancias de su propia vida. Lo anterior, se ampara en principios como la Justicia Social, con la idea de extinguir las inequidades sanitarias, brindando contención a aquellas personas que poseen mayor riesgo de sufrir las consecuencias nocivas de los Determinantes Sociales de la Salud. La finalidad de este trabajo es avanzar hacia el establecimiento de un segundo nivel de la escuela de líderes, orientado a la formación de Agentes Comunitarios de Salud.

En cuanto a la influencia en escala ascendente, se declara que la generación de este modelo de trabajo comunitario que integra a las áreas de salud y educación de la Corporación Municipal de Viña del Mar, nivel secundario y a la comunidad, generando la incidencia en política pública, al establecer un protocolo de integración y trabajo conjunto, donde los líderes comunitarios se configuran como un factor crucial en la pesquisa de casos complejos desde la salud mental, así como en la generación de estrategias de prevención, por tanto, influye hacia las condiciones de vida de los pacientes y sobre el propio modelo socioeconómico y cultural imperante, a través del establecimiento de este trabajo en red desde las áreas señaladas, impulsando iniciativas como la de la Escuela de Líderes, propuesta que busca ser recogida por las autoridades nacionales, desde un trabajo realizado a nivel local por la Mesa Tripartita.

En la siguiente figura se busca resumir el proceso de influencia a 2 niveles de la Escuela de Líderes Adolescentes impulsada por el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica en alianza con las área de educación y salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar.

Figura N°13: Influencia Escuela de Líderes Adolescentes sobre los Determinantes Sociales de la Salud propuestos por Dahlgren y whitehead

(Fuente: Elaboración Propia, 2018)

2. Análisis Integrado desde el Eje Conceptual Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental

En concordancia con lo planteado por la OMS (2004), si se comprende que la salud mental corresponde al estado de bienestar de los individuos que los habilita para poder afrontar las diversas tensiones del ciclo vital, les permite trabajar productivamente, siendo capaces de ser un aporte hacia sus comunidades, es posible declarar la importancia de la salud mental en el nivel de bienestar que pueden alcanzar los individuos, sus familias y las comunidades a las que pertenecen. En esta misma línea, desde el Ministerio de Salud, se define el modelo comunitario estableciendo que este:

> Surge en contraposición al Modelo Asilar, incorporando a la atención de las personas con enfermedad mental, el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad. Comprende que reconocer y abordar las necesidades de esta población con un enfoque integral, determinará positivamente la evolución de su enfermedad y su bienestar. Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, el no resguardo y ejercicio de sus derechos ciudadanos, complejizan y cronifican el proceso de recuperación. Estos determinantes sociales requieren ser considerados en la atención y cuidado de toda persona que tenga un trastorno mental, el no hacerlo impactará aspectos como la adherencia y continuidad del tratamiento, la evolución de la enfermedad y su calidad de vida (citado en MINSAL, 2017, p.38).

Del fragmento presentado, y a modo de resumen de la incorporación de este en el sistema de salud chileno, es posible señalar que este modelo orienta la creación del Plan Nacional de salud Mental y Psiquiatría en sus diversas versiones, el cual busca dar respuesta a las recomendaciones planteadas por la Declaración de Caracas sobre la incorporación de un enfoque integral para abordar la salud mental de la población perteneciente a los estados a través de las autoridades nacionales y locales, es decir, un enfoque que aborde la influencia de los determinantes sociales de la salud en el nivel de bienestar de la población usuaria de los servicios de salud mental públicos del país, el rol de las comunidades y aspectos ligados a la adherencia a tratamiento, todo lo anterior con la finalidad de significar una real mejora en la calidad de vida de los pacientes, en este caso, los pacientes de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, específicamente aquellos en control en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica. Sobre esta temática del plan nacional vigente, la Asistente Social de PMC enfatiza en la invitación del modelo comunitario a incorporar un enfoque de integralidad de los usuarios y la composición biopsicosocial de estos:

> *"Yo creo que el plan nacional, en términos bien medulares, nos invita a los equipos a salir del box y fortalecer a las comunidades para que se hagan cargo de la salud mental de sus niños, yo creo que PMC ha tomado este desafío y ha abierto las puertas de los box, permitiendo que la comunidad nos influencie a nosotros desde su saber, desde la riqueza que hay en ella, y ha permitido que nosotros, como equipo clínico, podamos entregarles a ellos herramientas que les sirvan en su cotidianidad".*
>
> **Asistente Social N°1**

Se puntualiza sobre el rol desempeñado por las comunidades en la gestión de la salud mental, bajo la óptica de la corresponsabilidad en el cuidado, que es la invitación del Modelo de Salud Familiar, que es la otra arista del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, por tanto, se sostiene que el trabajo colaborativo entre APS y el nivel secundario, más que operativa, es necesaria. En concordancia con lo anterior, de acuerdo con el Ministerio de Sanidad de Canadá (1988), la salud mental se entiende como la capacidad de interacción entre personas y grupos, y cómo estos se relacionan con su medio ambiente con la finalidad de promover el bienestar subjetivo, así como el despliegue de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y aquellas ligadas a las relaciones que se establecen con los

otros, para de este modo dar cumplimiento a las metas tanto individuales como colectivas, en base a los principios de justicia y el establecimiento del bien común.

A modo explicativo, se profundizará en el acápite del bienestar subjetivo, y la influencia de este en el aspecto relacional del bienestar individual y colectivo en la atención del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica. En relación con esta idea, resulta interesante profundizar en lo señalado por el Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (2012), que sostiene que el bienestar y malestar subjetivos son el resultado de la evaluación moral – práctica que realizan los individuos a 3 niveles, sobre sí mismos, en la relación con otros, y con el mundo, en base a sus propios referentes e intereses. Dicho bienestar posee dos modalidades, por un lado, el Bienestar Subjetivo Individual implica el resultado de una evaluación positiva que realiza el sujeto de sí mismo, por ende, es un espacio más bien cerrado en él. Por otra parte, el Bienestar Subjetivo Colectivo, corresponde al estado subjetivo que surge a partir de la evolución de las oportunidades que les brinda la sociedad a las personas para el establecimiento de su autoimagen, cuando esta imagen es positiva y el sujeto percibe que este lo habilita para desarrollar su imagen, y es a través de esto que se puede alcanzar un nivel idóneo de Bienestar Subjetivo Global. Por tanto, se establece que PMC, a través de su trabajo con la comunidad, entendiendo que esta es parte insoslayable del contexto que acompaña al sujeto, logra dar cumplimiento al establecimiento del bienestar subjetivo.

En cuanto al modelo en sí, la Médico N°3, encargada de las Consultorías en Salud Mental señala la importancia de la incorporación de un modelo de corte más comunitario e integrador de la realidad de los pacientes en los planes de tratamiento individual, señalando que:

> *"… me parece una excelente experiencia en el sentido de que se ha ido poniendo en el fondo un modelo que tiende hacia el modelo psicosocial, familiar, que ha sido un proceso no muy fácil muchas veces, pero creo que con hartos resultados positivos".*
>
> **Médico N°3**

Se infiere que el proceso de transición hacia un modelo comunitario ha sido un proceso paulatino, especialmente en el nivel secundario, donde el paradigma Médico – Legal se configura como predominante, centrándose en antecedentes de corte más biomédico, dejando lo psicosocial relegado debido a la complejidad

de los casos. Sin embargo, se observa que pese a las dificultades para cambiar un paradigma que ha estado presente en la salud desde hace muchas décadas, y que se ha materializado a través de las normas técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud. Sin embargo, es este mismo organismo público quien se ha encargado de llevar a cabo la elaboración de los planes nacionales desde su primera versión del año 2000, hasta la versión actual, que como ya se declaró se ampara tanto en el Modelo de atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, como en el Modelo Comunitario de Salud Mental, donde el primero de ellos se hace cargo de aquellos trastornos leves que no requieren de una atención especializada. Dichos modelos avanzan de manera dinámica, bajo la premisa de que los usuarios de los dispositivos de salud pertenecen a un grupo familiar y a una comunidad específica, a partir de la integralidad, la territorialización (temática que será profundizada más adelante en este mismo análisis), DD. HH, y la continuidad de los cuidados en un sistema de atención de salud integrado. Para el MINSAL (2013), la conjugación de ambos modelos entienden la salud como un bien social, y a la red de salud desde una perspectiva de acción articulada entre los prestadores, la comunidad y las organizaciones del intersector, promoviendo relaciones de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad, los cuales son posicionados como el centro de la toma de decisiones, entendiéndolos como integrantes de un sistema social y cultural diverso y complejo, es decir, las personas son activos en el cuidado de su propia salud, y en relación a ello, el modelo, según el MINSAL (2013), se orienta a 3 principios básicos, siendo uno de ellos, el abordaje de la psicopatología, que se entiende que la salud mental debe trascender la sintomatología de la patología de base, bajo la premisa de que estos pertenecer a un entramado social de vinculación con los otros, ya que, desde ahí se construyen. Por tanto, la atención de PMC, al incorporar el conocimiento de la propia comunidad en el desarrollo de un plan de tratamiento o intervenciones en ella, da cumplimiento a la necesidad de observar la realidad desde la integralidad, superando la desagregación de la persona en un espacio de tiempo preestablecido, o de su historia de vida y entorno, ya que se sostiene que las personas son incapaces de separar su contexto de su sintomatología, por tanto, el enfoque desde lo médico legal, al considerar sólo antecedentes biológicos o patológicos, intenta desagregar a sujeto de manera forzada, siendo bastante probable que la sola acción de un tratamiento farmacológico no genere los cambios suficientes y necesarios para alcanzar un nivel de bienestar óptimo, pudiendo incluso contribuir indirectamente a la cronificación de los trastornos de base, en casos, por ejemplo, donde no se

considere a la familia en el abordaje de un Déficit Atencional, o no se considere el contexto escolar. Es debido a lo anterior que surge la impronta de establecer un modelo nuevo, pese a las resistencias que se puedan evidenciar, ya que el fin de esto, es contribuir de manera exitosa al bienestar subjetivo desde una perspectiva global.

Para este fin, uno de los ejes de trabajo del programa dice relación con la necesidad de un trabajo en red, que permita el abordaje integral de los pacientes, entendiendo que el paso de estos por la Unidad de Psiquiatría es transitorio, siendo contra referidos hacia la atención primaria una vez que el tratamiento así lo permita, lo cual, en palabras de la Asistente Social N°1, corresponde al trabajo realizado en los primeros años de funcionamiento del Programa Piloto Ministerial de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional con comorbilidad, declarándolo de la siguiente manera:

> *"Durante el 2013 y 2014, el desafío consistió en levantar una red comunal que nos ayudara a facilitar el tránsito de los niños en el continuum salud …"*
>
> **Asistente Social N°1**

Se enfatiza que el principal objetivo de este programa consiste hasta la actualidad, de brindar un proceso de acompañamiento por parte del equipo PMC del paciente en su tránsito por la patología, es decir, tiene que ver con de qué manera la patología de base evoluciona en el ciclo vital del paciente, el cual se ve influenciado, además, por la presencia de las comorbilidades desde lo psicosocial. La finalidad es que este proceso de transición por la atención secundaria sea lo menos dañino para el pacientes su familia y la comunidad en la que se desenvuelven de manera cotidiana, y para ello, es vital el trabajo colaborativo con los demás miembros de la red, y la comunidad, ya que esta posee un conocimiento afianzado de sus problemáticas, y por tanto, incorporar su visión en el tratamiento, implica un proceso de adecuación a su propia realidad, generando intervenciones que vayan en directo beneficio de las personas que se desarrollan en esa realidad particular, generando un mayor impacto tanto en las condiciones de bienestar, como en la adherencia al tratamiento otorgado por el nivel secundario.

Retomando el tema de los principios básicos del modelo comunitario, se menciona la gestión clínica, que se entiende como el proceso de toma de decisiones, tendientes a generar autonomía a profesionales y usuarios, entendiendo que estos últimos son directamente responsables del cuidado de su

propia salud, siendo la atención sanitaria un puente entre estos y la política pública, es decir, se busca el establecimiento de una institucionalidad que sea flexible y participativa. Es por lo anterior que se requiere que esta gestión se oriente al logro de objetivos de eficacia y eficiencia, formando equipos de trabajo adecuados en cuanto a perfiles de competencia, y es en este sentido, que resulta relevante la formación de los profesionales de PMC, que de alguna u otra forma tiende al establecimiento de nuevos criterios de atención e intervención aparados en los principios declarados en el modelo comunitario. Para ello, la Médico Coordinadora del programa, profundiza el relato sobre el rol desempeñado por el equipo en el establecimiento de una atención integral, que brinde las condiciones para la realización de los procesos de acompañamiento a los pacientes en su tránsito por este, señalando lo siguiente:

"Yo creo que tiene mucho que ver con lo que nosotros estamos realizando en el PMC, que tiene que ver, por una parte, efectivamente estamos insertos en un Hospital de Alta Complejidad que tiene que ver con un nivel secundario, pero la modalidad de trabajo tiene que ver con una acción mucho más comunitaria en relación con el trabajo en conjunto con las redes, al trabajo grupal, de gestión con talleres... Entonces, en esa línea, yo creo que el programa tiene que ver mucho con eso, con acercarnos más hacia la Psiquiatría de una visión mucho más comunitaria, y que en el fondo también tiene una prioridad en que no solamente sean Psiquiatras los que están a cargo de los pacientes, sino que también el Médico General, la Asistente Social y el Psicólogo tienen un rol potente dentro de los equipos".

Médico N°2

Desde el fragmento presentado, se apunta a que, frente al establecimiento de un nuevo modelo de abordaje de la salud mental, el equipo de PMC se ha adaptado a la realidad de su población usuaria desde un prisma más comunitario, orientado al trabajo con las redes, a través de coordinaciones y capacitaciones, y con los grupos, con iniciativas como el Club Multifamiliar y la Escuela de Líderes. Enfatizando en la composición multiprofesional del equipo de trabajo, donde los profesionales a cargo son Médicos Generales con formación en salud mental, por tanto, la óptica de ellos es más integral que la de un especialista, además de encontrarse en constante coordinación con los demás estamentos profesionales, como la Psicología y el Trabajo Social. Esto explica en parte las resistencias a abrir

la salud mental y la psiquiatría a la mirada biopsicosocial, ya que, se desafía constantemente al modelo imperante, donde los médicos se deben mantener a raya de las demás aristas de los pacientes, lo cual, en PMC, debido a la composición transdisciplinaria, se subvierten los roles hegemónicos asociados a cada profesión, mismo caso del rol de los pacientes, quienes son vistos como un entes pasivos en cuanto a la administración de su salud.

En otro aspecto ligado al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, siguiendo los lineamientos de la OPS – OMS (1992), lo comunitario implica prácticas de intervención emanadas desde las interacciones entre las redes sociales que constituyen un barrio o territorio. Por tanto, implica que la atención de salud mental se encuentra dentro y toma el papel de participante en la complejidad de la realidad de una comunidad particular, permitiendo la identificación y localización de recursos, con el objeto de generar alianzas en cuanto a la salud mental de la población objetivo. Esto se ampara en la comprensión de la influencia del contexto en los procesos de recuperación o rehabilitación, avanzando hacia la inclusión social y la entrega de condiciones para ejercer derechos de forma plena. De lo anterior, y en relación con la realización de las Consultorías en Salud Mental en los Centros de Salud Familiar bajo la administración de la Corporación Municipal de Viña del Mar, la Médico N°3 señala el posible aporte que constituye el establecimiento de estas reuniones clínico – técnicas, especialmente sobre el rol de los equipos de atención primaria, como parte de un dispositivo de salud territorializado, frente a esta condición, declara que:

> *"Ahora, en cuanto a si constituye un aporte en la intervención de casos, yo creo que claramente es fundamental, porque el equipo de APS conoce a su población, por lo tanto, puede tener una idea más global, básica de qué está sucediendo con determinada persona, no así en forma tan puntual como un individuo, sino que ellos por su modelo familiar conocen la trayectoria de la familia, los eventos que han pasado, por lo tanto, las condiciones sociales en las que se desenvuelven, la comunidad, entonces obviamente ellos pueden aportar muchísimo en la intervención de los casos".*
>
> **Médico N°3**

Se destaca la influencia del modelo de salud con enfoque familiar en cuanto a la información manejada por APS, ya que, en algunos casos, son usuarios de larga data, por tanto, los antecedentes de la constitución familiar son conocidos y reconocidos por los profesionales de este nivel de salud, además, al ser

territorializados, conocen las características socioambientales del espacio bajo su cobertura, permitiendo obtener una visión integral de la realidad en la que se desarrollan sus usuarios, permitiendo el desarrollo de Planes de Tratamiento Individual enfocados en las reales necesidades de su población atendida. Por ello, es vital incorporar su visión en el nivel secundario, con la finalidad de recibir asesoría sobre los pasos a seguir en el caso de que no cumplan criterios de gravedad, dejando entrever que el rol asesor trasciende la pesquisa de casos complejos, que por su naturaleza, el equipo primario estima que escapa a sus competencias profesionales, permitiendo, a través de estos espacios de asesoría desde el nivel de especialidad, obtener herramientas de manejo de las diversas problemáticas clásicas y emergentes en relación a la salud mental. Sobre ello, el principio de Trabajo en Red del modelo comunitario se centra en que la constitución de una red se centra en los procesos relacionales de los profesionales de las instituciones miembro, más que en los dispositivos en sí. Desde ahí, cada miembro realiza sus aportaciones de cara a una atención integral, centrada en las necesidades específicas de cada usuario, constituyendo una red de salud coordinada de manera horizontal con diversos sectores, incluso aquellos ajenos al sistema de salud, considerando que la salud no es exclusiva de este sistema, sino que se establece que pertenece a un sistema social ampliado, desde donde los individuos se construyen sistemáticamente. En concordancia con este planteamiento de la no exclusividad de la salud al sistema sanitario, según la Pediatra a cargo de las Consultorías desde el Hospital Dr. Gustavo Fricke, declara que el trabajo en red involucra múltiples aristas, expresando que:

"Yo creo que los principales aportes son la interacción y coordinación entre los distintos niveles, también, avanzar hacia un modelo más comunitario, que es un proceso que no es fácil, pero se supone que deberíamos ir desde los niveles primario, secundario y terciario hacia este modelo, y yo creo que la consultoría en ese sentido es un gran aporte, y, obviamente, para la evaluación de situaciones particulares de los casos que se presentan".

Médico N°3

Existe una doble dimensión de las consultorías, ya que, por un lado, se establece como un sistema eficiente en cuanto al establecimiento de un modelo comunitario orientado hacia la cooperación entre instituciones, y por otro lado, el rol asignado desde lo estratégico de las listas de espera, que consiste en la evaluación de las situaciones particulares presentadas en este espacio. En lo que

respecta al espacio de interacción y coordinación en múltiples niveles, resulta trascendental la consideración que hace Putnam (1993) del Capital Social, que dice relación con los diversos aspectos de las organizaciones sociales, dentro de los que se cuentan las redes, normas y confianza, con la finalidad de facilitar las acciones y la cooperación para un beneficio mutuo. Sin embargo, dicha teoría fue desafiada por Portes (1998), quien señala que existen 2 tipos de Capital Social que se contraponen entre sí. Por un lado, la dimensión individual se haya en las relaciones sociales basadas en la confianza, lo que implica el establecimiento de relaciones centradas en el ego. Por otro lado, y en relación con el tipo de capital social al que apunta el desarrollo de las consultorías, dice relación con que el capital social comunitario o colectivo no pertenece a nadie, sin que esto implique que no reporte un beneficio a nivel grupal, como lo es el apoyo realizado por el equipo de la Unidad de Psiquiatría, aun cuando los casos que se aborden no impliquen una atención directa de estos, de igual manera entienden el rol que desempeñan como asesor de los equipos de APS, otorgando transferencia técnica y constante comunicación por diversas gestiones que emergen desde la cotidianidad del trabajo en el área de la salud. Entonces, el surgimiento del capital social comunitario obedece a las acciones individuales de cada miembro de la red de trabajo, para maximizar su capital individual. Por otra parte, se infiere que, si se considera al Capital Social como un flujo, es posible generarlo constantemente, generando resultados positivos en un corto plazo, como puede ser el aumento de la resolutividad de los equipos de atención primaria, lo cual, los prepara para la constante complejización de las problemáticas de salud mental de la población usuaria, es decir, se establece que, el desarrollo de las consultorías desde el año 2013 a la fecha, ha permitido sentar las bases para el desarrollo del capital social comunitario, lo cual, se establece como un imperativo para un trabajo que aspire a un trabajo basado en un trabajo integral y comunitario, entendiendo el rol de esta en la salud. De forma transversal al desarrollo del Capital Social, surgen las implicancias del establecimiento de redes sociales, que, de acuerdo con las referencias bibliográficas, se consideran un paso en la construcción del Capital Social tanto individual, como colectivo, siendo esto último una condición inherente de este capital.

De acuerdo con los postulados de Dabas y Perrone (1999) las redes sociales se constituyen en procesos de permanente construcción individual y colectivo, estableciéndose como sistemas abiertos que permiten el desarrollo de intercambios dinámicos entre los integrantes de un colectivo específico, como la

familia, el equipo de trabajo, un territorio, escuela u hospital, entre otros) y otros colectivos, con el objetivo de potenciar los recursos y creación de alternativas de resolución de problemáticas o satisfacción de necesidades particulares, permitiendo el enriquecimiento de los miembros de la red a través de un enfoque de múltiples relaciones. El objetivo de dicha red es alcanzar metas en común de manera colectiva, que en este caso de las consultorías corresponde a brindar cuidados en salud mental a la población objetivo, aumentando la resolutividad y cumpliendo el objetivo de avanzar hacia la atención de salud universal, siendo este la razón de ser de esta red de trabajo intersectorial y territorializado. . Por otro lado, al igual que el capital social, el intercambio propiciado por las consultorías construye un tejido social humano que permite el establecimiento de relaciones horizontales entre los miembros del equipo Interconsultor, provocando el establecimiento de relaciones e intercambios en múltiples direcciones., permitiendo el estrechamiento de vínculos entre las instituciones, los usuarios, sus familias, y las comunidades, por lo que la comprensión del individuo como parte de un tejido social es menester para una atención integral.

Ahora bien, respecto a la cercanía de los Centros de Salud Familiar con su población usuaria, se destaca el planteamiento que realiza la Asistente Social N°2 respecto a este rol territorial de este dispositivo de salud, apuntando a lo siguiente:

> *"… para los niños y sus familias el CESFAM es un espacio cercano al que ellos están acostumbrados a acudir y donde es más fácil acceder también. Creo que ello implica una mejor comunicación con la escuela, porque hay un tema territorial ahí que está relacionado con el espacio del CESFAM, donde existe una vinculación con el territorio a través de la COMSE u otras instancias de coordinación, y yo creo que eso facilita la coordinación con los establecimientos educacionales".*
>
> **Asistente Social N°2**

En cuanto al fragmento presentado, se destaca el trabajo territorial desempeñado por el centro de salud, ya que se establece como la forma más rápida y cercana a la comunidad de hacer ingreso a la atención de salud pública, donde, además, se busca incorporar a todos los actores que poseen vinculación con el territorio cubierto por cada centro a través de la sectorización, como es el caso de los establecimientos educacionales y el rol de estos en el desarrollo de las reuniones mensuales de la Comisión Mixta de Salud y Educación, instancia

local de participación de los diversos actores que intervienen en un sector específico de la jurisdicción del CESFAM, lo cual, es de vital importancia en consideración del papel desempeñado por el área de educación, tanto en la vida futura de los NNA, como en el aporte de antecedentes pesquisados desde la cotidianidad del contexto escolar. Finalmente, se releva la importancia de considerar a los Centros de Salud Familiar como un dispositivo de salud primaria territorializado que posee una relación cercana con sus usuarios y las redes que en ellos operan, bajo el precepto de la intersectorialidad, que será abordado a continuación, a propósito del trabajo realizado por la Línea Comunitaria de PMC.

Sobre la intersectorialidad, resulta relevante presentar la definición que la OMS (citado en OMS, 2015) hace de esta, frente a lo cual se puntualiza que corresponde a:

Un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita los efectos negativos para la salud de las políticas públicas, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. (p.1)

Desde este enfoque, la Línea de Gestión de Redes, a través de las iniciativas impulsadas por la Asistente Social de PMC, se enfatiza en que la gestión de redes se condice con la definición anterior, por cuanto se establece como una forma de trabajo participativo, colaborativo y descentralizado, que busca el establecimiento de relaciones basadas en la confianza y la concreción de objetivos en común entre los miembros de la red de trabajo constituida como forma de dar respuesta a los problemas de salud que afectan en la actualidad a los NNA pertenecientes a la jurisdicción del SSVQ, y que debido a ello, se establece de forma imperiosa la necesidad de trabajar coordinadamente en función de otorgar las condiciones de mayor bienestar posible a los pacientes del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica. Dentro del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría propuesto por el MINSAL (2017), uno de los objetivos primordiales corresponde a la generación de estrategias colaborativas entre el sector salud, otros dispositivos de administración estatal y las organizaciones de la sociedad civil, con el objeto de abordar temáticas de salud mental comunes para estas instituciones y organizaciones comunitarias, todo con el fin último de mejorar la calidad de vida de las personas, potenciando sus factores protectores, así como

pesquisar los factores de riesgo, promoviendo la inclusión efectiva de los NNA que presentan alguna patología de salud mental con influencia de comorbilidad.

Volviendo al Modelo Comunitario de Salud Mental y su influencia en el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en conjunto con el Modelo de Salud Familiar de APS, se establece que la participación social, en cuanto al empoderamiento y organización de los usuarios y sus familias en función de la co-construcción de un enfoque de abordaje integral en su esfera individual y colectiva, debido a que las personas deben ser consideradas como sujetos activos en sus procesos de recuperación y tránsito de su enfermedad a lo largo de su ciclo vital. Una de las iniciativas tendientes al cumplimiento de esta estrategia de colaboración intersectorial, orientado al empoderamiento de la comunidad, es la adecuación de un Club Multifamiliar en el contexto de TDAH, donde se buscó rescatar la experiencia de las familias de pacientes con diagnóstico de Déficit Atencional, en especial para aquellos padres o cuidadores de NNA que hacían su ingreso a la atención del programa, siendo uno de los objetivos el rescate de la visión positiva de estos en relación a sus hijos, los cuales han sido estigmatizados por el sistema escolar por la manifestación de conductas disruptivas y dificultades en el aprendizaje. Esto dice relación con el impulso de estrategias y acciones que tiendas a abordar el estigma social que pesa sobre los NNA con este diagnóstico u otro que genere las conductas referidas. Dicho trabajo, se constituyó en una experiencia inédita en una Unidad de Psiquiatría de un Hospital de Alta Complejidad, donde los padres quedan relegados a un segundo plano, pasando por alto su experiencia de vida en relación con el diagnóstico en diversas etapas del desarrollo de los pacientes del programa y el imperativo de devolverle la salud a las comunidades, como agentes activos en sus procesos orientados al aumento del bienestar social.

En cuanto a la constitución de la Mesa Tripartita dice relación con este trabajo intersectorial, donde el Programa TDAH y las referentes de salud y educación de la CMVM operan bajo objetivos comunes, que en un momento correspondieron a los resultados de los diagnósticos comunales sobre salud en población Infanto – juvenil, donde el punto de quiebre se encontraba en la compra de servicios privados para atención psiquiátrica, y la dificultad de volver a la atención pública a esos pacientes. Entonces, la mesa como un espacio de coordinación y comunicación basada en la confianza permite establecer que, en cuanto a los grados de colaboración intersectorial, se declara que la instancia de esta mesa de trabajo técnica entre salud y educación, corresponde al nivel de

cooperación, el cual se identifica como aquel trabajo conjunto que busca la adaptación de las políticas y programas de acuerdo a los intereses de cada sector, que es la base de la generación de Capital Social a través de la gestión de las redes sociales, al igual que la forma de organización, la cual, debe ser horizontal, con instancias de trabajo formales, como es el desarrollo de las reuniones con una periodicidad mensual, convocada por la Asistente Social de PMC. Una de estas instancias de trabajo corresponde a la iniciativa de la Escuela de Líderes Adolescentes, donde a partir de una fuente de financiamiento compartido (Fondo concursable de participación adolescente facilitado por la dirección de salud de esta corporación), lo que implica la generación de sinergias a partir de una visión panorámica de las problemáticas comunes, que se plasmó en la definición de las líneas de acción de la mesa, que es de especial importancia al momento de generar instancias de acción intersectorial, determinando a la vez, la planificación y distribución de las responsabilidades, lo cual fue realizado desde la primera instancia de reunión, logrando alcanzar la horizontalidad en cuanto a la ejecución de la primera versión de esta instancia de trabajo comunitario.

A Partir de la ejecución de 4 versiones a la fecha de realización del presente proceso de sistematización, y tras constantes procesos de modificación y adecuación de los objetivos y metodologías de la Escuela de Líderes Adolescentes, se enfatiza en la propuesta de trabajo comunitario con adolescentes emanada dese el acervo profesional de la Asistente Social del Programa, dice relación con el último grado de colaboración intersectorial, que corresponde a la integración, que implica, entre otras cosas, la definición de una política pública dúctil, es decir, que se adapte a los intereses de los sectores involucrados, redefiniendo la política o programa en función de estos intereses. Como es el caso de la propuesta señalada, que viene a presentar una modalidad de trabajo coordinado e intersectorial entre los referentes de la atención primaria y secundaria, y la educación, implicando que esta acción intersectorial específica de la Escuela de Líderes Adolescentes no sólo se manifiesta en la ejecución de la actividad en concreto, sino que contempla la formulación y financiamiento de políticas públicas que respondan al establecimiento del Modelo Comunitario de Salud Mental a través de iniciativas como esta, cuyo fin es incorporar a los sectores antes mencionados en un trabajo colaborativo y asociativo con la comunidad, que en definitiva, es la invitación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, materializada a través de la formación de liderazgos orientados a la generación de agentes comunitarios de salud, que den cumplimiento al objetivo de generar

instancias de capacitación y formación a la comunidad, avanzando hacia el abordaje integral de las problemáticas que afectan a la población Infanto juvenil en la Comuna de Viña del Mar. Lo anterior, tiene que ver con la posibilidad de realizar un proceso de devolución de resultados de las Políticas Públicas hacia las autoridades locales y nacionales, generando el cierre del ciclo de ellas, ya que, se configura como una falencia la incapacidad de las autoridades que tienen el poder de decisión respecto de la retroalimentación de las acciones de la institucionalidad, con la finalidad de obtener una visión integral sobre los aspectos positivos de la implementación, así como aquellos espacios de mejora de cara a una implementación que logre dar cuenta de la impronta para la cual son formuladas las políticas públicas en su génesis, que es el de generar el mayor nivel de bienestar posible a los usuarios de los sistemas públicos, especialmente las políticas en materias de salud, particularmente a la salud mental. Entonces, la líneas de acción del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica contribuyen positivamente a la realización de procesos de evaluación y adecuación constante de su propio accionar, provocando un aumento progresivo del cumplimento de los objetivos de generar políticas públicas eficientes y eficaces que se adapten a la realidad particular de cada país, en especial en la Comuna de Viña del Mar, donde toma lugar el desarrollo de la presente experiencia de trabajo comunitario en el nivel secundario de salud, logrando dar respuesta a las recomendaciones emanadas desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

3. Análisis Integrado desde el Eje Conceptual Trabajo Social en Salud Mental

Se declara que el Trabajo Social, según la Comisión de Trabajo Social y Salud (2018), ha sido parte constitutiva de los equipos en el nivel secundario, a través de la participación de estos profesionales en equipos multiprofesionales, abordando temáticas ligadas a la recuperación, rehabilitación y reinserción social de los pacientes con patologías complejas, en especial aquellas relacionadas a la salud mental, como es el caso de PMC, donde las patologías se ven agudizadas o complejizadas por la incidencia de comorbilidades que actúan como mecanismos de producción de inequidades, tal como se señala desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, donde su función corresponde a la gestión sobre estos determinantes a través de la incorporación de la variable contextual de cada paciente del programa, que permita la visualización de las consecuencias nocivas de estos en la vida de los pacientes y sus familias, además de la comunidad. Lo anterior, sirve de base para la definición operativa de la importancia

de esta disciplina en el área de especialidades médicas, que consiste precisamente en cuanto al abordaje de los determinantes señalados desde los niveles de intervención propios, desempeñándose en campos específicos, como el Déficit Atencional en lo que respecta a la línea de acción impulsada por el Plan Piloto Ministerial de TDAH, donde existía un diagnóstico y perfil de pacientes acotado.

En consideración de lo anterior, en cuanto a las funciones específicas de Trabajo social en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, se declaran los principales referentes en la temática a nivel internacional y local, que sirven de base para el desarrollo de las funciones específicas de la Asistente Social de este programa de nivel secundario.

En primera instancia, sobre el aporte de Amaya Ituarte (1992), se enfatiza en que corresponde al primer referente sobre el rol de un Trabajo Social Clínico, cuya principal característica consiste en la entrega de herramientas psicosociales a los usuarios para que estos hagan frente de mejor manera a sus problemáticas actuales y aquellas que surjan a lo largo de su ciclo vital en relación al diagnóstico o sospecha diagnostica de algún trastorno de los que PMC aborda, generando, por un lado, el establecimiento de condiciones óptimas para su propio beneficio, en especial de aquellas personas que se encuentran en una posición desventajosa en cuanto a lo psicosocial. Para este fin, se busca generar un proceso de concientización sobre sí mismos, y el ambiente en el cual se insertan desde su cotidianidad. En esta misma línea, se destaca el aporte de Eva Garcés (citada en Garcés et al, 2010), quien define al Trabajo Social en Salud Mental señalando que este corresponde a:

> Un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica

distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares. (p.338).

La misión de los profesionales del área social en salud mental, consiste en la consideración de la mutua influencia entre el sujeto y su ambiente, es decir, va más allá de la mera comprensión de este ambiente y cómo este afecta a los individuos, desde el enfoque biopsicosocial, que como se declaró en apartados anteriores, el rol desempeñado desde la Línea de Abordaje Clínico de este programa dice relación con la incorporación sistemática de este enfoque desde el ingreso, siendo reflejado en el Plan de Tratamiento Individual de cada paciente, permitiendo la generación de estrategias que respondan a la integralidad de los sujetos de atención, adecuándose al contexto particular de estos y sus familias, ya que se entiende que son estos los que entregan las directrices de las diversas intervenciones realizadas por los dispositivos de salud mental. A Partir de lo anterior, resulta interesante rescatar la opinión de la Asistente Social N°1, quien, en su rol dentro de un programa de salud mental con población Infanto - juvenil, declara la importancia de su quehacer profesional en la atención clínica, enfatizando en que:

"…desde Trabajo Social yo creo que la mayor importancia ha sido el de relevar el rol terapéutico que tiene la profesión dentro de las unidades de psiquiatría.… entonces, tenemos atención de casos, entendiendo a este como el paciente, su familia y la comunidad a la que pertenece… ".

Asistente Social N°1

Desde el planteamiento anterior, se releva la importancia del papel desempeñado por la profesional en los procesos terapéuticos de los pacientes al interior de unidades especializadas en salud mental y psiquiátrica, como la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, que es donde se enmarca PMC, el cual, como se declaró en las funciones propias de esta profesión en el programa, dice relación con la intervención directa en cuanto a la dinámica familiar de los NNA en control y sus respectivas familias, implicando la incidencia en la generación de un plan de vida que les permita afrontar de la mejor manera posible el desarrollo de la enfermedad, lo cual, es coherente con la definición que realiza Amaya Ituarte sobre la necesidad de entregar las herramientas psicosociales para hacer frente a las problemáticas actuales y las futuras, que en este caso, poseen un factor transversal al ciclo vital, que es el trastorno, y la manera en que este evoluciona a través de las diferentes etapas de vida transitadas por los pacientes de Programa

de Mediana Complejidad Psiquiátrica. Por otro lado, y en relación con el interés del clínico por el contexto del individuo, es que se enfatiza en la inclusión de comorbilidades como requisito para hacer el ingreso efectivo al programa, por tanto, se destaca la vital importancia de la incorporación de este profesional desde el primer contacto con el paciente a través de los ingresos médico – sociales, lo cual, permite detectar estas comorbilidades en los contextos familiares y comunitarios, que sirvan de base para poder observar al paciente desde su propia realidad biopsicosocial, generando estrategias coherentes con ella. Lo anterior, dice relación con los 3 principios que sustentan esta modalidad específica de Trabajo Social según Ituarte (1992): Por un lado, se enfatiza en la necesidad del **establecimiento de una relación interpersonal** de confianza con los pacientes, lo cual se ve reflejado en la calidez del trato con estos desde el momento de su ingreso efectivo a la atención del programa; a través de **cambios en la situación social** por medio de la socio educación, coherente con la entrega de herramientas para el abordaje de las contingencias o comorbilidades que afectan al usuario y su familia; generando **cambios en las relaciones significativas de los pacientes**, es decir modificaciones en la dinámica familiar que permitan el funcionamiento óptimo del sistema familiar en función de brindar las condiciones para la adecuación de la vida familiar en base al diagnóstico.

Ahora, sobre el rol terapéutico señalado por la profesional, es interesante señalar la definición de Antipán y Reyes (como se citó en MINSAL, 2018) se entiende al Trabajo Social en Salud Mental como Trabajo Social Clínico que posee el propósito de:

> Pesquisar y reconocer problemas de patología mental, así como también realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares. Por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social emplea estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de las ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas. En conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemáticas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal. (p.49)

De esta definición, interesa el énfasis otorgado al rol de Trabajo Social en los procesos terapéuticos, en concordancia con lo señalado por la profesional del área social, a través de dichos procesos se busca realizar contención y asesoría sobre cómo enfrentar las situaciones estresantes que afecten al sistema familiar en su totalidad, como puede ser el hecho de perder la fuente laboral, o alguna enfermedad crónica que pueda manifestar algún miembro de la familia, y es en este sentido que el interés del clínico por el contexto que envuelve al paciente se observa de manera clara, bajo la premisa básica de elevar el nivel de bienestar de los individuos, grupos y comunidades. De esto se rescata la idea del trabajo multiprofesional de PMC, ya que, se apunta precisamente al trabajo integral desde una perspectiva biopsicosocial y transdisciplinar, logrando que la contribución hacia la solución de sus necesidades y problemáticas se apegue a la realidad subjetiva de cada paciente, ya que son estos los que mayor dominio poseen en cuanto a la detección de aquellos factores que van en directo desmedro de su salud mental, y, por tanto, de su nivel de bienestar. Es debido a ello que es menester realizar un trabajo integrativo de los múltiples niveles de intervención de Trabajo Social, partiendo de la base de que estos factores negativos son observables en cada una de las relaciones que el sujeto establece con sus redes de apoyo y con su ambiente.

A partir del proceso de análisis realizado recientemente, se declara que, el función de los antecedentes revisados de intervención de Trabajo Social en la Línea de Abordaje Clínico del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, que implica la incorporación de las variables contextuales en el desarrollo de los procesos terapéuticos de cada paciente en control, materializado a través de los planes de tratamiento individual, el trabajo realizado por la Asistente Social corresponde efectivamente a un Trabajo Social Clínico, ya que, de acuerdo con la norma técnica revisada, esta intervención del área social en el contexto de un programa psiquiátrico, responde a los objetivos propuestos para esta disciplina en el área de la salud mental, los cuales corresponden a la generación de intervenciones a nivel intra y extrafamiliar tendientes a un mejoramiento continuo de las relaciones al interior de los sistemas familiares, por lo tanto, se establece que el campo de actuación del equipo dice relación con el individuo y el medio social con el que se relaciona, lo cual, se traslapa con los objetivos propuestos por Amaya Ituarte al momento de establecer la necesidad de gestionar cambios en las relaciones interpersonales de los pacientes en relación con sus figuras significativas. En un nivel superior, el rol consiste en impulsar cambios en el

entorno social más próximo al sujeto, que se homologa a la entrega de herramientas para que sea el propio paciente y su familia los encargados incorporar sus recursos internos y externos en función de alcanzar un estado de bienestar a nivel familiar y personal, entendiendo que las interacciones al interior de la familia poseen repercusiones en la esfera individual de cada miembro. Por último, la idea de este trabajo integral en los procesos terapéuticos de los pacientes desde el Trabajo Social, se menciona la impronta de la incorporación del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, en particular sobre el modelo de capas de influencia, donde se establece que, de no generar cambios en el nivel más externo de los Determinantes Sociales, difícilmente se lograrán cambios significativos, ya que el ambiente condiciona las relaciones internas y externas de los individuos, por ejemplo, si no se logran generar las instancias para poder acceder a mejores empleos, el estrés no disminuirá, lo que difícilmente contribuirá de manera positiva al trabajo realizado al interior de la familia del paciente, es decir, si no se abordan las comorbilidades psicosociales que coexisten con los trastornos de salud mental, influyéndose mutuamente, lo más probable es que se produzca la agudización o cronificación de la patología de base, incidiendo de manera negativa en las intervenciones realizadas en los niveles interiores del contexto, por lo cual, estas intervenciones en el nivel socioambiental, permitirán establecer las condiciones para la mantención de los cambios intencionados desde el Trabajo Social. Cabe señalar que estas intervenciones son absolutamente complementarias con un tratamiento farmacológico y el desarrollo de la psicoterapia, bajo la lógica de que lo biopsicosocial no puede ser parcelado de acuerdo al campo de acción profesional de cada estamento, ya que ninguno de ellos por acción particular logrará el impacto de una intervención conjunta que sea coherente con el establecimiento de un modelo de trabajo en el cual la salud mental es entendida en el continuum salud, por tanto, el abordaje desde lo Infanto – juvenil tendrá repercusiones en la vida futura de los NNA, aun cuando sea dado de alta de la atención del Programa de Mediana Complejidad, es por ello que es de cardinal importancia que el tránsito por la atención secundaria sea lo menos dañino posible para el paciente, su familia y la comunidad a la que pertenecen, bajo la premisa de que estos alcancen un nivel de bienestar óptimo, que puedan mantener en el tiempo al poseer las herramientas de manejo para afrontar de manera sana las contingencias propias del ciclo vital de cualquier familia, a través de la potenciación de las propias capacidades, maximizando los recursos sociales para alcanzar un nivel de calidad de vida y bienestar social que les permita subsistir de manera autónoma.

En lo que respecta a la Línea de Fortalecimiento Institucional del Programa de Mediana Complejidad, es posible reconocer la insuficiencia del modelo clínico de intervención psicosocial, ya que este se orienta más hacia la casuística y su relación con el ambiente en la idea de influencia recíproca entre ellos.

No obstante lo anterior, de acuerdo con lo planteado por el Ministerio de Salud (2018), dentro de los modelos de intervención que rigen el quehacer de los profesionales Trabajadores Sociales en el área de la salud, el Modelo de Gestión de Redes, inspirado en el renombrado Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), entrega una interesante explicación de este modelo de trabajo, lo cual, coincide plenamente con las funciones de la profesión en las líneas precedentes del programa, ya que, en lo que al trabajo en gestión de redes respecta, en especial en cuanto al trabajo intersectorial desarrollado con la atención primaria de salud, se busca tanto la identificación de los agentes clave dentro de los procesos de atención, como los equipos de los programas de salud mental de este nivel de atención, como en el fortalecimiento de los vínculos entre estas redes, las cuales se encuentran insertas y adscritas a un territorio particular, donde poseen su radio de acción y cobertura, que varía entre cada centro, al igual que las relaciones con el equipo, por tanto se demanda la realización de acciones orientadas al estrechamiento de estos vínculos, al mismo tiempo que se establecen objetivos comunes a alcanzar, el cual consiste en brindar atención integral a los usuarios, sus familias y a las comunidades, amparados en los modelos de salud familiar y de salud mental comunitaria propuestos por el Plan Nacional y especificados detalladamente en las orientaciones técnicas de este espacio de coordinación clínica y técnica, donde la transferencia de conocimientos y experiencias desde la especialidad se pone al servicio de este primer nivel de salud, por tanto, se declara que el énfasis en cuanto al rol de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, corresponde a los vínculos en sí mismos y las relaciones de intercambio de información, recursos, conocimiento, experiencia y acuerdos que permitan la colaboración mutua en cuanto al cumplimiento de los objetivos de atención de los NNA de la Comuna de Viña de Mar que posean un diagnóstico de trastorno de salud mental en compañía de comorbilidad. Sobre la incorporación de la Asistente Social del Programa TDAH al espacio de Consultorías en Salud Mental en los CESFAM dependientes de la CMVM desde el año 2013, la misma profesional declara la importancia del aumento de la planta profesional de la unidad hospitalaria, señalando que:

"… desde la llegada de nosotros como refuerzo, que éramos 4 profesionales nuevos para el equipo, permitió, por ejemplo, que Servicio Social se incorporara a las consultorías, porque previo a la llegada de nosotros, las consultorías eran Psicólogo y Médico, Asistente Social no iba".

Asistente Social N°1

Sobre el fragmento, se enfatiza en el rol desempeñado por el estamento social en la gestión de un trabajo intersectorial que favoreciera la inclusión de las variables sociales de los casos presentados, ya que, tras una serie de reuniones sostenidas en el espacio de la Mesa Tripartita, se destacó la influencia de esta área en el desarrollo de los procesos de atención e intervención, lo cual, dice relación con el requisito de la comorbilidad en el programa piloto de TDAH, esto permitió que, como se señaló anteriormente, que Trabajo Social se incorporara a 8 de las 10 consultorías activas en la comuna. Sin embargo, el proceso para los Trabajadores Sociales de APS fue más largo, debido a la alta carga de trabajo administrativo, además de que no se bloqueaban sus agendas, debiendo atender usuarios o realizando labores como la actualización de las cartolas familiares, visitas domiciliarias, reuniones de programas, entre otras funciones. Dicho proceso finalizó en el año 2015, fecha en la cual se abren los espacios para la participación de estos profesionales de forma plena en las consultorías realizadas de forma mensual.

Por otro lado, en cuanto al contexto en el que se desenvuelven los pacientes, resulta relevante el planteamiento de la Médico N°2 sobre el aporte de Trabajo Social en el trabajo con las redes, que, en cierto modo, sirve de base para la inclusión de la profesión en el espacio de consultoría, declarando lo siguiente:

"Yo creo que es vital, porque necesitamos siempre el apoyo de los Asistentes Sociales para conocer qué es lo que está pasando tanto a nivel de redes, ya sea macro y también micro, con el paciente específico, para poder saber cómo está en el colegio, cómo están en la casa, qué intervenciones se han hecho previamente, qué intervenciones podemos hacer a posteriori, la evaluación que pueda hacer la Asistente Social con respecto a la familia... Son vitales, porque dentro de la Salud Mental Infantil, es vital la parte social".

Médico N°2

Lo anterior, permite inferir que, las gestiones realizadas por la Asistente Social tanto en la Unidad de Psiquiatría, como en las consultorías, permitieron generar un proceso de cambio de paradigma con relación a las profesiones históricamente ligadas a la salud mental, como lo son la Medicina, Psiquiatría, Neurología y Psicología, permitiendo la apertura de un espacio donde el contexto juega un rol fundamental en el abordaje clínico de la patología de base, nutriendo los diagnósticos y sirviendo de base para el establecimiento de líneas de acción tendientes a la consideración efectiva de la importancia de la profesión del área social en la pesquisa de comorbilidades y antecedentes relevantes de la historia familiar de los pacientes, por ende, se releva nuevamente lo trascendental de la incorporación de este profesional en el campo del trabajo intersectorial en población Infanto – juvenil, permitiendo determinar que el rol principal que desempeña el Trabajo Social en este último acápite del trabajo en red con los demás niveles de salud, corresponde al de articular una manera de abordaje integral que considere las variables contextuales que inciden positiva o negativamente en la evolución de la patología de base, permitiendo la generación de estrategias efectivas que permitan determinar la mejor manera de dar cumplimiento a un tránsito lo menos dañino posible para los pacientes y las familias de estos.

En cuanto a las funciones de Trabajo Social en gestión social desde Hospitales y Centros de Especialidad, se hace énfasis en las Consultorías en Salud Mental en APS. La primera de ellas incluye la planificación e implementación de programas y proyectos emanados desde el nivel secundario o del trabajo con el intersector, que posean como finalidad la contribución a la disminución de las brechas en el acceso a la atención integral de salud, que se refleja en las diversas gestiones realizadas en función de reintegrar a los NNA al sistema público de salud, permitiendo entre otras cosas, la administración de farmacoterapia en un breve plazo, evitando así la desescolarización, resguardando el derecho de los NNA de acceder al sistema de salud público, que les permitiera cumplir con las exigencias académicas sin tener que incurrir en grandes gastos. Y, en segundo lugar, se busca el establecimiento de coordinaciones entre el intersector y las organizaciones sociales y comunitarias con el fin de implementar iniciativas tendientes al favorecimiento de la salud, bienestar social y calidad de vida de los usuarios de servicios de salud mental. Complementando esta temática, la Psicóloga encargada del área de salud mental de la Corporación Municipal de Viña

del Mar, aporta a este análisis el desempeño directo de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud:

> *"…son muy pocas las Asistentes Sociales que están empoderadas y convencidas del aporte que son para trabajar un caso en Salud Mental, cosa que yo me he permitido observar, por ejemplo, en este convenio, tú sabes que la Atención Primaria funciona con muchos de estos, que es el Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS, en donde las duplas son Asistente Social y Técnico en Trabajo Social, y yo trabajo, pero de maravilla. Al principio los Psicólogos casi se murieron cuando supieron que iban a tener que trabajar con estas duplas, pero hoy día, yo no podría sacarlas de los CESFAM, porque se ha notado, por ejemplo, el trabajo en red, con el intersector, del contacto con las familias, las reuniones con los establecimientos educacionales, en la COMSE; o sea, yo siento que un Trabajador Social tiene ciertas capacidades y habilidades que son fundamentales para poder abordar de manera integral al sujeto".*
>
> **Psicóloga N°3**

A partir del fragmento, se abre para el análisis sobre el desempeño profesional de Trabajadores Sociales en cuanto a las consultorías, lo cual, es respaldado por la incorporación del estudiante en 3 CESFAM, donde se apunta al mismo horizonte, ya que, si bien, a partir de la incorporación del equipo TDAH a la Unidad de Psiquiatría y el reforzamiento sobre la importancia del aporte de la profesión en cuanto al contexto en el que se desenvuelven los usuarios, que decantó en la incorporación de la totalidad de los Asistentes Sociales de APS participando de las consultorías, aún se vislumbra la dificultad en cuanto al empoderamiento de su rol social en los casos, que no se condice con la información presentada por los equipos en estas reuniones, donde el grueso de los antecedentes son precisamente con información levantada por los mismos profesionales a través de la consulta social y visitas domiciliarias, entonces, se establece como un desafío para el Trabajo Social sobre la relevancia que posee su desempeño en el abordaje integral de los casos, en especial en el fragmento anterior, donde se destaca de buena manera el Trabajo Social en los equipos de salud mental, específicamente en el rol desempeñado por las duplas psicosociales, que pese a las resistencias de algunos estamentos del área de la salud, de manera paulatina se evidenciaron las habilidades de estos profesionales en cuanto a la gestión de redes, destacando las competencias específicas que se consideran vitales para la atención integral de los casos.

Finalmente se enfatiza sobre la necesidad de avanzar hacia el fortalecimiento de Trabajo Social en el área de salud mental, especialmente en cuanto al trabajo intersectorial, entendiendo que gracias al desempeño y despliegue de habilidades de gestión de redes de la Asistente Social del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica le permitieron establecer el rol crucial desempeñado por la profesión en la salud mental de población Infanto – juvenil, logrando abrir un espacio cerrado para profesiones distintas a lo médico y psicológico, lo cual, en el escenario actual, se observa que la participación de los equipos de APS en Consultorías es transversal, por tanto, no es de extrañar la presencia de estamentos profesionales como la obstetricia y la enfermería, no quedando sólo ahí, sino que también se avanzó hacia a incorporación de otros agentes, como las duplas psicosociales de los establecimientos educacionales de la misma corporación. Es debido a lo anterior que se releva a Trabajo Social en Salud Mental como articulador de las redes de colaboración intersectorial en el contexto del desarrollo de las consultorías realizadas entre los equipos de los CESFAM de Viña del Mar y los miembros de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Lo anteriormente declarado, permite establecer que, de acuerdo con la definición de Trabajo Social que se realiza en la norma técnica, el trabajo de gestión de redes escapa de la delimitación de trabajo con el individuo y su ambiente.

Finalmente, en lo que respecta a la Línea de Gestión de Redes o Comunitaria de PMC, se reitera la importancia de Trabajo Social como parte constitutiva de este eje de intervención del programa, entendiendo que el trabajo comunitario pertenece a uno de los niveles de intervención clásicos en Trabajo Social, es especial consideración de que a través del mismo enfoque de gestión de redes, es posible encontrar semblanzas en cuanto a la implementación de este en la labor desempeñada por los profesionales del área social en Hospitales y Centros de Especialidad. Respecto a ello, la Asistente Social N°1, en su rol dentro de una unidad psiquiátrica inserta en un hospital de alta complejidad, declara que su aporte dice relación, además de la incorporación del contexto, el trabajo a nivel individual en su relación con el medio ambiente de los pacientes y la entrega de herramientas a las familias para enfrentar de mejor manera sus problemáticas, en especial las de salud mental, tiene que ver con el trabajo realizado a nivel comunitario de forma directa, frente a lo cual, refiere que:

"Por otro lado, también ha sido un aporte para la unidad el trabajo en terreno, de trato directo con las comunidades en las cuales se insertan nuestros usuarios".

Asistente Social N°1

Desde el proceso de levantamiento de información a través de las entrevistas con fines de sistematización, se resalta por parte de la mayoría de los profesionales que trabajan a la par con la profesional entrevistada, enfatizan en el papel desempeñado por esta en la articulación de las redes de colaboración tanto a nivel de intersector, como de otros actores involucrados directa o indirectamente en la salud mental de la población Infanto – juvenil del SSVQ, y las comunidades, que de acuerdo a lo planteado por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente en la actualidad, se configuran como los principales motores del cambio social en la búsqueda de un mejor vivir para sus miembros, lo que va en directa relación con otra de las funciones de gestión de redes en atención secundaria, que apunta hacia la articulación de organizaciones de la sociedad civil, como grupos de autoayuda, monitores de salud, entre otros, con el objetivo de optimizar los recursos disponibles y ponerlos al servicio de la comunidad. Sobre este planteamiento, se visualiza que, de acuerdo con el Psicólogo N°1 al ser consultado por la Línea Comunitaria de PMC manifiesta el siguiente planteamiento:

"… gracias a Pamela fuimos un poco precursores en poder hacer estos nexos con la red, porque los Psicólogos no tenemos mucha visión de la red, pero Pamela hizo todo esto diplomáticamente hizo todas estas conexiones para poder ir trabajando con los pacientes".

Psicólogo N°1

Se pone el acento en la exclusividad de la profesión en el establecimiento de vínculos con la red, reconociendo que desde el área psicológica la incidencia en esta materia es prácticamente nula, ya que, al estar a cargo de los procesos de psicoterapia, la realidad de estos se orienta más al trabajo en un espacio cerrado, con la subjetividad de los pacientes. En este sentido, se declara que una de las maneras mediante la cual se logran afianzar y estrechar los vínculos con los demás entes intervinientes, dice relación con la necesidad de generar estrategias de abordaje de las problemáticas de salud mental de la población Infanto – juvenil desde una perspectiva holística, que permita un abordaje integral, donde cada parte de la red genera un aporte específico, que es reconocido por las demás, ya que se establece que una de las ideas fuerza de este trabajo en red es

precisamente aunar criterios para de este modo evitar la sobre intervención, potenciando el uso de recursos tanto humanos como financieros de las instituciones, delegando funciones, siempre desde una lógica de integración, entendiendo que cada parte de la red realiza su contribución hacia un enfoque biopsicosocial, que implica que las acciones realizadas por PMC pueden tener repercusiones en el trabajo de los demás dispositivos, por ejemplo, en el caso de levantar medidas de protección que ya se encuentren activas. Con el objetivo de plantear una propuesta de ordenamiento de la lista de espera, el Programa TDAH al iniciar sus funciones, tuvo la misión de crear esta red de trabajo en Déficit Atencional, implicando al área de educación desde el primer momento, debido al rol en la derivación de NNA con sospecha diagnóstica de TDAH, lo cual, en base al proceso de análisis, se transformó en un desafío para el equipo del programa, ya que la mayoría de los casos referidos al nivel secundario no correspondían a ese diagnóstico, pesquisando durante el ingreso que las diversas manifestaciones sintomatológicas podían obedecer a condiciones de su medio, lo que se conoce como las comorbilidades psicosociales, y es de acuerdo a esos antecedentes, que surge la necesidad de realizar instancias de capacitación a las duplas psicosociales y profesionales de la Ley SEP, frente a ello, se destaca lo señalado por la Asistente Social N°1, entendiendo la importancia de abordar la temática del Déficit Atencional de manera transversal en el trabajo intersectorial y con otras áreas catalogadas como relevantes en cuanto al manejo de información contextual de los NNA pacientes del programa:

> *"… lo otro que hicimos también en ese año, fue la capacitación de las duplas de la Ley SEP, que ahí nos movíamos harto a nivel de red y nos invitaron a 2 seminarios a capacitar a los Psicólogos y a los Trabajadores Sociales de los colegios municipales de Viña, que eran nuestros principales derivadores de pacientes".*
>
> **Asistente Social N°1**

De lo expuesto, se apunta a la planificación y ejecución de estrategias de trabajo intersectorial, que corresponde a una de las funciones principales en cuanto a la gestión social, cuya finalidad consiste en beneficiar de manera directa a la población usuaria y sus familias o redes de apoyo primario, por ende, se destaca lo trascendental de poder realizar procesos de capacitación a los profesionales de la educación, para de este modo contribuir a la descongestión del sistema, mismo caso con los encargados de los Programas de Salud Mental de

los CESFAM de Viña del Mar, cabe destacar que este trabajo fue posible en la medida de que la Asistente Social del programa gestionó un entramado relacional y vincular con los referentes de ambas áreas, para de este modo construir un protocolo de derivación, articulando el trabajo entre salud y educación, dotando a ambos niveles de herramientas de detección eficientes de TDAH, para de este modo disminuir de forma considerable la presentación de casos en consultorías que realmente no cumplieran criterios de gravedad, por tanto, implicó un proceso de priorización de los casos de mayor gravedad para referencia, clarificando además, los protocolos y funcionamiento interno tanto del programa, como de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil.

Continuando con el trabajo de capacitación a los equipos, y en base a las funciones de gestión social de Trabajo Social en el nivel de especialidad secundaria, se establece que este aspecto del trabajo comunitario obedece a la necesidad de generar instancias de apoyo al ejercicio de derechos, desde el ejercicio de derechos humanos en el área de la salud, priorizando a grupos vulnerables, como los pacientes del Programa Piloto Ministerial, entendiendo que estos no corresponden a un diagnóstico aislado, sino que se encuentran insertos en un contexto, que condiciona la evolución de esta patología en el ciclo de vida de los pacientes, por ello, estas instancias de apoyo a la gestión de las áreas de educación y salud de la CMVM, se catalogan como vitales en la atención de salud mental que posea una óptica de ejercicio de derechos de los NNA pertenecientes a la atención del programa hospitalario.

Otro de los grupos catalogado como vulnerable en la actualidad, y en base a los resultados de la ejecución de las Escuelas de Líderes, corresponde a la población perteneciente a la comunidad LGBTI, lo cual, demandó que el propio equipo de la unidad psiquiátrica debiera capacitarse en la temática, con el objetivo de brindar una atención integral a este segmento de la población, en consideración del aumento de consultas por trastornos del ánimo en población adolescente. Dicha capacitación, fue replicada en los espacios de consultoría, dando respuesta al segundo rol de la unidad en ellas, que se integra con la función de asesoría, correspondiente a la función de transferencia técnica hacia los equipos de APS, donde se vuelve a destacar el desempeño de Trabajo Social en el área de la salud, desplegando los conocimientos y estrategias propias de la profesión, como la latente consideración de las variables contextuales de los pacientes, en especial de este segmento, ya que, si se considera que un adolescente declara su homosexualidad, en un contexto en el cual la familia posea creencias de corte más

conservador, llevará al adolescente a enfrentar situaciones de exclusión desde su núcleo más cercano.

Otra de las iniciativas impulsadas por la dupla psicosocial del Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional, dice relación con la adaptación de un modelo de trabajo de abordaje de consumo problemático de alcohol y drogas, que corresponde al Modelo Ecológico Multifamiliar, que se orienta hacia el tratamiento de la adicción a dichas drogas, con la salvedad de que este formato de intervención considera a la familia del paciente desde el primer contacto, implicándolos en los procesos de rehabilitación, rescatando además, sus experiencias de vida en relación con esta adicción, entendiendo que el daño provocado por esta se da a múltiples niveles, y por tanto, demanda que su abordaje sea realizado desde la integralidad, trabajando en la mayor cantidad de variables posible, con apoyo de sus familias, que se condice con las funciones del Trabajo Social en Salud Mental, sobre la intervención con familias, centrando su quehacer en la reconstitución de familias disfuncionales y desintegradas, donde el consumo prevalece como causa inmediata de estas disfunciones. Ahora bien, la mayor riqueza de ello es el ajuste que realizaron estos profesionales de dicho modelo de trabajo a la realidad de su trabajo en un programa de salud mental Infanto – Juvenil, donde lo principal consistió en el rescate de la experiencia de las familias de los NNA diagnosticados con TDAH de un sector específico, que consistió en el Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Kaplán del sector de Reñaca Alto, con la finalidad de constituirse en un grupo de apoyo que lograra rescatar la valoración positiva de los padres en relación a sus hijos, que corresponde a un segundo nivel de abordaje, entendiendo el primero como el trabajo realizado con las duplas psicosociales de los establecimientos educacionales, en cuanto a la desmitificación del efecto real del tratamiento farmacológico. Al extrapolar esta experiencia con las orientaciones técnicas del MINSAL (2018), se establece que la constitución de este Club Multifamiliar desde Trabajo Social, corresponde a la función de esta profesión en cuanto a la facilitación de procesos de organización y participación social y comunitaria, tendiente al establecimiento de apoyo mutuo y colaboración en temáticas específicas, siendo en este caso el TDAH, y la necesidad de generar grupos de apoyo entre los padres o cuidadores, cumpliendo además con el objetivo de devolverle el control de la salud mental a las comunidades, entendiendo su rol de pertenencia a un territorio específico, pudiendo acoger a las familias de los nuevos pacientes, que pueden compartir la misma ansiedad y preocupación debido al fuerte estigma social que pesa sobre aquellas personas

que poseen conductas desadaptativas en el contexto escolar, permitiendo generar un proceso de cambio a nivel familiar, con la finalidad de otorgar las condiciones de desarrollo óptimas para los NNA pacientes del programa, contando además con una red de apoyo cercana dentro de su propia comunidad, por tanto, en su propio contexto. Que cumple a cabalidad con la importancia de realizar un trabajo de intervención que contemple los diversos matices de la vida de las personas, ya que, al comprender su historia familiar y el ambiente en el cual se desenvuelve, las intervenciones realizadas tendrán mucho más sentido para las personas, incidiendo, por ejemplo, en la adherencia al tratamiento, por tanto, desde Trabajo Social, la gestión de redes se hace efectiva, ya que no sólo se aborda el trabajo clínico individual con el paciente, sino que se busca generar instancias de trabajo colaborativo con el intersector, con el área de educación y con las redes familiares, entendiendo que los cambios necesarios para alcanzar el bienestar social pleno de los NNA, requiere de una intervención integral e integradora de la realidad y con la realidad de los pacientes, lo cual permite declarar que el Trabajo Social Clínico, al poseer su centro en el individuo, permite que variables de un trabajo grupal y comunitario se diluyan en su intervención terapéutica, lo que permite enfatizar en la necesidad de un enfoque integrador, que logra dar cuenta de la composición biopsicosocial, amparada en la gestión de los determinantes Sociales de la Salud, para lo cual, se cataloga a la profesión como una forma de contribuir a la construcción de nuevos modelos de atención e intervención, especialmente en la salud, donde Trabajo Social busca abrirse paso en la definición de su propio campo profesional a través de su incorporación en el Código Sanitario, que se encuentra en trámite legislativo.

Como forma de operacionalizar el planteamiento reciente, es posible declarar que, al iniciar sus funciones el programa piloto de TDAH, la Asistente Social de este, plantea la necesidad de establecer vínculos con las redes en materia de infancia y adolescencia, las necesidades de estos, y la identificación de actores clave dentro de cada parte de la red, enfatizando salud y educación. Luego de ello, y con el objetivo de responder al planteamiento de la transitoriedad de la atención de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, así como la necesidad del establecimiento de una red de trabajo multisectorial en la Comuna de Viña del Mar, surge la Mesa Tripartita como una instancia de trabajo técnico entre los referentes de salud y educación de la CMVM y la Asistente Social de TDAH, que se entiende como la sumatoria de los esfuerzos de la Asistente Social N°1 sobre el estrechamiento de los vínculos con los actores que incidían directamente en la lista

de espera del Programa TDAH. En esta primera línea, se puntualiza que la primera gestión realizada consistió en regularizar la situación de los NNA con sospecha diagnóstica de TDAH en cuanto a su salida del sistema público de salud por la compra de servicios de manera particular por parte de la CMVM, sólo de la primera consulta, situación que fue rápidamente resuelta al constituir un trabajo colaborativo entre los establecimientos de educación y los centros de salud, que pertenecían a la misma corporación, instalando las bases del trabajo que se desempeña hasta la actualidad. Ahora bien, volviendo a la constitución de este espacio, la Psicóloga N°3 es enfática en reconocer el rol de la Asistente Social N°1 en la conformación de esta instancia de trabajo técnico, declarando que el énfasis en más amplio, frente a ello, declara que:

> *"Yo creo que los principales aportes son la interacción y coordinación entre los distintos niveles, también, avanzar hacia un modelo más comunitario, que es un proceso que no es fácil, pero se supone que deberíamos ir desde los niveles primario, secundario y terciario hacia este modelo, y yo creo que la consultoría en ese sentido es un gran aporte, y, obviamente, para la evaluación de situaciones particulares de los casos que se presentan".*
>
> **Médico N°3**

Se reitera la exclusividad de Trabajo Social al interior de un equipo de salud mental de nivel secundario en cuanto a la gestión de redes, en especial de la constitución y convocatoria del espacio de la Mesa Tripartita, centrándose en el establecimiento de vínculos, como señalan las funciones de un Trabajador Social en hospitales y centros de especialidad, y en esta misma lógica, el establecimiento de coordinaciones a nivel intersectorial y articulación de redes, permite el desarrollo de iniciativas como esta, que responden a favorecer la salud mental, el bienestar y calidad de vida, desde la idea de avanzar en el entramado de relaciones con la red desde el establecimiento de relaciones de confianza y apoyo mutuo, además de la movilización de recursos en función de alcanzar este nivel de bienestar social para los pacientes del Programa TDAH, incidiendo en el contexto en el cual estos se desarrollan, lo cual corresponde a uno de los principales aportes de la profesión en este apartado, que va en directa relación con el rol del Trabajo Social como articulador de redes de colaboración.

Dentro de los objetivos planteados desde la constitución de esta mesa de trabajo técnico, surge la ingente necesidad de establecer mecanismos orientados

al abordaje de la participación en la población adolescente, situación surgida tras el aumento significativo de NNA hospitalizados por intentos de suicidio, además de la baja tasa de éxito de las campañas nacionales en la temática. Ahora, desde lo local, la concentración de conductas autolesivas en las escuelas de la CMVM generó que se activara la red a través de la Mesa Tripartita, lo cual, se materializó en la entrega de recursos desde el área de salud de esta mencionada corporación municipal emanados desde un fondo concursable, que responde al flujo de recursos que debe generarse como producto del estrechamiento de los vínculos al interior de la red de trabajo y por otro lado, se observa la horizontalidad de la división de funciones para este proyecto piloto, denominado como Escuela de Líderes Adolescentes. Dicha iniciativa, llevó a la Asistente Social de PMC a concluir que, entregando un espacio de discusión a esta población específica, estos se comprometían con los objetivos, además, se enfatiza en el establecimiento de trabajo de vinculación entre los participantes, con sus contextos particulares y sus necesidades, lo cual sirvió de base para la segunda versión de la escuela, que incorporó las modificaciones realizadas por la Asistente Social a la luz de la sistematización de la primera experiencia.

Tras la realización de 4 versiones de esta iniciativa de trabajo comunitario, con un marcado sello de entrega de herramientas de detección y elaboración de estrategias preventivas acotadas a la realidad escolar de cada participante, la mencionada profesional del área social de PMC, elabora la propuesta de trabajo con población adolescente, que como se declaró anteriormente, posee una doble dimensión en cuanto al enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, dentro de las cuales, se destaca la incidencia en políticas públicas desde el área de salud mental del Hospital Dr. Gustavo Fricke, lo que en definitiva, es fruto del trabajo sostenido de la Mesa Tripartita desde el año 2013, trabajo que fue recogido por la profesional señalada, permitiendo el surgimiento de un modelo de trabajo con enfoque integral, donde se incorporan los 2 niveles de salud implicados y sus relaciones a nivel de intersector, el área de educación a través de las duplas psicosociales, y la comunidad, materializada a partir de la formación de Agentes Comunitarios de Salud, que correspondería a un segundo nivel de formación para la generación de nuevas versiones de la Escuela de Líderes Adolescentes. Entonces, en base al trabajo realizado por la Asistente Social de los programas TDAH y PMC en la Línea de Gestión de Redes de este último, consiste en la redefinición de las funciones clásicas asociadas al Trabajo Social en Chile, que dice relación con el rol profesional de implementador de Políticas Públicas,

relevando en su lugar, el rol de Gestor de Políticas Públicas, como es el caso de la propuesta de trabajo comunitario surgida desde la experiencia con los líderes adolescentes, orientada a incidir en la adecuación de las Políticas Públicas en materia de salud mental, considerando los contextos específicos de la población usuaria objetivo, relevando además, la función primordial de esta profesión de establecer un modelo de trabajo comunitario, que posea influencia a nivel ministerial y nacional sobre la necesidad de abordar esta temática con población Infanto – Adolescente, desde una perspectiva holística que apunte a procesos de cambio estructural en la manera de integrar los postulados del Plan Nacional de Salud Mental en la política nacional, instalando en la discusión pública las temáticas abordadas por programas como Mediana Complejidad Psiquiátrica, contribuyendo así al fortalecimiento de la profesión en el área de la salud mental Infanto – juvenil, como lo señala la referente del área social de este programa, que declara lo siguiente en cuanto a su propio rol dentro de un equipo multiprofesional:

> *"… siento que he ido fortaleciendo el rol de Trabajo Social diferenciado de las otras profesiones con las que trabajamos en este equipo multiprofesional, y he logrado delimitar un poco cual es el rol real de un Trabajador Social en un equipo de Salud Mental, yo creo que eso ha sido uno de mis aportes… ".*
>
> **Asistente Social N°1**

En base al fragmento anterior, se establece que la incorporación del Trabajo Social en un programa de nivel secundario inserto en un hospital de alta complejidad, ha permitido el posicionamiento de la profesión en el área de la salud, a través de su inclusión en el Código Sanitario, y la constitución de una comisión especializada por parte del Colegio Nacional de Trabajadores y Trabajadores Sociales y el Ministerio de Salud con la finalidad de elaborar las Orientaciones Técnicas que regirán a la profesión en su quehacer cotidiano, permitiendo establecer una nueva forma de comprender la atención en salud mental, avanzando hacia un cambio de paradigma desde uno médico – legal, hacia uno que potencie la comprensión biopsicosocial de los individuos, sus familias, grupos, y comunidades, que permita alcanzar el bienestar social de toda la población, extrapolándolo a partir de experiencias como PMC, que permiten relevar la importancia crucial de la incorporación de estos profesionales en los equipos de salud mental.

V. Capítulo Quinto: Reflexiones y Conclusiones

1. Conclusiones desde el Proceso de Sistematización

La sistematización, como metodología de investigación y generación de conocimientos desde la práctica, ejercida por los principales entes involucrados en una experiencia particular desde una visión integral, permite la construcción de nuevos conocimientos para poder ser transmitidos, e incluso, utilizados como referencia para el desarrollo de nuevas iniciativas. Por tanto, se entiende este proceso de sistematización como un proceso de rescate del trasfondo de saberes activo que guarda el desarrollo de esta experiencia de trabajo, para además poder iniciar procesos de comprensión de la práctica, permitiendo la mejora sistemática en cuanto a su implementación, la posibilidad de compartir este proceso y analizarlo en base a experiencias previas, o si es que no las hay, tener la posibilidad de configurarse como un referente que permita avanzar hacia la reflexión teórica emanada desde la práctica, entendiendo la relación recíproca entre teoría y práctica, además de avanzar en cuanto al fortalecimiento de la identidad institucional y programática.

En concreto, la posibilidad de sistematizar el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke, desde su inicio con TDAH, se transforma en la posibilidad de realizar el rescate de 6 años de experiencia en relación a su implementación desde la experiencia y aprendizajes de los profesionales del programa y demás redes de colaboración involucradas, marcando un precedente en cuanto a su constitución, con una propuesta de trabajo innovadora, cuya principal misión consistía en abordar la demanda del SSVQ sobre sospecha diagnóstica de TDAH con comorbilidad, inspirado en los postulados del Plan Nacional de Salud Mental sobre el establecimiento de un enfoque basado en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Como se mencionó al inicio del presente apartado de conclusiones, el proceso de sistematización, además del rescate de la experiencia como tal, brinda la posibilidad de retroalimentar el desempeño profesional de PMC, al favorecer el desarrollo de instancias reflexivas, que posean como núcleo central el perfeccionamiento y adaptación sistemática de las prácticas de intervención del equipo multiprofesional, que se orienten a la comprensión de las características particulares de la población usuaria de un servicio de salud mental Infanto – juvenil inserto en un contexto hospitalario, con el objetivo de reconstruir, interpretar e interpelar los desempeños profesionales.

A partir de lo anterior, este proceso permitió destacar la necesidad de realizar una reestructuración y adaptación del modelo de trabajo del Programa TDAH, cuyo resultado permitió el surgimiento de PMC, obedeciendo a las características distintivas del universo de pacientes, y la manera en que el equipo de trabajo debió adecuar sus actuaciones, al incorporar herramientas específicas para el abordaje de TDAH, situación que incrementó su alcance al sumar nuevas patologías a la canasta de prestaciones del programa. Lo anterior, fundamenta la realización de la sistematización en cuanto a la creación de modelos de trabajo inéditos, que se adapten a la población cubierta por PMC.

Por otro lado, el sistematizar este programa psiquiátrico, se cataloga como una oportunidad en el establecimiento de un modelo de trabajo que posea la característica de replicabilidad en otros dispositivos de salud, debido al abrupto cierre del programa desde la jefatura de la unidad, por lo cual, al convertir la experiencia en un constructo de conocimientos, se permite el rescate de la intervención y atención clínica realizada durante 6 años de funcionamiento del programa.

Finalmente, se enfatiza en la necesidad de que los profesionales Trabajadores Sociales que se desempeñan en el área de salud mental, especialmente en población Infanto – adolescente, sistematicen sus experiencias de trabajo con la finalidad de servir como “hoja de ruta” para la redefinición constante de esta profesión, entendiendo que la realidad social de los NNA que se busca intervenir posee la condición de ser dinámica, por tanto, los profesionales pertenecientes al estamento social deben asumir el desafío de adecuar constantemente su quehacer profesional, para de esta manera establecer un abordaje integral e integrador de la realidad de los pacientes, entendiendo el espacio de reflexión y cuestionamiento de las actuaciones que significa iniciar un proceso de construcción de conocimiento desde la práctica social.

2. Conclusiones desde el Abordaje de la Salud Mental a Nivel Institucional y Programático

En cuanto al desempeño de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, inserta en un Hospital de Alta Complejidad Autogestionado en Red, es posible mencionar que los orígenes del programa de Mediana Complejidad desde la institución se encuentran en la definición de los objetivos estratégicos, específicamente en el que dice relación con el aumento de la resolutividad de la unidad mencionada. Sobre ello, al iniciar sus funciones el Plan Piloto Ministerial de

Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional, se refuerza la planta profesional, permitiendo la incorporación de la Asistente Social del programa en el 80% de las consultorías de salud mental de APS y su presencia en los ingresos, que tras el cambio a PMC, pasó a ser de exclusividad médico - social, permitiendo el posicionamiento de la importancia del contexto en el que se desenvuelven los pacientes y sus familias, además de la gestión realizada para el establecimiento de un protocolo de interconsultas desde APS. Sin embargo, debido al aumento en el número de pacientes con trastornos de conducta asociados a TDAH con comorbilidad, más que el Déficit atencional puro, implicó un proceso de reflexión en base al diagnóstico presentado por los pacientes que hacían ingreso al programa, llevando al equipo a iniciar la transición hacia PMC, en parte, debido a la pesquisa de comorbilidades como situaciones de abuso y negligencias de carácter grave por parte de los padres o cuidadores, que contribuyeron al aumento de la complejidad de los casos, además del incremento de las patologías abordadas, que en muchas ocasiones, se presentan de forma concomitante con las comorbilidades.

Sin embargo, el establecimiento de un programa psiquiátrico de nivel secundario, que posee dotación de Médicos Generales sin especialización en psiquiatría de manera formal, llevó al desarrollo de ciertas complicaciones con algunos sectores de la unidad hospitalaria, por asumir que las competencias necesarias para el abordaje de la salud mental Infanto - juvenil son otorgadas por la especialización más que por la experiencia, lo cual es refutado por el equipo en su conjunto, enfatizando en que la mirada de estas profesionales es más integral que la visión que puede tener un Psiquiatra, sin que esto implique la carencia de formación de postgrado para desempeñarse en una unidad hospitalaria de alta complejidad.

Por otro lado, y en relación con las pugnas al interior de la unidad, el enfoque transdisciplinario que posee el equipo profesional de PMC implica que las funciones son transversales a los miembros de este, por lo cual, se establece que, si el Médico no puede atender al paciente, es el Asistente social o el Psicólogo quien lo recibe, y realiza el control de rutina, incluyendo, por ejemplo el tratamiento farmacológico, o la posibilidad de dejar las recetas timbradas y listas para ser retiradas por los pacientes, mismo caso de los Médicos asistiendo a audiencias a Tribunales de Familia, o el Psicólogo constituyendo Clubes Multifamiliares con la Asistente Social. De manera de complementar dicha transdisciplinariedad, se destaca el rol en de los profesionales en cuanto a la retroalimentación del trabajo

realizado por cada miembro, destacando la constante coordinación sobre las acciones futuras en relación al plan de tratamiento individual en función de las pesquisas que se realicen desde la psicoterapia, o desde las visitas domiciliarias, o de la simple observación corporal del médico en contexto de consulta, por tanto, el plan de tratamiento de cada paciente se sometía a constantes modificaciones para responder de mejor manera a las necesidades de los pacientes y sus familias.

En cuanto al contexto de los pacientes, se declara que, desde el inicio del programa en el año 2012, existió un énfasis en la detección de las redes de colaboración comunales para la definición de objetivos comunes e identificación de los referentes, como la constitución de la Mesa Tripartita y el rol en las consultorías, amparado en el fortalecimiento de los vínculos con la red.

En cuanto a la gestión de redes comunitarias, los principales aportes de PMC consistieron en el establecimiento de una mesa de trabajo conjunto con los referentes de salud y educación de la CMVM, destacando el entramado de relaciones de confianza y colaboración mutua, materializados en el surgimiento de la iniciativa de las Escuelas de Líderes Adolescentes, que en conjunción con el Club Multifamiliar, permitieron la instalación de un trabajo desde múltiples aristas, entendiendo que la realidad de los pacientes exige un trabajo integral.

Lamentablemente, y pese a los resultados positivos en el abordaje de los pacientes de PMC a múltiples niveles, la jefatura de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, como parte de un proceso de reestructuración de la atención otorgada a través de los diversos programas de esta unidad hospitalaria, Mediana Complejidad fue cerrado durante el desarrollo del presente Proyecto de Título, dejando a un universo de pacientes momentáneamente a la deriva, debiendo ser derivados a los demás programas, los cuales poseen un desfase importante en cuanto a los tiempos de atención. Por lo tanto, los pacientes, al ser catalogados como patologías de mediana complejidad, su atención no es prioritaria, como sí lo es, por ejemplo, para el Programa de Depresión en mayores de 15, el ingreso de un paciente GES, dejando sin atención próxima a los pacientes del recientemente cerrado programa. Lo anterior, dice relación con la predominancia de un paradigma médico – sanitario en la salud chilena, que relega a un segundo plano las variables sociales, centrando su actuación desde un planteamiento biomédico, e incluso psicológico, debido a la condición de alta complejidad del hospital, por tanto, el tema de la mediana complejidad implicaba que este programa se viera en desmedro en función de las patologías atendidas a diario en urgencias o consultas

ambulatorias. A partir de lo anterior, se infiere que un modelo de las características de PMC se adecúa de mejor forma a un contexto de Salud Primaria o un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), dejando entrever su marcada veta comunitaria.

3. Conclusiones Temáticas a la luz de los Ejes Conceptuales Determinantes Sociales de la Salud, Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Trabajo Social en Salud Mental

Bajo la mirada de los ejes conceptuales de análisis seleccionados para la sistematización de PMC, surgen algunas breves impresiones sobre el aporte de este programa en la comprensión de la realidad de los NNA pacientes y sus familias, desde los Determinantes Sociales de la Salud, el enfoque biopsicosocial impulsado a través del modelo comunitario, y la definición operativa de las funciones de Trabajo Social en el área de la salud.

Respecto de los Determinantes Sociales de la Salud, se menciona la inclusión de las comorbilidades psicosociales como requisito de ingreso al programa, entendiendo que estas condiciones del contexto obedecen a la influencia de los Determinantes Sociales en el curso de la patología de base, por tanto, se menciona que de acuerdo a la Teoría Ecológica, las relaciones de influencia del ambiente en la vida de los individuos tienen incidencia directa en el curso de un trastorno en el ciclo de vida de los pacientes de PMC, por tanto, se establece la necesidad de la utilización del enfoque biopsicosocial, como posibilidad de instalar la necesidad de un abordaje integral desde la conformación de un equipo multiprofesional, que trabaje de manera coordinada y amparada en la transdisciplinariedad, tanto a nivel de equipo, como a nivel de redes del intersector y comunitarias. Sobre esto mismo, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, sienta las bases para el abordaje de la composición biopsicosocial de los sujetos de intervención de PMC, generando una metodología de trabajo integral, que opera en múltiples niveles de manera simultánea:

A nivel individual desde la atención clínica directa, materializada en los ingresos médico – sociales y la retroalimentación propiciada por la transdisciplinariedad del equipo profesional del programa; comunitario en cuanto a la implementación de iniciativas como el Club Multifamiliar, que se cataloga como una experiencia inédita, y las diversas versiones de las Escuelas de Líderes Adolescentes surgidas desde el trabajo colaborativo de la Mesa Tripartita, que además, ingresa dentro de la categoría de trabajo en red, que se da de manera

transversal al desarrollo de las iniciativas señaladas, favoreciendo la integralidad entre cada una de las aristas desde la cual se articula el modelo de trabajo con énfasis en lo comunitario, con el fin de generar contribuciones a la mejora de la salud mental a través de trabajo intersectorial y comunitario para la implementación de estrategias de promoción de salud mental, prevención del surgimiento de trastornos mentales, garantizando la atención de salud mental para la población Infanto – juvenil, desde el Modelo de Salud Integral familiar y Comunitario y el modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, que inspiran la creación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Por otra parte, se destaca de manera preponderante el fin último del paso de los pacientes por el Programa de Mediana Complejidad, que corresponde a la generación de un proceso de acompañamiento de estos en el continuum salud, entendiendo esto como la relación existente entre el curso de la patología y el desarrollo integral de los pacientes a través de su ciclo vital, cautelando que este tránsito sea lo menos dañino posible los NNA, sus familias y la comunidad a la que pertenecen.

Finalmente, en cuanto al tercer eje conceptual declarado, el énfasis dice relación con la definición y fortalecimiento del rol del Trabajo Social en un equipo de salud mental con composición multiprofesional al interior de un centro hospitalario de alta complejidad, avanzando de forma paulatina hacia la autovaloración profesional y la imagen que se proyecta a los demás estamentos profesionales, de cara a la incorporación de las funciones desempeñadas por estos a la comprensión global que se posee de esta disciplina de la intervención social, que en base al análisis del rol en PMC, se establece un sinnúmero de prestaciones y aristas del repertorio de Trabajo Social en un hospital. que quedan ajenas a la definición del Trabajo Social en Salud Mental como un Trabajo Social Clínico, sin desconocer el aporte de dicha definición al acervo profesional de los Trabajadores Sociales insertos en el área de la salud mental.

4. Conclusiones respecto del Rol de Trabajo Social en Salud Mental

Al finalizar el proceso de análisis, surge la necesidad de establecer ciertos puntos a destacar en relación con el rol desempeñado por Trabajo Social en el área específica de Salud Mental con población Infanto – juvenil.

En primer lugar, en cuanto a TDAH, el aporte de la Asistente Social dice relación con las implicancias de la consideración del contexto de los pacientes hacia la atención clínica desde el propio ingreso, permitiendo pesquisar las

situaciones de maltrato y negligencia, además de las condiciones socioambientales en las que se desenvuelven, permitiendo enriquecer la mirada médica y psicológica al entregar antecedentes relevantes en cuanto a la explicación de algunas manifestaciones sintomatológicas, permitiendo el despeje de los diagnósticos, teniendo claridad del trastorno de base y las comorbilidades que en él influyen. Sobre ello, se destaca el rol en la gestión social de redes, entendiendo esta como la manera de, aparte de incluir en contexto en la comprensión de la conducta del paciente, trabajar con este contexto y demás entes intervienes de él, por tanto, se releva el protagonismo de Trabajo Social en materias de articulación de redes de colaboración a nivel intersectorial y comunitario.

Específicamente en el rol con la comunidad, se destaca la función de coordinación territorial en cuanto al trabajo realizado a nivel de consultorías, donde la profesional del área social de PMC tuvo un desempeño destacable como articulador del trabajo intersectorial realizado con los CESFAM de Viña del Mar, bajo la lógica de que estos corresponden a Centros de Salud Primaria territorializados, por ende, el poder realizar un trabajo de gestión en los mismos centros, permite cumplir a cabalidad con la invitación del Plan Nacional en cuanto a la generación de estrategias de colaboración, que se refuerza en las funciones de gestión social de Trabajo Social en el nivel secundario, y en esta misma función, se destaca la función sobre el empoderamiento de las organizaciones de la sociedad civil y comunitarias en materias de prevención y promoción de la salud mental, permitiendo que estas tomen un rol importante en la gestión del bienestar social de sus comunidades de pertenencia, como fue la adaptación del Club Multifamiliar a TDAH, y la Escuela de Líderes Adolescentes, cuyo objetivo a largo plazo consiste en la constitución de Agentes Comunitarios de Salud, que recoge el espíritu de las estrategias de empoderamiento de la sociedad civil.

Tras el proceso de análisis, interesa enfatizar en el rescate de roles que históricamente no han tenido repercusiones para el quehacer profesional de los Trabajadores Sociales, específicamente en el cuestionado rol terapéutico por parte del colegio de Psicólogos de Chile, bajo la premisa de que el Trabajo Social no posee las competencias ni posee una delimitación clara de sus funciones, como sí lo poseen el gremio de profesionales psicólogos. Se declara que, efectivamente, el Trabajo Social juega un rol terapéutico con los pacientes, si se entiende este rol como el proceso de acompañamiento profesional realizado a través de la atención directa en el contexto clínico, como del espacio de las visitas domiciliarias, o en la

contención de pacientes desbordados, acompañamiento a las familias a audiencias, en definitiva, el despliegue de las herramientas de intervención, como la atención y escucha activa, la autenticidad, el respeto, la confidencialidad y el principio de no juzgar sí poseen una función terapéutica en los pacientes y sus familias, permitiendo el establecimiento del Rapport, catalogado como el primer nivel para generar procesos de intervención terapéuticos efectivos, lo cual, es bien defendido por el planteamiento del Trabajo Social Clínico como forma de abordaje terapéutico de pacientes con patologías psiquiátricas desde la disciplina.

Por otro lado, y en base al despliegue profesional en cuanto al trabajo con las redes comunitarias e intersectoriales, visualizado a través de la conformación del Club Multifamiliar y Escuela de Líderes Adolescentes, se señala la importancia del establecimiento de la adaptación del rol histórico de Trabajo Social, cuyo principal empleador es el Estado de Chile, de Implementador de Políticas Públicas sin mayores repercusiones en los procesos de generación y posterior evaluación de los resultados de las políticas implementadas, lo cual, es interpelado por el trabajo realizado en estas instancias comunitarias, ya que, en el caso de Club Multifamiliar, corresponde a una adaptación de un modelo orientado a alcohol y drogas, que debido a la ductilidad profesional de la dupla psicosocial del Programa TDAH, logró ser implementado en las familias de los NNA pacientes del programa piloto, rescatando su experiencia de vida en relación al diagnóstico, y avanzando hacia el apoyo mutuo en la temática señalada, que obedece además, al empoderamiento de la sociedad civil, a través de la socio educación, función que se ha visto desvalorizada al no estar normada.

En cuanto a la formación de liderazgos comunitarios adolescentes, se da cuenta de que esta iniciativa, amparada en las gestiones realizadas desde la Mesa Tripartita, permitió sentar las bases para el desarrollo de una propuesta de trabajo integral que logre abordar las diferentes aristas de la participación adolescente en el contexto de elaboración de estrategias preventivas en el sistema escolar municipal de Viña del Mar, que sean incorporadas en las planificaciones anuales de cada establecimiento, integrando a las áreas de educación, salud y a Agentes Comunitarios de Salud, permite avanzar hacia la incidencia en la formulación de Políticas Públicas en materias de salud mental, considerando a todos los actores involucrados en ella, dotando a Trabajo Social del rol de Gestor de Políticas Públicas, intentando dejar atrás la mera implementación, es decir, el rol de gestor implica la participación en todo el proceso desde su planificación hasta la evaluación, logrando el cierre del ciclo de las políticas públicas, avanzando hacia

la eficiencia y eficacia de estas, cautelando que realmente respondan a la realidad actual del país.

La definición de estos roles antes mencionados es crucial al comprender que el rol de los profesionales Trabajadores Sociales es invisibilizado en la medida que no posee una adecuada delimitación de su campo de acción e intervención, que realmente responda a la gama de funciones desempeñadas por estos, especialmente en el área de la salud, donde recién en el año 2018 surge la norma técnica que intenta establecer someramente las funciones en dicha área. Sin embargo, si bien, la salud mental es abordada de manera detallada en cuanto a sus semblanzas con la emergencia del Trabajo Social Clínico, como forma específica de Trabajo Social que posee su campo de acción sobre los individuos y la relación de estos con su ambiente, marcando el rol terapéutico como se mencionó anteriormente. En este apartado, y tras el análisis acucioso de la profesión en un programa de las características de PMC se declara la insuficiencia de esta especialidad del Trabajo Social para abarcar la gama de funciones realizada desde el abordaje de la salud mental en el nivel secundario de la salud, que de alguna manera se subsana desde la gestión social, por tanto, al ser una especialidad de Trabajo Social, se ubica al interior del planteamiento de Trabajo Social en Salud Mental, donde lo clínico se transforma en una modalidad específica, como lo son los niveles de intervención clásicos (Caso, Grupo y Comunidad), superando la noción totalizadora de que todo lo relacionado a salud mental tiene que ver con la clínica y las funciones terapéuticas, dando espacio a este gran “paraguas” del Trabajo Social en Salud Mental En parte, esto es provocado por la parcialidad de los principales referentes de esta corriente disciplinar, los cuales, poseen la mayor parte de su experiencia profesional vinculada a los contextos de intervención reparatoria en contextos de maltrato grave a NNA que participan de los Programas de Reparación en Maltrato (PRM).

Como forma de dar cumplimiento a la definición del rol de Trabajo Social en Salud Mental, y de acuerdo a lo sostenido por la Asistente Social del programa, surge la necesidad de abordar la temática de salud, específicamente salud mental desde la formación de pregrado, que en base a la experiencia de la profesional, la cátedra de Psicopatología dictada por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, perteneciente a la malla antigua de dicha casa de estudios universitarios, permitía contar con las bases teóricas y metodológicas para insertarse en esta área, fundamentalmente, el aporte en cuanto al lenguaje técnico utilizado en este nivel, además de la definición operativa del

funcionamiento del sistema público de salud. Debido al volumen de información necesaria, y entendiendo que el tema de la salud mental es transversal a todas las áreas de intervención de la profesión, se requiere de su inclusión en la malla curricular como una cátedra basal, cautelando que cada estudiante, al momento de ingresar al mundo laboral posea, al menos, las competencias básicas para insertarse de buena manera en equipos de salud, indistintamente de la necesidad de alcanzar niveles de especialización de postgrado, entendiendo que la salud pública, en sus múltiples niveles, absorbe un gran número de plazas de trabajo para la profesión. Por tanto, se insta al Comité de Innovación Curricular a realizar las modificaciones pertinentes para el establecimiento de una cátedra de salud mental, que posea un nivel de profundidad mayor al abordado desde las cátedras ligadas a las Políticas Públicas en materias de salud en general.

Finalmente, a raíz de la discusión reciente sobre las definiciones operativas del rol de la profesión en salud mental, así como la necesidad de abordaje de la salud mental desde el pregrado, cabe precisar que esta instancia corresponde a una oportunidad para Trabajo Social en lo que respecta a la definición integral de las funciones e intervenciones propias de él, más aún si se considera el escenario actual, donde se incluye a la profesión en el Código Sanitario, y la emergencia de las orientaciones técnicas. El objetivo de este escenario favorable, corresponde a la necesidad imperiosa de avanzar hacia el establecimiento de un cuerpo legal que permita a Trabajo Social definir su propio campo profesional exclusivo, que de alguna manera, contribuirá al empoderamiento de los profesionales en lo que a su rol respecta, especialmente en el contexto de la incorporación de este profesional como parte crucial en equipos multiprofesionales, como el equipo del hoy extinto Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

VI. Capítulo Sexto: Bibliografía

1. Bibliografía

Antipán, I., & Reyes, D. (2013). *El Trabajo Social en la Salud Mental: ¿Un Trabajo Social Clínico?* Obtenido de Escuela de Trabajo Social Universidad de Costa Rica: http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000447.pdf

Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense Vol. 51*, 71-73.

Bachelet Jeria, M. (2014). *Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana en la Gestión Pública.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Barragán, H. L. (2007). *Fundamentos de Salud Pública.* La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Brea Iglesias, J., & Gil Rodríguez, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy N°78*, 95-112.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano.* Barcelona: Paidós.

Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M. E., Mitchell, E., Vega, M., & Columbié, L. d. (30 de Abril de 2018). *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.* Obtenido de INFODIR N°8, 2012: Revista de Información para la Dirección en Salud: http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf

Caro, J. C. (Marzo de 2015). Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. *Revista Chilena de Nutrición Vol. 42, N°1*, 23-29.

Castañeda, P. (2014). *Propuestas Metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización. Cuaderno Metodológico.* Santiago de Chile: Garín .

Castell-Florit Serrate, P., & Gispert Abreu, E. (2018). Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública . *Revista Cubana de Salud Pública Vol. 44, N°3*, 1-10.

Castro Sánchez, M., & Pavez Ibaceta, A. (2017). *Sistematización del proyecto piloto familia de acogida temporal del Dr. Eduardo Jaar en el programa Chile crece contigo de la unidad de neuropsiquiatría infato-juvenil del hospital Dr. Gustavo Fricke (tesis de pregrado) .* Escuela de Trabajo Social. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

Cifuentes Patiño, M. R. (2015). La sistematización en Trabajo Social: entre la práctica y la investigación. En U. Mariana, *Reflexionando las disciplinas* (págs. 129-161). San Juan de Pasto: UNIMAR.

Dabas, E. (1993). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales.* Buenos Aires: Paidós.

Dabas, E. (1998). *Redes Sociales, Familia y Escuela.* Barcelona: Paidós.

Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en Salud.* Colonia Miramontes: FUNDER.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1.* Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.

Durston, J. (2000). *¿Qué es el Capital Social Comunitario?* Santiago de Chile: CEPAL.

Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social N°23*, 333-352.

Gastó Ferrer, C. (1994). Capítulo 55: Psiquiatría Comunitaria. En H. Ey, *Tratado de Psiquiatría* (págs. 951-955). Barcelona: Masson.

Grandón Fernández, P., Dredsner Vicencio, R., Sanhueza Vallejos, M., & Vaccari Jiménez, P. (2016). Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental. *Global Journal of Community Psychology Practice, 7(1S)*, 1-15. Recuperado el 20 de enero de 2019, de https://www.gjcpp.org/pdfs/ESP2_Grandon%20et%20al%20-%20Pr__cticas%20Anti-estigma%20como%20Eje%20Articulador%20del%20Trabajo%20Comunitario%20en%20Salud%20Mental%20-%20FINAL-FORMATTED.pdf

Hospital Dr. Gustavo Fricke. (08 de Septiembre de 2014). *Reseña Histórica*. Obtenido de Hospital Dr. Gustavo Fricke: http://www.hospitalfricke.cl/?page_id=91

Hospital Dr. Gustavo Fricke. (2016). *Planificación Estratégica 2016 - 2018.* Viña del Mar: Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Ituarte Tellaeche, A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico.* Madrid: Siglo XXI de España.

Ituarte Tellaeche, A. (2017). *Prácticas en Trabajo Social Clínico.* Valencia: Nau Libres.

Jara, Ó. (2012). *La Sistematización de Experiencias, Práctica y Teoría Para Otros Mundos Posibles.* Costa Rica: Alforja.

López, G., & Guaimaro, Y. (2015). El rol de la familia en los procesos de educación y desarrollo humano de los niños y niñas. *IXAYA*, 31-55.

Martín, J. P., & Bernal, A. O. (2009). Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de Historia de la Psicología vol.30*, 293-299.

Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica: Tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2012). *Ley N°20.584: REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON*

ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD. Santiago de Chile: Congreso Nacional de Chile.

Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años y más.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE: Trastorno Bipolar en personas de 15 años o más.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2013). *ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. Dirigido a Equipos de Salud.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2016). *Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2017). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitara.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017 - 2015.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (05 de Mayo de 2018). *Historia* . Obtenido de Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental: http://sw.ewok.cl/saludmental.cl/modelo-comunitario-de-atencion-en-salud-mental/historia/

Ministerio de Salud. (2018). *Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud. Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud.*

Ministry Of Supply and Services. Canada. (1988). *Mental Health for Canadians: striking a balance.* Ottawa: Ministry Of Supply and Services, Canada.

Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Nueva York: Naciones Unidas.

OMS y MINSAL. (2006). *Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile.* Santiago de Chile: WHO-AIMS .

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* París: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: *Conceptos *Evidencia Emergente *Práctica. Informe compendiado.* París: OMS Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Buenos Aires: Journal S.A.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: Una aproximación analítica.* Washington DC: OMS para las Américas.

Organización Mundial de la Salud. (19 de Abril de 2018). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo?*

Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/

Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia. (2008). *Integrating mental health into primare care: A global perspective.* Ginebra: OMS - WONKA.

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (22 al 26 de Septiembre de 1997). Resolución CD 40/R19. Washington D.C, Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de Salud. (1990). Declaración de Caracas Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas de Locales de Salud. Caracas, Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud. (25 de Abril de 2018). *Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660&Itemid=41733&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (25 de Abril de 2018). *Lanzamiento de Informe sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en Chile*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=56:lanzamiento-informe-sobre-determinantes-sociales-salud-dss-chile-&Itemid=1005

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Oyanedel, J., Alfaro, J., & Mella, C. (2015). Bienestar Subjetivo y Calidad de Vida en la Infancia en Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13 (1)*, 313-327.

Pinto, B. (2012). Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. *Monitor Estratégico N°2*, 60-65.

PNUD. (2012). Las dinámicas de la subjetividad: La perspectiva del informe. En PNUD, *Desarrollo Humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo* (págs. 101-135). Santiago de Chile: PNUD.

Putnam, R. (1993). The Prosperous Community: Social Capital and Public Life. *The American Prospect N°13*, 35-42.

Servicio Nacional de Discapacidad. (2010). *Manual sobre la Ley N°20.422. Establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Torres, R. (Diciembre de 2001). Curso de educación continua Gestión en psiquiatría y salud mental. *EXPERIENCIAS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA EN CHILE*. Santiago, Chile: Universidad de Santiago de Chile.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (1999). *Social Determinants of Health. The Solid Facts.* Copenhagen: OMS.

VII. Capítulo Séptimo: Anexos

1. Formato Actas Consultorías – Mesa Tripartita

Acta Consultorías en APS – Mesa Tripartita	
CESFAM/ Actividad	
Responsable	
Participantes	
Fecha	
Lugar	
Hora de inicio-hora de término	
Objetivo	
Descripción	
Acuerdos	
Observaciones	

2. Protocolo Instrumento Entrevista Equipo PMC

1- ¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo dentro del programa?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

2- ¿Podría relatar a grandes rasgos (nivel profesional y/o personal) su experiencia de trabajo en el programa PMC?

3- ¿Es posible establecer una relación entre su formación de pre y posgrado con su desempeño profesional? ¿Le fue útil esa formación para su rol?

4- Considerando lo anterior, ¿Podría señalar, a modo de decálogo, las principales funciones desempeñadas por usted en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica?

5- Una vez realizado el decálogo de funciones, ¿Cómo evalúa su desempeño en cada una de ellas?

6- En cuanto a las otras profesiones presentes en el PMC, ¿De qué forma dichas profesiones (Medicina, Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional) le permiten generar una retroalimentación o un enriquecimiento de su propia intervención? Si su respuesta es no, ¿Qué opinión le merece la posibilidad de retroalimentarse con sus compañeros de trabajo?

7- ¿A través de qué mecanismos se podría potenciar la retroalimentación?

8- ¿Podría identificar a grandes rasgos, las funciones desempeñadas por el resto del equipo PMC?

9- A raíz del lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2018-2025 ¿Podría señalar mediante que estrategias este modelo se ve, o de lo contrario, no se ve reflejado en el PMC?

10- A la luz de su experiencia en el programa, ¿Podría por favor señalar o comentar las proyecciones del PMC al año 2025?

3. Protocolo Instrumento Entrevista CMVM/ Encargada Consultorías

1- ¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo que desempeña?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

2- ¿Podría relatar a grandes rasgos su experiencia con las consultorías?

3- En base a dicha experiencia ¿Qué opinión le merece la realización de estas Consultorías en Atención Primaria?

4- ¿Considera que las Consultorías se configuran como un aporte significativo a la intervención de los casos?

5- De acuerdo con su opinión, ¿Qué rol cumple la participación del equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría del Hospital Dr. Gustavo Fricke en estas?

6- En relación con la pregunta anterior, ¿Se vislumbra un impacto positivo con respecto a la fluidez de la atención de los casos presentados en consultorías?

7- ¿Podría mencionar los principales aportes de las consultorías? ¿Existen espacios para la mejora?

8- Con respecto a la Mesa Tripartita de Salud Mental, ¿Podría señalar la injerencia de esta en las listas de espera del hospital? ¿Han generado algún aporte en descongestionar el sistema?

9- Desde su punto de vista, ¿Consideraría pertinente la incorporación de nuevos actores a esta mesa (Red SENAME, Organizaciones de la Sociedad Civil)?

10- A la luz de su experiencia, ¿Podría señalar las proyecciones tanto de las Consultorías en APS como de la Mesa Tripartita al año 2025? ¿Podrías ser replicadas en otros dispositivos de salud de la región?

4. Protocolo Instrumento Grupo Focal Equipo PMC

- **Fase 1: Introducción**
- **Fase 2: Presentación**
- **Fase 3: Discusión Temática**
  a. **Experiencia de transición Programa Trastorno Déficit Atencional (TDA) a Programa Psiquiatría de Mediana Complejidad (PMC)**
  b. **Percepción de trabajo con Médicos Generales**
  c. **Percepción del rol de cada profesional del equipo**
  d. **Evaluación subdivisión PMC**
- **Fase 4: Síntesis y Cierre**
- **Fase 5: Transcripción Grupo Focal**
- **Fase 6: Análisis Categorial**
- **Fase 7: Redacción Informe Final**

Primera Fase: Introducción

Luego de la recepción y ubicación de los participantes alrededor de la mesa, el moderador, que en este caso corresponde al estudiante tesista, se presenta y da las palabras de bienvenida, procediendo a explicar la finalidad del presente trabajo, señalando aquellos factores en común entre ellos (“los profesionales aquí presentes fueron seleccionados por ser integrantes del equipo del PMC del Hospital”), seguido a ello, se declara la posible existencia tanto de opiniones similares, como de aquellas que se contraponen. (“la idea no es establecer juicios de valor sobre dichas opiniones, sino que debemos comprender que no existe una buena o mala opinión”). Por otro lado, se establecen ciertas concesiones antes de iniciar la actividad en sí, por ejemplo, se debe mencionar que la discusión será grabada con fines meramente analíticos, quedando estrictamente reservados sus datos personales. Además, se debe señalar que la idea principal del presente grupo focal corresponde a un espacio de interacción. (“la idea es trascender una lógica pregunta respuesta, y avanzar hacia un espacio de conversación sobre cada temática trabajada durante la jornada que presenciaremos a continuación”).

Segunda Fase: Presentación

Luego de la introducción general al desarrollo de la actividad, se inicia una breve ronda de presentación, (“antes de iniciar, los invito a realizar una breve ronda de presentación, donde declaren sus nombres, su profesión, el tiempo que llevan en el programa, y a grandes rasgos su experiencia en este”), la finalidad de esto consiste en generar un grato ambiente, permitiendo romper el hielo, siendo, además, una oportunidad para que todos los participantes hablen. El rol del moderador en este proceso debe ser reducido a su mínima

expresión, ya que lo importante es generar este espacio de interacción entre los miembros del PMC.

Tercera Fase: Discusión Temática

Corresponde a la discusión propiamente tal, debiendo transitar desde temáticas de corte genérico, hacia cuestiones más profundas ligadas a los objetivos del desarrollo del presente grupo focal, siendo en este apartado de vital importancia la figura del moderador, que cobra mayor relevancia desde este punto. Es de cardinal importancia que este mantenga una postura de escucha activa, tratando de dirigir la discusión hacia los puntos centrales, sin embargo, dicho direccionamiento debe ser cuidadoso en cuanto se configura como una modalidad un tanto flexible en lo que respecta a la discusión, permitiendo el desarrollo de nuevos temas de forma espontánea. El moderador debe estar pendiente en todo momento de que se permita que cada participante pueda exponer su postura, debiendo evitar que la discusión de monopolice a uno o dos miembros del grupo. Para lo anterior, resulta crucial la utilización de lenguaje no verbal, como, por ejemplo, apartar la mirada de quien intenta de forma inconsciente acaparar la discusión, y mirando a aquellos que no han intervenido tanto. No obstante, el lenguaje verbal también se debe usar como apoyo, instando a los otros integrantes a exponer su punto de vista sobre la temática específica.

A continuación, se expondrán los 4 ejes temáticos de la discusión, a través del planteamiento de preguntas tipo, que permitan direccionar la discusión, sin que dichas preguntas condicionen las respuestas, por lo cual, deben ser de tipo abiertas, conducentes a cada temática en particular. Se dividen en 4 con fines operacionales, que eviten que estos se confundan o dupliquen al momento de realizar el análisis, permitiendo realizar un despeje de cada eje propuesto:

A) Experiencia de transición Programa Trastorno Déficit Atencional (TDA) a Programa Psiquiatría de Mediana Complejidad (PMC).

Antes de comenzar, me gustaría que habláramos del TDA…

¿Cómo llegaron al programa?, ¿Cuánto tiempo trabajaron en él?, ¿Qué expectativas tenían sobre él?, ¿De qué manera dichas expectativas cambiaron durante su ejercicio profesional? Para continuar, me gustaría que profundizáramos en torno al PMC…

¿Qué significó para ustedes el surgimiento del PMC?, ¿Qué expectativas tenían?, ¿algo que les gustaría destacar del programa?, Considerando el aumento de trastornos abordados. ¿perciben como adecuada la atención prestada a los usuarios?, en términos generales, ¿Cómo evalúan dicho cambio?

B) Percepción de trabajo con Médicos Generales especializados en Salud Mental

Ahora bien, una vez que nos referimos al tránsito entre programas, sería interesante poder conocer su opinión sobre los médicos del programa, así como la opinión de ellos mismos aquí presentes…

¿Qué significó para ustedes el no contar con psiquiatra dentro del programa?, ¿Qué opinión les merece el desempeño de Médicos Generales en Salud Mental?, ¿De qué manera se refleja dicho rol en la atención de usuarios?, ¿Ha permitido de alguna manera, generar un impacto en la lista de espera?, ¿Podrían identificar semblanzas con el trabajo de un psiquiatra?, ¿Qué significa para ustedes la especialización en salud mental de médicos generales?

C) Percepción del rol de cada profesional del equipo

Ya hablamos de los médicos, ahora me gustaría que siguiéramos el mismo hilo conductor, pero en esta oportunidad, ampliando la mirada a los otros profesionales aquí presentes…

¿Qué significados pueden atribuir a su propia profesión y ejercicio profesional?, ¿Consideran que su rol es importante en el programa?, ¿Y los roles de los demás?, ¿Cuál es la importancia de contar con Asistentes Sociales?, ¿Y con Psicólogos?, ¿Y con Terapeutas Familiares?, ¿De qué manera contribuye cada uno al trabajo realizado por el PMC?, ¿Qué importancia tiene, por ejemplo, el diagnóstico del médico para el Asistente Social?, ¿Y las visitas domiciliarias para el médico?

D) Evaluación subdivisión PMC

Llegando casi al término de la actividad que hemos estado desarrollando, me gustaría que conversáramos sobre el programa en términos operativos…

¿Cómo consideran el desempeño de las 3 líneas presentes en el programa?, En lo que respecta a la Línea Clínica, ¿De qué manera la concepción biopsicosocial de la salud condiciona las atenciones e intervenciones?, ¿Cuál es el aporte central de dicha línea en la disminución de la lista de espera?, ¿Ayuda a evitar la cronificación de los cuadros de salud mental de los usuarios del programa?, ¿Consideran que existen espacios para la mejora de las actuaciones del equipo en cuanto a la atención?, ¿Podrían señalar algunos?.

En cuanto a la línea de Fortalecimiento Institucional, ¿Consideran que la participación del equipo en consultorías en APS ha significado un aporte para la pesquisa de nuevos casos?, y en el caso de no ser un aporte, a su juicio, ¿De qué manera es posible revertir dicha situación?, ¿Qué se debería mantener?, ¿Qué se debería mejorar? Sobre la Línea de Gestión de Redes, ¿Es posible observar un trabajo colaborativo con las redes intersectoriales?, ¿Y aquellas de la sociedad civil?, ¿Consideran que las actuaciones

de dicha línea permiten dar cumplimiento al aumento de la resolutividad de la unidad?, A su juicio, ¿Cuál sería la importancia de gestionar redes?, ¿Qué significa para ustedes que

el Hospital se entienda como un Hospital Autogestionado en Red?, ¿Qué le faltaría a dicha línea?, ¿O qué sacarían o mejorarían de lo existente?

A modo general, ¿Estiman que la división del programa en las 3 líneas es atingente a la temática que se busca abordar?, ¿Permite dar cumplimiento a los objetivos propuestos al momento de generar el PMC?, Si pudiesen agregar o modificar algo en relación con lo anterior, ¿Qué sería?, ¿De qué manera lo harían?

Cuarta Fase: Síntesis y Cierre

Una vez finalizada la discusión, el moderador debe realizar un proceso de síntesis por cada uno de los 4 ejes desarrollados previamente, con la finalidad de obtener una visión general de la temática abordada, permitiendo aunar criterios y estableciendo los puntos divergentes, que sirvan de reflejo de un trabajo en equipo, donde cada opinión es considerada como parte fundamental del proceso. Luego de ello, se dan los agradecimientos a los participantes y se da por cerrada la actividad. Se sugiere una breve reunión con la Asistente Social, con el objetivo evaluar el desarrollo de la actividad en cuanto la contribución de ella a los objetivos del proceso de Sistematización a realizar por el alumno tesista durante el año 2018.

5. Crónicas de Observación Consultorías en Salud Mental

5.1. Crónicas de Observación CESFAM Miraflores – Achupallas

Acta Consultorías en APS	
CESFAM	Miraflores - Achupallas
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Equipo CESFAM Miraflores - Achupallas Equipo CECOSF Sergio Donoso Rodríguez Achupallas Equipo Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	18 de abril de 2018
Lugar	Sala Grupal Sector 1 CESFAM Miraflores - Achupallas
Hora de inicio-hora de término	10:30 – 12:00
Objetivo	Presentación de casos de Salud Mental Infanto – Juvenil CESFAM Miraflores – Achupallas. Determinar ingreso a Unidad de Neuropsiquiatría Infanto - Juvenil vía Interconsulta APS. Presentación Estudiante Tesista Trabajo Social UV.

Descripción
Primer Momento: La reunión inicia a las 10:30 horas en la Sala Grupal del Sector 1 del CESFAM Miraflores – Achupallas con la resolución de algunas dudas del equipo del centro de salud respecto a casos revisados en consultorías anteriores, con la finalidad de conocer si ya poseen hora de atención o ya ingresaron formalmente a la unidad hospitalaria. Se presenta al estudiante Sebastián Segura, quien realizará una sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, y que durante el año asistirá a algunas consultorías. **Segundo Momento:** Posteriormente, se presentan 3 casos por parte de la Psicóloga del Sector 1 Carolina Meza, encargada de Salud Mental del CESFAM Se inicia la presentación de los casos señalando los datos de los usuarios, dígase nombre, RUT, fecha de nacimiento y edad, luego de ello, se expone el caso partiendo por algunas generalidades sobre su situación escolar y la composición de su núcleo familiar, es decir, se inicia desde lo social. Luego se entregan detalles de las atenciones, o la atención que llevó al equipo del CESFAM a presentar el caso en consultoría. **Tercer Momento:** Una vez expuesto el caso, se solicita al equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil que emita un juicio u opinión profesional sobre el caso, de cara a determinar la pertinencia de la derivación al nivel secundario, y si no es así, sugerir pasos a seguir desde el CESFAM con el caso clínico, o despejar posibles diagnósticos en base a sintomatología y comportamiento del paciente señalado por el equipo del centro de salud
Acuerdos
Luego de la retroalimentación del equipo de nivel secundario, se recomiendan las acciones a tomar con los 3 casos presentados, siendo 2 de ellos, derivados a la unidad hospitalaria, donde los profesionales de este equipo se comprometen a verificar que efectivamente esos pacientes consigan la hora en el programa al cual serían ingresados. Se fija la consultoría siguiente para mes de mayo, donde se realizará una capacitación en la temática LGBTI+ por parte del equipo del nivel secundario.
Observaciones
Se destaca el buen clima organizacional y el orden de la presentación de los casos, además, cada profesional conoce los casos presentados de su sector y desde ahí pueden aportar a los antecedentes en base a su experiencia con el usuario o con la familia de este.

Se visualiza que los casos son presentados preferentemente por psicólogo o médico, lo cual puede deberse a la poca validación que posee Trabajo Social en Salud, en especial en salud mental.

Los profesionales establecen relaciones cercanas con el equipo de atención secundaria, de hecho, se encargaron de celebrar el cumpleaños de la Asistente Social Pamela Vera en el espacio de consultoría, mostrando que la vinculación entre ambos equipos es considerable, dado que se reúnen una vez al mes, y los equipos no fluctúan demasiado en las consultorías, permitiendo cierta estabilidad en el vínculo entre ambos niveles de salud.

Acta Consultorías en APS	
CESFAM	Miraflores – Achupallas
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Equipo CESFAM Miraflores – Achupallas Equipo CECOSF Sergio Donoso Rodríguez Achupallas Equipo Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	16 de mayo de 2018
Lugar	Auditorio CESFAM Miraflores – Achupallas
Hora de inicio-hora de término	10:30 – 12:00
Objetivo	Capacitar al equipo de CESFAM en temática LGBTIQ+
Descripción	

Primer Momento:

Se inicia la actividad a las 10:30 en el Auditorio del CESFAM, ubicado en el primer piso del recinto, se visualiza alta convocatoria por parte de los funcionarios del CESFAM.

Inicia la exposición la Psicóloga Francisca Arias, donde entrega los principales lineamientos de la presentación que se realizará a continuación, además de presentar al resto del equipo del Hospital y tesista de Trabajo Social que se encuentran en esta instancia.

Antes de iniciar la exposición, se prepara una actividad de introducción a la capacitación, se divide a los asistentes y expositores en 2 grupos, los cuales tienen la tarea de dibujar en un papelógrafo la silueta de alguno de los participantes, caracterizándolo de acuerdo con lo convenido por el grupo, procediendo luego a pegar Post-It con los prejuicios clásicos que existen en la cotidianidad sobre las personas pertenecientes a la comunidad LGBTI+, una vez terminada la actividad, se les pide a

cada grupo que elijan un representante que pueda exponer en una plenaria el resultado del trabajo realizado.

Segundo Momento:

Tras la finalización de la actividad introductoria, el equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil inicia la exposición de la presentación preparada para la temática LGBTI+, iniciando la presentación con una breve contextualización de la actividad, apuntando a los prejuicios y su contraste con la realidad a través de la revisión de los conceptos clave de la temática contenidos en la sigla LGBTI+. Luego de ello, Pamela Vera expone sobre los documentos legales que otorgan la base para el abordaje en salud de la diversidad sexual, los cuales, entre otras cosas, insta a los equipos de educación y salud a llamar a los usuarios por su nombre social, debiendo adecuar el libro de clases o la ficha de salud.

Una vez revisados los conceptos clave, se expone una figura denominada "Genderbread Person" donde se diferencian la Identidad de Género, la Expresión de Género, el Sexo Biológico y la Orientación Sexual, donde existen múltiples combinaciones posibles.

Tercer Momento:

Luego de la exposición de la presentación en Powerpoint y a modo de cierre de la actividad, se presentan cortometrajes argentinos sobre la forma de abordaje de pacientes LGBTI+. En un primer momento, se muestra la situación que ocurre cuando el profesional de la salud no considera el contexto del paciente, por ejemplo, se muestra a un usuario transexual y el profesional no lo llama por su nombre social, sino que como figura en la ficha clínica. Luego de ello, se ve la misma situación, pero con la diferencia de que el profesional actúa de forma empática con el paciente, enfocando su atención en la incorporación de sus características particulares en cuanto a género.

Acuerdos

El equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil acuerda con los asistentes el envío del material presentado más algunos documentos relevantes sobre las diversas normativas que dicen relación con la inclusión para su discusión en los equipos de los sectores del CESFAM y CESCOSF.

Se le sugiere a los equipos la realización de un catastro de estos usuarios en sus respectivos sectores y verificar que efectivamente se le esté otorgando la calidad de atención incorporando sus antecedentes.

Observaciones

Se destaca la disposición del equipo del CESFAM para participar de la actividad inicial y durante la exposición, generando un espacio de conversación y resolución de dudas que surgieron durante la exposición, permitiendo que estos adhirieran de buena manera a la capacitación.

Se logra visualizar el impacto que genera la destinación del espacio de una consultoría de Salud Mental Infanto - Juvenil del CESFAM en función de otorgar más y mejores herramientas al equipo de salud, entendiendo la importancia de abordar, desde la salud mental al menos, estos casos, ya que las mayores tasas de suicidio dicen relación con usuarios con identidades diferentes a las definidas por la cultura dominante. Se observa el dinamismo de la capacitación, ya que constó de actividades lúdicas, exposición y muestra de buenas y malas prácticas desde un contenido audiovisual, permitiendo generar una instancia de participación abierta de los asistentes, donde el equipo del hospital se encontraba presto a resolver las dudas que surgieron durante la capacitación. De forma posterior a la realización de la actividad, la encargada de Salud Mental del CESFAM remite un correo dando las gracias a nombre del equipo, detallando que estos valoraron profundamente el tiempo destinado para la capacitación en un espacio de consultoría.

5.2. Crónicas de Observación CESFAM Gómez Carreño

Acta Consultorías en APS	
CESFAM	Gómez Carreño
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Equipo CESFAM Gómez Carreño Equipo CECOSF Santa Julia Equipo Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	10 de abril de 2018
Lugar	Auditorio CESFAM Gómez Carreño
Hora de inicio-hora de término	10:30 – 12:00
Objetivo	Presentación de casos de Salud Mental Infanto – Juvenil CESFAM Gómez Carreño. Determinar ingreso a Unidad de Neuropsiquiatría Infanto - Juvenil vía Interconsulta APS. Presentación Estudiante Tesista Trabajo Social UV.
Descripción	
Primer Momento: La reunión inicia a las 10:30 en el Auditorio del CESFAM de Gómez Carreño, se da el saludo inicial, se presenta al estudiante tesista de Trabajo Social Sebastián Segura y se explica que desarrollará su tesis en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica y asistirá constantemente a consultorías durante el año 2018.	

Se resuelven dudas sobre algunos pacientes derivados a atención secundaria para determinar si ya poseen hora para control o se encuentran en lista de espera, así como de nuevos antecedentes que posea el equipo del CESFAM sobre dichos casos.

Segundo Momento:

Luego del saludo e indicaciones generales se inicia la exposición de 4 casos por parte del equipo de salud mental del CESFAM. Se inicia el relato de los casos desde la exposición de sus datos personales (Nombre, RUT, fecha de nacimiento) para luego avanzar hacia los antecedentes que figuran en los registros del centro de salud, y las atenciones recibidas por este, con la finalidad de servir de contexto para argumentar su presentación en consultoría. De los casos se establece que sus nombres figuran en los registros del hospital, siendo uno de ellos paciente de PMC, por lo que se solicita al equipo emitir informe a médico tratante de la unidad hospitalaria para definir tratantes, ya que mantuvo algunos controles en el sistema privado. Frente a esto mismo, los profesionales de APS señalan que el establecimiento educacional exige la realización de una psicometría.

Tercer Momento:

Luego de la presentación de cada caso, se solicita al equipo de atención secundaria que refiera su opinión profesional respecto a la posibilidad de iniciar atención en la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil a través de la sintomatología y contexto del usuario, con la finalidad de determinar si el cuadro obedece o no a patologías que por su complejidad no puedan ser abordadas por APS, para este fin, se considera la opinión de la Asistente Social, Médico y Psicólogo de la unidad hospitalaria. En relación con la solicitud de psicometría para uno de los casos, el equipo del hospital señala que no es necesaria, ya que posee una psicometría del año 2017.

Acuerdos

Se acuerda el envío de Interconsultas para 3 de los 4 casos, siendo PMC el programa más indicado para las patologías diagnosticadas por el CESFAM, por tanto, se solicita que las interconsultas reúnan la mayor cantidad posible de información, siendo el equipo del Hospital el encargado de hacer el seguimiento de la Interconsulta hasta su asignación de horas respectiva. Sin embargo, en cuanto al caso que quedaría sin derivar, el equipo sostiene la incapacidad de otorgar atención en el nivel secundario, por lo que se sugieren algunos centros privados donde podrían brindarle atención, para lo cual, la Asistente Social Pamela Vera entrega los contactos respectivos, así como ubicación geográfica y el nombre de un referente de dicho centro del sector privado.

Se fija la próxima consultoría para el mes de mayo.

Observaciones

Se visualiza un ambiente de trabajo agradable y ordenado, ya que en este CESFAM el equipo prepara presentación en PowerPoint con los antecedentes de los casos, lo que demuestra una preparación previa por parte del equipo de APS, por lo cual, es mucho

más fluida la exposición de estos, permitiendo que el equipo de la unidad conozca más detalles para poder emitir un juicio profesional respecto de la derivación o las directrices para abordar el caso desde la atención primaria, ya sea a través de controles más recurrentes, o la realización de una visita domiciliaria.

Se destaca la participación de todo el equipo de APS en la consultoría, aportando antecedentes de sus propias atenciones, además de la información que consta en ficha clínica, lo que permite enriquecer el relato, despejando el diagnóstico de las comorbilidades que pueden estar condicionando al usuario a sintomatología confundida con trastornos.

Acta Consultorías en APS	
CESFAM	Gómez Carreño
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Equipo CESFAM Gómez Carreño Equipo CECOSF Santa Julia Equipo Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	09 de octubre de 2018
Lugar	Auditorio CESFAM Gómez Carreño
Hora de inicio-hora de término	10:30 – 12:00
Objetivo	Presentación de casos de Salud Mental Infanto – Juvenil CESFAM Gómez Carreño. Determinar ingreso a Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil vía Interconsulta APS.
Descripción	

Primer Momento:

La reunión inicia a las 10:30 en el Auditorio del CESFAM de Gómez Carreño, se da el saludo inicial al equipo de la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, y se resuelven dudas sobre la asignación de horas de pacientes derivados a atención secundaria vía Interconsulta o aquellas enviadas por correo electrónico con consultas de casos particulares.

Segundo Momento:

Se inicia la presentación de los 4 casos candidatos a atención secundaria por parte del equipo del CESFAM de Gómez Carreño y CECOSF Santa Julia iniciando los relatos desde un nivel descriptivo de los datos personales del usuario para su seguimiento en caso de proceder el ingreso a la unidad hospitalaria. Luego de ello, se detalla la información correspondiente a la ficha clínica del paciente, como la composición de su familia, el lugar donde vive, las condiciones socioeconómicas y psicosociales, además

de información contenida en ficha clínica de algún miembro de la familia, que pueda revestir importancia para el diagnóstico inicial. **Tercer Momento:** Tras la exposición de los 4 casos, el equipo del Hospital Dr. Gustavo Fricke, se descarta una Interconsulta por estar el paciente en tratamiento en el Programa Menores de 15 con el Psiquiatra Claudio Stuardo. Los otros pacientes se recomiendan para derivación a Neurología por tratarse de cuadros TEA y Tortícolis Congénita.
Acuerdos
Se acuerda que 2 de los 4 pacientes sean derivados a la Unidad de Neurología por considerar el despeje de variables biológicas en la sintomatología acusada por el CESFAM. Se descartan 2 casos presentados, ya que uno ya se encuentra en atención, y otro no cumple criterios de gravedad para su atención en el nivel secundario, sin embargo, se le solicita al equipo de APS la realización de visita domiciliaria y escolar para recabar mayores antecedentes. Se fija la próxima consultoría para el mes de noviembre del presente.
Observaciones
Se observa un alto nivel de manejo de los casos presentados por el equipo del centro de salud primaria, permitiendo complementar la intervención para un abordaje multidisciplinario, al recibir la orientación del equipo de atención secundaria, quienes se configuran como el equipo experto que puede discernir sobre la futura intervención de los casos presentados. Se vuelve a destacar el manejo de la Asistente Social Pamela Vera sobre el abordaje de casos de salud mental desde la gestión de las redes y el manejo del contexto del paciente, permitiendo discernir rápidamente si este contexto es el que genera los síntomas que se confunden con trastornos. El orden en las presentaciones se configura como un aporte significativo de este equipo a las consultorías, ya que preparan con antelación cada caso, lo que implica espacios de reunión externos a la reunión fijada.

5.3. Crónicas de Observación CESFAM Juan Carlos Baeza

Acta Consultorías en APS	
CESFAM	Juan Carlos Baeza
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Equipo CESFAM Juan Carlos Baeza Equipo CECOSF Villa Hermosa Equipo Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil Estudiante Tesista Trabajo Social UV

Fecha	12 de abril de 2018
Lugar	Sala de Reuniones CESFAM Juan Carlos Baeza
Hora de inicio-hora de término	08:30 – 11:00
Objetivo	Presentación de casos de Salud Mental Infanto – Juvenil CESFAM Juan Carlos Baeza Determinar ingreso a Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil vía Interconsulta APS. Presentación Estudiante Tesista Trabajo Social UV.

Descripción

Primer Momento:

La reunión inicia a las 08:30 horas en la Sala de Reuniones del CESFAM Juan Carlos Baeza. Se da el saludo inicial al equipo del Hospital, se presenta al estudiante tesista de Trabajo Social UV Sebastián Segura, quien realizará su Proyecto de Título sobre la Sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica y participará activamente de las consultorías como miembro del equipo hospitalario. Por otra parte, se usan unos minutos para resolución de consultas sobre el paradero de usuarios derivados a atención secundaria en consultorías pasadas, para saber si llegaron las Interconsultas o si ya tienen hora asignada en algún programa.

Segundo Momento:

Se inicia la exposición de los 5 casos programados para esta consultoría, para determinar la necesidad de recibir atención de especialidad en el nivel secundario, según pesquisa del equipo del CESFAM. En cuanto a la información de los casos, se señala que esta es otorgada desde lo más general, como el nombre, RUT y fecha de nacimiento, a lo más específico ligado a antecedentes familiares y diagnósticos médicos o psicológicos de relevancia para el caso. Es decir, se intenta trasmitir de la manera más gráfica posible la situación del caso, para justificar su exposición en esta reunión técnica frente a los profesionales de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil. Se da cuenta de la gravedad de los casos presentados en esta reunión, ya que poseen bastantes situaciones de su contexto que contribuyen de forma negativa a la salud mental de los usuarios y, además, de otras patologías crónicas como la Epilepsia. 4 de los 5 casos son por sospecha de TDAH con trastornos de conducta, el quinto caso obedece a Depresión.

Tercer Momento:

Al final de la exposición de los casos, el equipo del Hospital elabora un juicio profesional en base a los antecedentes presentados por el equipo de APS, y a través de él se logra determinar si el caso cumple criterios suficientes de gravedad para su contra referencia a atención secundaria, o si, por el contrario, no los cumple, recomendar acciones concretas al equipo del CESFAM para el abordaje del caso clínico. Cabe señalar que

en este tercer momento se recoge toda la conversación previa entre profesionales, es decir, desde la misma exposición del caso, el equipo de la unidad brinda asesoría y ayuda a despejar variables antes de la opinión final.
Acuerdos
Se acuerda enviar Interconsultas durante el día, y que apenas llegue el equipo de la unidad le hará seguimiento al tránsito del paciente desde su derivación, hasta que reciba una hora formalmente, manteniendo informado al equipo sobre el paradero del usuario. Se fija la próxima consultoría para el mes de mayo de 2018.
Observaciones
Se observa una dinámica grupal favorable para el normal desarrollo de la reunión, en parte, porque el equipo no rota demasiado, entonces se generan redes, además de la constante comunicación vía correo para resolver dudas previo a la consultoría, por tanto, se aprecia una buena relación entre ambos niveles de salud en el caso del CESFAM en particular. Se abre la posibilidad de espacios de capacitación durante la consultoría, asesorando al equipo respecto de algún trastorno específico, en especial relación con la sintomatología de estos, por la experiencia con casos de similares características a lo largo de su trayectoria profesional y de la especialización requerida para el abordaje de casos de alta complejidad. La participación del equipo es destacable, ya que la gran mayoría maneja los casos al detalle, permitiendo entregar más antecedentes para la discusión del caso, en especial para los profesionales del Hospital, que hacen su juicio profesional en base a la calidad de la exposición y de la cantidad de detalles que estos puedan aportar con la finalidad de generar un diagnóstico certero sobre el paciente, estableciendo desde ahí la posibilidad de contra referencia a la unidad.

Acta Consultorías en APS	
CESFAM	Juan Carlos Baeza
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Equipo CESFAM Juan Carlos Baeza Equipo CECOSF Villa Hermosa Psicóloga Programa Mayores de 15 HGF Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	09 de agosto de 2018
Lugar	Sala de Reuniones CESFAM Juan Carlos Baeza
Hora de inicio-hora de término	08:30 – 11:00

Objetivo	Presentación de casos de Salud Mental Infanto – Juvenil CESFAM Juan Carlos Baeza Determinar ingreso a Unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil vía Interconsulta APS.

Descripción

Primer Momento:

La reunión inicia a las 08:30 horas en la Sala de Reuniones del Centro de Salud Familiar Jan Carlos Baeza con la llegada de la Psicóloga del Programa Mayores de 15, en compañía del estudiante tesista. Tras los saludos iniciales, se comunica la ausencia de la Asistente Social por encontrarse con licencia, para lo cual, asiste el estudiante tesista, bajo la mirada de encontrarse próximo a terminar la carrera, y por ello, podría ser de utilidad su presencia. Por otro lado, el equipo de APS realiza consultas sobre el ingreso formal a la Unidad de Psiquiatría de los usuarios derivados en consultorías de meses anteriores o IC enviadas durante el trascurso del mes, tras esto, se inicia la presentación de los casos por parte del equipo profesional del CESFAM

Segundo Momento:

Se inicia la presentación de los antecedentes del CESFAM, sobre todo aquellos ligados a la información básica requerida por el nivel secundario para realizar el seguimiento de la Interconsulta en caso de cumplir con los criterios de gravedad para su referencia a la especialidad psiquiátrica de población Infanto – juvenil.

Se presenta un total de 6 casos candidatos a ser derivados hacia la unidad hospitalaria, de los cuales existen 3 que cumplen los requisitos para su ingreso hospital, específicamente hacia neurología, ya que, pese a la separación de la Unidad de Neurología de Psiquiatría Infantil, las 11 horas de la Asistente Social de Mayores de 15, implican una vinculación directa para la referencia de los casos cuya sospecha sea desde aspectos médico – biológicos.

Tercer Momento:

Tras la presentación de cada caso candidato, la Psicóloga del nivel de especialidad comenta su juicio profesional en base a la información expuesta desde APS con la colaboración del estudiante desde la parte social de los casos, el que además toma registro de las presentaciones para transmitírselas a la Asistente Social asignada a dicha consultoría, dejando un espacio para transferencia técnica sobre trastornos severos asociados a situaciones de maltrato y/o abuso sexual, como el Trastorno Conversivo, donde la profesional realiza una especie de capacitación sobre el funcionamiento del cerebro de personas con trastornos de salud mental, especialmente NNA, entendiendo que el espacio de consultoría señalado corresponde a ese grupo poblacional.

Acuerdos

Se acuerda el envío de 4 Interconsultas hacia la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, y se entrega asesoría sobre las acciones a seguir en los 2 casos que deberán continuar su atención desde el nivel primario, con la finalidad de poder otorgar prestaciones de salud integrales, entendiendo que independientemente de que el caso no revista gravedad en el momento de la consulta, es probable que debido a factores externos a los casos, el trastorno se agudice, por tanto se establecen criterios para el seguimiento y la coordinación con las redes territoriales, especialmente orientada a los establecimientos educacionales donde los NNA presentados asisten regularmente, con el objetivo de recabar mayores antecedentes que justifiquen, por ejemplo, la presentación del mismo caso en la próxima consultoría, en posesión de mayores antecedentes sobre las causas que subyacen a las manifestaciones sintomatológicas.
Observaciones
Se destaca la complementariedad acontecida entre el estudiante tesista y al profesional psicóloga, ya que, durante las presentaciones de los casos, se realizaban comentarios entre estos con la finalidad de diagnosticar sobre cual sería el programa que podría tomar el caso una vez que ingrese a lista de espera, para así poder dejar constancia con los referentes de ese programa, para que estos, si el caso cumple las condiciones, ser priorizado en la lista de espera. Por otra parte, se aprecia la alza constante de la complejidad de las situaciones sociales y de salud mental de la población Infanto – adolescente que recibe atención regular del CESFAM, destacando que de los casos presentados en esta reunión técnica no superaban los 12 años de edad, por tanto, es un desafío para el equipo de APS el abordaje de casos de tales características, donde la comorbilidad psicosocial juega un rol preponderante en el curso de la patología a través del ciclo de vida de los NNA. Finalmente, se destaca la composición multiprofesional al interior de este equipo Interconsultor, ya que, participan áreas como Obstetricia y Enfermería, participando de manera activa en el aporte de información pesquisada a través de sus prestaciones con el usuario, o con algún familiar que se atienda en el centro asistencial de nivel primario. Sin embargo, en cuanto al rol de Trabajo Social, este se ve mermado frente a lo médico y lo psicológico, en especial cuando los antecedentes sociales son referidos por otro miembro del equipo, siendo que la información presentada corresponde a la Consulta Social y visitas domiciliarias registradas en la plataforma AVIS, además de la información disponible en la cartola familiar, la que es de directa responsabilidad de los profesionales del área social.

5.4. Crónicas de Observación Mesa Tripartita

Acta Mesa Tripartita	
Actividad	Reunión Mesa Tripartita
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Asistente Social Unidad Servicio Social Estudiantil CMVM Asistente Social Programa PMC – Mayores de 15 Pediatra encargada de Consultorías APS Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	Viernes 6 de julio de 2018
Lugar	Café Boca Chica 10 ½ Norte, Viña del Mar
Hora de inicio-hora de término	08:30 – 11:00
Objetivos	Informar cambio de estructura al interior de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto – Juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke
Descripción	

Primer Momento:

Se realiza la lectura del acta anterior, donde se profundiza en la necesidad de levantar un trabajo colaborativo entre las escuelas especiales y la Unidad de Neurología, considerando que la CMVM posee la potestad directa de 53 establecimientos educacionales, lo que se traduce en cerca de 14.000 de los cuales un porcentaje importante son pacientes del Hospital.

A continuación, se establece un acta de puntos de coordinación de la presente reunión.

Segundo Momento:

El primer punto tiene que ver con la reestructuración ocurrida en la Unidad de Neuropsiquiatría, la cual deja de existir formalmente tras la separación definitiva de la Unidad de Neurología de Psiquiatría Infanto-Juvenil, lo que implica la salida del equipo de Neurólogos de las consultorías en las que participaban, dejando 5 Centros de Salud Familiar sin Neurólogos. Frente a lo anterior, la Doctora María Soledad Vergara señala que se encuentra gestionando un reajuste con los profesionales para que puedan ser cubiertas dichas ausencias con la entrada del equipo de Psiquiatras a completar los cupos de cada centro de salud. Por otro lado, Pamela Vera comunica que ya no se encuentra ocupando el cargo de Asistente Social de 22 horas en el Programa de Mediana Complejidad debido a una reestructuración que tiene que ver con el ingreso de un Nuevo Asistente Social a la Unidad, quién tomaría 11 horas en dicho programa, siendo las otras 11 horas tomadas por Belén Caballería, Asistente Social del Hospital Diurno, por tanto, todas las coordinaciones respecto a PMC deben ser canalizados a estos. Por otro lado, Pamela señala que ahora cumplirá 33 horas en el Programa

Mayores de 15, y de manera inédita, 11 horas en Neurología, abriendo un área nueva para Trabajo Social y, por ende, su interés de iniciar un trabajo directo con la red desde su nuevo cargo en esta unidad.

Tercer Momento:

Como segundo punto, Pamela detalla los nombres de los responsables de cada programa en las 2 nuevas unidades:

En cuanto a Neurología:

TEA: Dra. Valeria Rojas.

Neonatología y Prematuro Extremo/Fibromatosis: Dra. Estebeni Baltra

Epilepsia: Dra. Orieta Carmona

NANEAS: Dra. Consuelo Quintanilla

En cuanto a Psiquiatría Infanto – Juvenil:

Coordinador: Ps. Eduardo Barrios

Menores de 15: Ps. Jennie Jeison /As. Sebastián Suárez

Mayores de 15: Ps. Francisca Arias / As. Pamela Vera

PMC: Dra. Carla Espinosa / As. Belén Caballería – As. Sebastián Suárez

Intrahospitalario: Psiquiatra Carolina Garcés /As. Alejandra Caballero

SENAME: Enf. Yhovanisca Corvalán / As. Alejandra Caballero

Despeje Judicial: As. Alejandra Caballero.

Acuerdos

Se coordina la realización de un diagnóstico de pacientes con necesidades especiales que se encuentren matriculados en los establecimientos educacionales de la CMVM.

Se establecen los canales de comunicación con cada programa.

Se señala que, si bien Pamela ya no se encuentra en PMC, seguirá participando en las consultorías de Gómez Carreño, Juan Carlos Baeza y Miraflores, además de continuar liderando la Mesa Tripartita.

Observaciones

Se observa un ambiente de colaboración y respeto entre los representantes de Hospital y CMVM, desde un diálogo propositivo en función de los objetivos propuestos. El ambiente es adecuado, ya que permite generar un espacio fuera del espacio institucional, lo cual, fomenta la confianza y la distención durante la reunión. En cuanto al trabajo de la línea comunitaria, es posible destacar la coordinación entre las áreas de educación y salud mental, que se basa en la compresión de que los pacientes del hospital se desenvuelven en otros ambientes significativos como lo es su contexto escolar. Se destaca, además, la disposición de los participantes en ceder el escaso tiempo del cual disponen para este tipo de actividades.

Acta Mesa Tripartita	
Actividad	Reunión Mesa Tripartita
Responsable	Sebastián Segura Molina
Participantes	Asistente Social Unidad Servicio Social Estudiantil CMVM Encargada Programa PIE CMVM Asistente Social Mayores de 15 - Neurología Pediatra encargada de Consultorías APS Estudiante Tesista Trabajo Social UV
Fecha	17 de agosto de 2018
Lugar	Café Boca Chica 10 ½ Norte, Viña del Mar
Hora de inicio-hora de término	08:30 – 11:00
Objetivo	Exponer situación de posible abuso sexual al interior del Liceo Juan Francisco Vergara. Entregar resultados catastro de alumnos PIE y NNA con diagnóstico TEA en Escuelas Especiales. Presentación propuesta Escuela de Líderes Adolescentes

Descripción

Primer Momento:

La reunión inicia a las 08:30 en el Café Boca Chica ubicado en la calle 10 ½ Norte en la Ciudad de Viña del Mar. Se comienza con la lectura del acta anterior, donde es posible ver resultados sobre el diagnóstico realizado por el equipo PIE en NNA con diagnóstico TEA que estén en programa PIE en escuelas regulares y especiales, así como de los NNA que por cupo quedan fuera de PIE.

Segundo Momento:

Se detalla la situación acaecida en el Liceo J. Fco Vergara debido a la reciente toma del establecimiento por una posible situación de abuso sexual por parte de un profesor del establecimiento, situación compleja, ya que el docente se encuentra en sumario

Respecto del diagnóstico TEA, según la encargada del Programa PIE de la CMVM presenta un estado de avance del 50%, frente a lo cual Pamela Vera señala que la idea es que en septiembre esté al 100%, siendo octubre el mes en el que se iniciaría un trabajo conjunto con la Neuróloga del Hospital Yerka Luksic. Se solicita un listado de padres y madres de NNA con diagnóstico de TEA que pertenezcan a algún grupo de padres, ya que la idea es que estudiantes en práctica de Trabajo Social UV constituyan un grupo de padres. Se destaca la necesidad de que este grupo también incluya a las familias que no poseen cupo PIE en los establecimientos educacionales, ya que difícilmente puedan conseguirlo por la entrega de la subvención, entonces, se establece

que se encuentran en una posición de desventaja por la falta de recursos para ser integrados a PIE.

Se detallan situaciones de suicidio en los colegios de la CMVM destacando la del Liceo Violeta Parra, donde una estudiante intentó lanzarse desde un tercer piso en pleno recreo. Situación similar al Liceo Guillermo Rivera Cotapos, donde se visualiza un aumento considerable de las autolesiones en comparación a año 2017, además de 2 intentos de suicidio recientes de 2 adolescentes de entre 16 y 17 años, estando una de ellas embarazada, intentando un aborto casero, y la otra menor se encuentra estable y en atención en el Hospital.

Tercer Momento:

Una vez abordados los puntos en tabla, la Asistente Social Pamela Vera expone la propuesta para constituir una escuela de líderes en las escuelas Violeta Parra, Guillermo Rivera y República de Colombia, con la idea de avanzar en estrategias comunitarias tendientes al abordaje de las elevadas tasas de suicidio adolescente en la región. La premisa es que esta escuela de líderes será dirigida por adolescentes que son o fueron pacientes del hospital, siendo formados como líderes para poder ser un nexo más directo entre el área de educación y salud, donde estos jóvenes serán los encargados de levantar información al equipo psicosocial de los liceos, y estos elevar dicha información a través de las Comisiones Mixtas de los CESFAM Marcos Maldonado y Cienfuegos. Se presenta planificación de las sesiones, así como los respectivos tópicos abordados. Sin embargo, Lorena Calderón Asistente Social de la Unidad de Servicio Social Estudiantil señala que la relación con APS es muy débil, ya que ambas áreas operan por separado, ya que es muy difícil coordinarse con Blanca Quiroz, encargada de Salud Mental de la CMVM, ya que esta no dispone de tiempo para asistir a Mesa Tripartita durante el año 2018.

Acuerdos

Se acuerda la finalización del diagnóstico del listado de pacientes TEA con el equipo PIE de la Corporación Municipal.

Se espera realizar un diagnóstico respecto de la participación en grupos de apoyo de padres y madres de NNA con diagnóstico TEA para constituir grupos de apoyo desde prácticas comunitarias de la Escuela de Trabajo Social UV.

Se acuerda coordinarse con el área de salud mental para estudiar factibilidad de la escuela de líderes, ya que desde educación existe la voluntad de buscar espacios para su realización, otorgando las facilidades de asistencia, quedando la responsabilidad de encontrar un medio de transporte para los participantes.

Observaciones

Se observa un ambiente de trabajo óptimo, ya que los acuerdos de reuniones anteriores se materializan, involucrando a más agentes al trabajo de la Mesa Tripartita, como los

representantes de PIE y el posible trabajo con la Unidad de Neurología del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Al compartir un desayuno, el ambiente es distendido, dejando entrever el trabajo previo de la mesa desde su constitución a la fecha, generando lazos de colaboración entre ambas áreas. Sin embargo, la ausencia de Salud Mental de la CMVM en las reuniones dificulta las gestiones ligadas al trabajo de APS.

Existe una disposición a participar de los procesos de constitución de agentes comunitarios en los establecimientos educacionales de Viña del Mar, mostrando interés del área de educación en el abordaje de las tasas de suicidio, entendiendo esta escuela de líderes como una manera de abordar la salud desde los jóvenes, quienes pueden generar mayor vínculo con sus pares, que el que puedan tener estos con los profesionales de los distintos niveles de salud.

Se reafirma el trabajo en red entre el Área de Educación de la CMVM y la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, permitiendo establecer que la Mesa Tripartita se transforma en un espacio de coordinación efectivo en las temáticas propuestas por los miembros de esta.

Se destaca, además, la disposición de tiempo otorgado por las asistentes, quienes, a pesar de tener mucho trabajo urgente, se destinan el tiempo para asistir con rigurosidad a cada reunión convocada.

6. Transcripción Entrevistas con Fines de Sistematización

6.1. Transcripción Entrevista Asistente Social N°1

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo dentro del programa?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Asistente Social N°1, soy Asistente Social del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, en el cual llevo trabajando desde hace 6 años.

¿Podría relatar a grandes rasgos (nivel profesional y/o personal) su experiencia de trabajo en el programa PMC?

Bueno, inicialmente partimos con el Programa de Apoyo al Trastorno por Déficit Atencional, que se mantuvo hasta el 2016 aproximadamente, y ahí se transformó en lo que hoy día es el PMC. Entonces en los primeros años, en especial en el primero, en el año 2012, el desafío que tuvimos fue crear este programa, porque más que nada era como una orientación y desde ahí nace este modelo separado en tres líneas, con una fuerte línea comunitaria que se ha mantenido hasta ahora. Durante el 2013 y 2014, el desafío consistió en levantar una red comunal que nos ayudara a facilitar el tránsito de los niños en el continuum salud, y ahí nace la Mesa Tripartita; y desde que nace el PMC en el 2016, estos dos años la verdad es que no han sido significativos los cambios ni en la estructura

ni las funciones de este, lo que ha cambiado es el perfil de los usuarios, porque las edades se mantienen. Y la verdad es que, como estructura de programa, ha logrado transformarse desde un programa bien específico, con un diagnóstico específico, a un programa con un perfil más inespecífico, pero dando la misma prestación de carácter integral.

Entonces, ¿Se podría decir que el programa se adecua a la necesidad de sus usuarios?

Efectivamente.

¿Y esto a nivel profesional?, ¿Qué importancia a tenido esta experiencia desde el Trabajo o Servicio Social?

Bueno, desde Trabajo Social yo creo que la mayor importancia ha sido el de relevar el rol terapéutico que tiene la profesión dentro de las unidades de psiquiatría. Entonces como PMC permite de alguna manera diferenciar los tres niveles de intervención que nos enseñan en la Escuela, y que son muy acotados, caso, grupo y comunidad, me ha permitido a mí, en un espacio protegido, poder implementar estrategias bien concretas, bien teóricas, en un campo real. Entonces, tenemos atención de casos, entendiendo a este como el paciente, su familia y la comunidad a la que pertenece, Caso Clínico; el trabajo de grupo, que es lo que hemos ido desarrollando con las Escuelas de Líderes y el trabajo comunitario a través de la Mesa Tripartita y los Multifamiliares que se lograron implementar.

¿Y en cuanto al nivel personal?

La verdad es que es un logro bien personal haber podido participar en la creación de un programa, en un modelo tan innovador como ha sido el PMC, es un orgullo haber trabajado en esto, el ser pionera en algo.

¿Es posible establecer una relación entre su formación de pre y posgrado con su desempeño profesional? ¿Le fue útil esa formación para su rol?

Bueno, la malla que yo tuve en la escuela contemplaba Psicopatología, que la hacía Juanita Bianchetti que es una excelente Trabajadora Social. Yo siempre he pensado que la escuela te entrega las herramientas necesarias, suficientes, y de calidad para poder ejercer en cualquier lugar, yo creo que la escuela de entrega el "manual de cortapalos" para insertarte en cualquier institución. Todo lo demás, viene por añadidura de los propios intereses. Entonces, yo creo que la formación que tuve en la escuela me enseñó a tomar decisiones profesionales adecuadas y acertadas, yo creo que el criterio profesional me lo entregó la escuela, las herramientas para poder innovar dentro de cualquier campo, específicamente en este, también me las entregó la escuela. Ahora, en lo específico de esta área, la profesora que te mencionaba trabajaba en el Hospital del Salvador y nos entregó una visión bien general, pero yo creo que lo que sí fue un gran aporte es el vocabulario, porque cuando yo me inserté por primera vez en un hospital psiquiátrico, en

ese mismo hospital, entendía claramente todos los conceptos a diferencia de lo que me ha pasado con algunos alumnos en práctica que su malla es distinta.

¿Y en relación con la formación de postgrado?

Bueno, los primeros años de trabajo estuve en Psiquiatría Adulto principalmente, entonces a propósito de eso hice dos diplomados, uno en abordaje y tratamiento de hombres que ejercen violencia y otro de abordaje del abuso sexual desde el Psicoanálisis, y esos dos me sirvieron a mí para fortalecer el conocimiento teórico que tenía, ampliar de gran manera el bagaje de conocimientos y fue la base que me permitió, por ejemplo, hoy día haber levantado un modelo como este.

Entonces, ¿Podríamos decir que ambas formaciones sí fueron útiles para su desempeño actual?

Totalmente.

Considerando lo anterior, ¿Podría señalar, a modo de decálogo, las principales funciones desempeñadas por usted en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica?, pueden ser tanto las que se encuentran declaradas desde el papel u otras nuevas.

De las que están establecidas entonces son: Ingreso en dupla médico - social con ambas doctoras; Evaluación Familiar desde el Trabajo Social; Visitas Institucionales; Visitas Domiciliarias; Coordinaciones con la red; Solicitud de Medidas de Protección; Informes de actualización a Tribunal; Asistencia a Audiencias; Colaboración en facilitar la hospitalización de los NNA y sus familiares (eso como en lo más clínico); Participación en Consultorías; Generación y convocatoria de la Mesa Tripartita; Participación en la mesa de la OPD, del Previene, que son como las instancias comunales que existen actualmente; y la Ejecución de la Escuela de Líderes.

Una vez realizado el decálogo de funciones, ¿Cómo evalúa su desempeño en cada una de ellas?

Yo creo que he ido aprendiendo en el tiempo, por supuesto que me he equivocado, pero yo siento que he ido fortaleciendo el rol de Trabajo Social diferenciado de las otras profesiones con las que trabajamos en este equipo multiprofesional, y he logrado delimitar un poco cual es el rol real de un Trabajador Social en un equipo de Salud Mental, yo creo que eso ha sido uno de mis aportes. Por otro lado, también ha sido un aporte para la unidad el trabajo en terreno, de trato directo con las comunidades en las cuales se insertan nuestros usuarios.

En relación con esto mismo, ¿De qué manera, a través de su desempeño ha logrado generar una suerte de influencia en el resto de los profesionales, por ejemplo, puntualizando el caso de los médicos?

Mira, yo creo que una de los principales aportes del Trabajo Social a las otras disciplinas, es entregar el contexto en el cual viven y se desarrollan nuestros usuarios, entonces hay muchas conductas que responden al medio y no a una patología, por ejemplo, nos ha pasado en reiteradas oportunidades que un niño que es sometido a un examen de salud mental, por ejemplo, le preguntan sobre qué es ser doméstico, frente a lo que él responde robar en tu casa, y es considerado como malo, entonces su puntaje en el examen disminuye, pero si tú le pones un contexto en el cual ese niño se desenvuelve, efectivamente ser doméstico el robar en tu casa porque hay una cultura que tiene que ver con las drogas y es lo que él conoce, y eso no es una patología. Entonces, desde ejemplos tan sencillos, yo creo que ponerles un contexto a nuestros usuarios, despatologizamos muchas de sus conductas.

Ahora la pregunta va en forma inversa, ¿De qué manera influyen en Trabajo Social la Medicina y la Psicología?

Yo creo que la mayor influencia es crear una suerte de armonía entre las tres disciplinas, entendiendo que los sujetos son integrales y no parcelados, es decir, el tratamiento farmacológico nos ayuda a ganar tiempo, pero no es el todo, la Psicología nos ayuda a reparar, a trabajar muchas dolencias intrapsíquicas, pero si no modificamos el medio tampoco genera impacto. Yo creo que la armonía que se genera en un plan de tratamiento que considere las tres áreas a permitido que nuestros usuarios se desarrollen de una manera mucho más sana y tengan asimismo una adolescencia con menos dificultades.

¿A través de qué mecanismos se podría potenciar la retroalimentación?

Yo creo que escribirla nos ayudaría mucho más, de hecho, en algún momento nosotros pensamos en hacer un plan de tratamiento individual que pudiese ser revisado por el equipo completo cada tres meses y ver los avances y modificar... Eso fue una buena idea, pero nunca se pudo llevar a cabo, entonces yo creo que, si eso se lograra hacer, ayudaría muchísimo. Otra cosa, yo creo que dedicarle más tiempo a lo importante y no a lo urgente, porque en general en un equipo como este donde tenemos alta demanda de usuarios, a veces nos dedicamos a apagar incendios y se nos olvida que eso no es lo importante, sino que es lo urgente. Y yo creo que además de eso, nos ayudaría mucho, que en algún momento se hizo, es presentar los casos más complejos al equipo completo, donde hay otras especialidades y que permitiría contrastar otras formaciones porque hay personas que tienen más años de experiencia y eso permitiría tener un abordaje distinto porque nos pasa con casos complejos que nos entrampamos, que no logramos ver un solución, y yo creo que más ojos mirando ayuda mucho.

En cuanto a los espacios de retroalimentación en sí, ¿Cómo los evalúa?

Yo creo que siempre el tiempo es poco, y, además, nos falta rigurosidad para cumplir los espacios que ya tenemos, por ejemplo, en las reuniones del programa por lo general no

estamos todos y muchas veces se suspenden, pero es a propósito esta alta demanda, entonces a veces uno piensa que no alcanzo a llegar a la reunión porque cité un paciente.

Es como estar preparados frente a las contingencias que van sucediendo en el día a día...

Efectivamente.

Como corolario de este apartado, ¿Podría identificar a grandes rasgos, las funciones desempeñadas por el resto del equipo PMC?

Bueno, los médicos son los que diagnostican bajo una responsabilidad médico - legal ellos son los que definen qué diagnóstico tiene el usuario; además, ellos son los que proponen e implementan la farmacoterapia. Y además de eso, nuestras médicos, que tienen una formación integral, participan en procesos terapéuticos, que es una de las grandes diferencias.

Los psicólogos que trabajan en el programa también tienen formación distinta, entonces Pamela es Cognitivo - Conductual y ella trabaja mucho más desde la normativa, como entregarles un manual a los padres, y Cristóbal que tiene una formación de Terapia de Familia, él trabaja mucho más con los adolescentes para transar con ellos y sus papás, para transitar de la forma menos conflictiva por esa etapa. Entonces yo creo que, al tener visiones distintas, y que la figura del médico se integra a este proceso terapéutico ha facilitado el tratamiento de los niños.

Para ir cerrando esta entrevista, la siguiente pregunta tiene que ver con el lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente, ¿y de qué manera este programa tributa a este plan nacional?

Yo creo que el plan nacional, en términos bien medulares, nos invita a los equipos a salir del box y fortalecer a las comunidades para que se hagan cargo de la salud mental de sus niños, yo creo que PMC ha tomado este desafío y ha abierto las puertas de los box, permitiendo que la comunidad nos influencie a nosotros desde su saber, desde la riqueza que hay en ella, y ha permitido que nosotros, como equipo clínico, podamos entregarles a ellos herramientas que les sirvan en su cotidianidad.

En este caso, ¿Se asemejaría más a un modelo de COSAM más que de un contexto hospitalario?

Sí, de Psiquiatría Comunitaria.

A la luz de su experiencia en el programa, ¿Podría por favor señalar o comentar las proyecciones del PMC al año 2025?

Yo creo que eso está un poco difícil porque depende también de cómo la unidad en la cual se inserta PMC fije sus objetivos de desarrollo, entonces, la unidad en sí no tiene una

lógica tan de la psiquiatría comunitaria, es más bien de una lógica de psiquiatría clásica, entonces, romper el estereotipo de ese tipo de intervención ha sido difícil para el programa, como validar esta nueva forma de ejercer el Trabajo. Yo creo que, si se logra mantener y validar este tipo de trabajo, yo creo que PMC va a ser un gran aporte y va a seguir adecuándose porque es bien flexible el programa en sí, adecuándose a los cambios de la epidemiología de nuestra población, pero claro, va a depender también de hacia dónde vayan los objetivos de la unidad.

Y en relación con el modelo del programa, ¿Sería posible replicarlo y transformarlo en un referente a nivel nacional?

Yo creo que una de las grandes aportaciones que ha realizado PMC es disminuir las listas de espera, que yo creo que eso cualquier unidad de salud mental quisiera tenerlo. Por otro lado, el PMC tiene una visión mucho más integral, lo que permite una atención distinta y yo creo que eso, como es el espíritu del programa, yo creo que es uno de los objetivos el extrapolarlo, de mostrarlo en otros hospitales, de decir que este modelo resulta, que lleva seis años de implementación... entonces al 2025 ojalá que, por lo menos, los hospitales de nuestra zona lo conocieran.

¿Y por qué no también avanzar en esta lógica de que tal vez a ese año el programa como tal no exista, pero el modelo quede?

Eso sería maravilloso.

6.2. Transcripción Entrevista Psicólogo N°1

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo dentro del programa?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Psicólogo N°1, de profesión Psicólogo, y me desempeño como tal dentro del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica y llevo trabajando en él 5 años.

¿Podría relatar a grandes rasgos (nivel profesional y/o personal) su experiencia de trabajo en el programa PMC?

A nivel profesional este programa ha sido un desafío, porque este programa partió primeramente como un programa orientado al Trastorno por Déficit Atencional con niños que en un momento efectivamente eran TDAH bien puro, pero que luego de un tiempo empezaron a ingresar pacientes mucho más graves, con mayores comorbilidades, situaciones de negligencia, maltrato bien severo, y con el tiempo este programa fue mutando, y eso también implicó que uno como profesional también se tuvo que ir formando y buscando otras estrategias para trabajar con esto niños, porque yo tenía una formación informal con respecto a la terapia, pero el perfil de pacientes que fue ingresando era un perfil de paciente super severo, pacientes que ingresaban con comorbilidades graves, y eso implicó que uno también debió ir "echando mano" a otros modelos, otros recursos

también para ir trabajando con estos casos. Por otro lado, a nivel personal también fue un poco reeditarse en algunos contenidos y manejo que tenía uno.

...Es decir, un proceso de aprendizaje continuo...

Sí, muy continuo, yo creo que eso es lo que me propició el programa, es que desde el Programa TDAH hasta ahora que es PMC, he tenido que "echar mano" a muchas cosas para poder seguir el trabajo.

¿Es posible establecer una relación entre su formación de pre y posgrado con su desempeño profesional? ¿Le fue útil esa formación para su rol?

Yo creo que en este caso, mi formación de pregrado no me sirvió absolutamente de nada, yo creo que las competencias que tengo actualmente son por la formación que tuve después del pregrado. En cuanto a los postgrados, hice un Magister en Psicología Clínica, y también hice un Postítulo en Terapia Familiar, y he tenido cursos de formación constante de uno o dos días en módulos de trabajo, orientaciones, entre otras, pero en general son cosas más bien acotadas, que un poco se adjuntan al "paraguas grande" de contenidos que tengo.

Entonces, en este sentido, ¿La mayor utilidad se encuentra en la formación de postgrado?

Sí.

Considerando lo anterior, ¿Podría señalar, a modo de decálogo, las principales funciones desempeñadas por usted en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica?

Voy a nombrar las de ahora, porque son de las que más me acuerdo. Las funciones actuales del Psicólogo PMC es realizar terapia; trabajo terapéutico - psicológico con los pacientes del programa; algunas coordinaciones, pero yo creo que lo fundamental es el trabajo terapéutico con los niños y sus familias; también evaluaciones psicodiagnósticas.

¿Y alguna otra función que quede fuera de esto, como las administrativas?

Llenar las fichas, cartolas, estadísticas, en fin, el papeleo, pero en lo central como Psicólogo, el trabajo terapéutico.

Una vez realizado el decálogo de funciones, ¿Cómo evalúa su desempeño en cada una de ellas?

Difícil, porque yo creo que uno siempre trata de hacerlo lo mejor posible dentro de las limitaciones de uno como ser humano y de los propios pacientes que llegan aquí, que yo creo que eso uno lo empieza a sopesar con el paso del tiempo, de que al final los cambios que uno intenciona son bien mínimos, en esta población, en pacientes que tienen un relativo desarrollo sano, una terapia produce el impacto más grande, pero en el perfil de

pacientes que tenemos nosotros, donde ya hay casi un daño instaurado, yo creo que un acompañamiento, un apoyo y cambios a nivel micro, que al sumarse tal vez generan un cambio más grande, pero yo creo que es un cambio modesto.

Y dentro de estas funciones, ¿Qué rol juegan las habilidades blandas de uno como profesional?

Yo creo que aquí te las juegas todas con las habilidades blandas, porque de partida el paciente hospitalario, de CESFAM es bien paciente, o sea no viene solo, viene porque lo obligaron, porque le dijeron, porque alguien le dijo que le iba a servir, pero no es un paciente movilizado por algo interno, ya que comúnmente son eventos externos los que lo movilizan a, y ahí uno tiene un paciente que muchas veces no está dispuesto a hacer un cambio, es como invitado a una fiesta a la cual no quería ir.

En cuanto a las otras profesiones presentes en el PMC, ¿De qué forma dichas profesiones (Medicina, Trabajo Social) le permiten generar una retroalimentación o un enriquecimiento de su propia intervención? Si su respuesta es no, ¿Qué opinión le merece la posibilidad de retroalimentarse con sus compañeros de trabajo?

Yo creo que son fundamentales, de hecho, creo que debería haber más profesionales en nuestro programa, porque uno apunta a varios flancos del mismo paciente, pero las intervenciones que hacen los otros profesionales de una u otra manera se complementa. Sería impensable trabajar, sabiendo el perfil de pacientes que tenemos, como un solo Psicólogo con los pacientes, ahí si que el cambio sería cero, pero que el Asistente Social haga todo el engranaje con las coordinaciones, orientaciones, etcétera; el Médico viendo el tema farmacológico; nosotros lo terapéutico, es mucho más potente la intervención que si cada uno fuese por su lado.

Ya que existe esta retroalimentación, ¿De qué manera se la podría potenciarla o mejorar los canales de comunicación?

Yo creo que en lo que siempre topamos es en los tiempos, porque, para que las intervenciones sean más potentes y fructíferas, lo que se debería realizar es el poder reunirnos a hablar del paciente, dejarnos, no sé, un tiempo "x" a la semana para hablar de los pacientes y las intervenciones que estamos haciendo, de cómo está evolucionando el paciente, y eso comúnmente no lo hacemos, así que esa retroalimentación como equipo no la tenemos mucho.

¿Y de qué manera se podrían optimizar esos breves momentos de reunión?

Yo creo que aprovechando el tiempo lo más posible, porque yo encuentro que no hay otra forma de coordinar un caso que no sea presencial, no creo que se pueda hacer vía correo o WhatsApp, no, tiene que estar el trabajo in situ.

Volviendo al tema anterior, ¿Podría identificar a grandes rasgos, las funciones desempeñadas por el resto del equipo PMC?

Bueno, el Médico es el que fundamentalmente lleva el equipo, el que comanda en los casos, realiza la terapia farmacológica, educación en algunos casos, pero yo creo que el principal es de comandar un poco los casos, porque, en definitiva, nosotros apoyamos técnicamente al Médico.

¿Y en el caso de la Asistente Social?

Es como el ente que está más en coordinación con el mundo externo, con las instituciones, colegios, otros dispositivos de salud... Yo creo ese es como el gran plus del Asistente Social, el poder coordinar con los equipos externos, porque uno está más metido en el box, entonces este profesional tiene la capacidad de salir, de ir a la casa, al colegio, realizar la socioeducación en el colegio.

¿Sería como incorporar información desde el ambiente externo?

Sí, exactamente.

A raíz del lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2018-2025 ¿Podría señalar mediante que estrategias este modelo se ve, o de lo contrario, no se ve reflejado en el PMC?

Me vas a perdonar, pero el último plan no lo he visto para nada, te podría hablar del anterior que colocaba el tema de la Psiquiatría Comunitaria y en eso algo leí.

A la luz de su experiencia en el programa, ¿Podría por favor señalar o comentar las proyecciones del PMC al año 2025?

Mira, nunca me he puesto a ver el programa en su totalidad, parece que he estado un poco encapsulado en mi labor últimamente. Yo creo que el modelo que tenemos es un modelo que ha nacido de acá, que tal vez no es una invención de la pólvora ni nada, pero yo creo que tiene sus particularidades que le dan una distinción, yo creo que tiene un plus de ser algo único que se hace acá. Yo creo que podría ser un modelo replicable en otras instancias, yo creo que eso es lo interesante de este modelo, que se ha ido construyendo y reconstruyendo con cosas concretas, no es un programa abstracto, sino que tiene cosas puntuales que se realizan. Yo creo que si este modelo fuese de APS tendría harta utilidad.

Entonces, ¿Podríamos decir que, de aquí a ese año, este programa tenía la posibilidad de ser un referente a nivel nacional?

Es que como siempre este programa ha mutado, yo creo que tal vez pueda seguir, pero yo me traslado a cinco años atrás, y este programa era otra cosa, y tal vez en cinco años más va a ser otra cosa.

6.3. Transcripción Entrevista Psicóloga N°2

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo dentro del programa?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Psicóloga N°2, soy Psicóloga y me desempeño como Psicóloga del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica hace 5 años.

¿Podría relatar a grandes rasgos (nivel profesional y/o personal) su experiencia de trabajo en el programa PMC?

Bastante buena porque partió sin tener una base o estructura muy clara, pero con los integrantes del equipo pudimos organizarnos muy bien y eso hizo que tuviéramos muy buenos resultados, así que la experiencia ha sido muy buena, pasa el tiempo y uno se va conociendo, entonces va entendiendo de alguna forma el trabajo del otro, conociendo en el fondo en qué se maneja mejor cada profesional y la verdad es que nos complementamos tanto en lo profesional como en lo personal.

Entonces, ¿partiendo desde la indefinición del programa hacia un conocimiento afianzado?

Sí.

¿Es posible establecer una relación entre su formación de pre y posgrado con su desempeño profesional? ¿Le fue útil esa formación para su rol?

No, ninguna, creo que nada desde el pregrado me sirvió o me ha ayudado en este proceso de la construcción del programa.

En cuanto a la formación de postgrado, hice la especialidad de Psicoterapia Cognitivo - Conductual, donde hacíamos revisión de casos, muchas más herramientas de manejo.

¿Considera importante que desde la formación de pregrado se prepare de mejor manera a los profesionales?

Definitivamente, porque por lo menos yo no lo recuerdo y si es que pasó no lo recuerdo, pero yo creo que es fundamental quizás hacer más prácticas, pero no con el tema de los casos, yo creo que tiene que ver con un tema de experiencia, en mi caso, antes de llegar acá yo ya llevaba 14 años haciendo Psicoterapia, entonces en ese sentido no, o sea en cuestiones técnicas, de saber del área social, para que sirve tal programa, actualizarse en lo que están haciendo las políticas de Gobierno, de eso yo creo que falta.

¿Faltaría superar un poco la visión de la Psicología Clínica más clásica?

Claro, de todas maneras.

Considerando lo anterior, ¿Podría señalar, a modo de decálogo, las principales funciones desempeñadas por usted en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica?

Bueno, la atención clínica de niños, adolescentes y familias, la psicoterapia, orientación y apoyo en distintos ámbitos, en el caso de los papás, entrega de herramientas para el manejo y estilos de crianza saludable. Además de eso, trabajo administrativo que tiene que ver con el registro e ingreso de interconsultas, que yo hago las de todo el programa. Esas dos funciones son las principales.

¿Y en cuanto a la gestión?

No, yo creo que es de la Asistente Social.

Una vez realizado el decálogo de funciones, ¿Cómo evalúa su desempeño en cada una de ellas?

En cuanto a lo administrativo no creo que se pueda mejorar, porque es tan básico como llenar un Excel. En lo clínico obviamente sí, siempre se va aprendiendo y mejorando, pero yo creo que ha sido una experiencia de aprendizaje, en algunos momentos "a golpes" pero que ahora yo siento que está muy consolidado, así que ojalá que siga como PMC.

En cuanto a las otras profesiones presentes en el PMC, ¿De qué forma dichas profesiones (Medicina, Trabajo Social) le permiten generar una retroalimentación o un enriquecimiento de su propia intervención? Si su respuesta es no, ¿Qué opinión le merece la posibilidad de retroalimentarse con sus compañeros de trabajo?

Yo creo que con la Asistente Social hablamos sobre los casos, y es super necesario, imprescindible. En el caso de las Doctoras también, pero a veces no es necesario una reunión, pero el trabajo en conjunto es muy importante, no puedo estar haciendo algo sin que la doctora sepa y viceversa, y en el caso de lo social, yo creo que no hay ningún caso que no sea social en PMC.

¿Y en el caso inverso?

yo creo que obviamente, espero que sea positivo e importante, o sea, sobre todo en el caso de la farmacoterapia y las intervenciones que hace el médico, es importante tener la visión del Psicólogo, porque el Médico independientemente de que trabaje todos los días con pacientes es médico, entonces de repente alguna intervención que podemos conversarla puede ser muy positiva para el paciente, como también lo contrario.

Entonces, ¿Qué opinión le merece esta retroalimentación o sinergia que se produce entre los profesionales?

Yo creo que es fundamental, porque el abordaje tiene que ser integral, porque los seres humanos (puede sonar cliché) somos mucho más que las partes, por tanto, es necesario

para poder llegar al bienestar de la salud mental, es necesario abordar la parte médica, la parte social, el cómo se reintegra una persona, un niño al ambiente escolar, a su casa.

¿Sería entender al sujeto desde una esfera biopsicosocial?

Sí, de todas maneras, no creo que a estas alturas se pueda ver a una persona desde un prisma tan reduccionista.

¿A través de qué mecanismos se podría potenciar la retroalimentación?

Yo creo que, con reuniones, no sé si a eso se refiere, pero eso es tiempo, y el tiempo es muy escaso acá. Yo inventé un drive del PMC donde están todos los casos con los profesionales y cuando ingresan. Aparte hice una celda para cuando uno tenga una consulta urgente, el médico puede entrar, revisar y si hay algo que tenga que ver con él, pueda responder. Ahora, el tema es que tienen que entrar (risas), pero, por ejemplo, si alguien dice "oye Juanito Pérez, pucha parece que la Pamela lo está viendo", entonces él busca en Excel donde sale mi pestaña con todos mis pacientes, ve si está y si hay alguna novedad respecto de ese paciente. A mí me parece bien, en especial cuando es algo crítico, por ejemplo, y puse la otra vez un paciente, se hacen 5 rescates y a los 5 no aparece, entonces yo espero que la Asistente Social o Médico se den cuenta y hagan de nuevo el ingreso, etc.

¿Podría identificar a grandes rasgos, las funciones desempeñadas por el resto del equipo PMC?

Los Médicos hacen el ingreso de los pacientes y determinar qué tipo de tratamiento que requieren, y llevar el tratamiento farmacológico. Por otro lado, la Asistente Social también está en los ingresos, y ahí ella evalúa la situación, si es necesario, por ejemplo, otra entrevista con los pacientes para evaluar la situación social, además de ver la red de apoyo, buscarla si es que no hay, si en necesario judicializar, y el seguimiento, la coordinación que hace con los otros programas en los cuales el paciente está o estarán con el paciente y los colegios.

¿Y en cuanto al rol de Trabajo Social en el área de gestión?

Yo creo que ahí todo el peso lo lleva la Asistente Social, para mí es fundamental, ahora, yo no sé si fuese otra Asistente Social, Pamela Vera como Asistente Social, porque es muy movida, resolutiva y eficiente.

A raíz del lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2018-2025 ¿Podría señalar mediante que estrategias este modelo se ve, o de lo contrario, no se ve reflejado en el PMC?

Yo creo que lo que ha hecho la Pamela con Cristóbal en salir a la comunidad a hacer talleres, no recuerdo bien el nombre, intervenciones en los colegios, formación de líderes, entre otros. En cuanto a lo psicológico, yo siento que se queda corto.

Yo creo que ellos tuvieron muy buenos resultados con esto, pero siento que a PMC le falta.

¿Y desde la Psicología cuál sería el aporte a esta visión comunitaria de la salud mental?

Yo creo que sería algo similar a la lógica de los talleres, por ejemplo, a padres como líderes, para que ellos vayan formando a otros, que se pueda compartir la experiencia de distintos trastornos, cómo se viven esas situaciones, por ejemplo, en el tema vincular que creo que es un área que APS pasa por alto y lo vemos acá, porque llegan niños con dificultades por trastornos del vínculo que son impresionantes, y uno dice cómo se les ha pasado por alto, entonces yo creo que ahí se podría hacer mucho, desde la diada, desde muy temprano, para evitar, entre otras cosas, la cronificación de los trastornos.

A la luz de su experiencia en el programa, ¿Podría por favor señalar o comentar las proyecciones del PMC al año 2025?

Yo veo un poco inestable al PMC, no por el programa en sí, sino porque la unidad en general sufre cambios repentinos, entonces la verdad es que me cuesta proyectarme en ese tiempo, yo creo que si tuviésemos la seguridad ayudaría para empezar a hacer estrategias y planificar otro tipo de intervenciones y abordajes, pero la verdad es que me cuesta imaginarme que esto se pueda exteriorizar, osea, fabuloso sería porque ya llevamos mucho tiempo con poco ensayo y error si, pero ya estamos consolidados, somos ordenados, conocemos nuestras propias fortalezas y debilidades tanto de personales como equipo, entonces, a mí me gustaría que siguiese funcionando así, pero cuesta imaginarse con una unidad que sufre cambios constantes y repentinos.

¿Y en una situación ideal?

Yo creo que PMC en unos años más podría ser un programa que se pudiese instalar en otro lugar más como un referente.

6.4. Transcripción Entrevista Médico N°1

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo dentro del programa?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Médico N°1, soy Médico Cirujano titulada de la Universidad de Valparaíso, posterior a eso me he dedicado a trabajar durante 9 años en Atención Primaria y los otros tres años y medio los llevo trabajando en nivel secundario, de esos tres años y medio, dos años llevo trabajando acá en el Programa de Psiquiatría Infanto Juvenil acá en el CAE, mi cargo es el de Médico de 22 horas en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica.

¿Podría relatar a grandes rasgos (nivel profesional y/o personal) su experiencia de trabajo en el programa PMC?

Llevo acá trabajando, en parte, gracias a mi bagaje de 9 años de trabajo en APS en lo que es salud mental, primero con adultos, y luego con niños. Estuve a cargo del programa de salud mental en el CESFAM Marcos Maldonado, entonces gracias a esa experiencia yo pude llegar acá, que ya conocía al equipo a través de las consultorías que se hacían mensuales, y el modelo que teníamos en el consultorio se parecía un poco a lo que se instauró como PMC, que es trabajar en conjunto en una misma intervención con otros profesionales, dígase Médico, Psicólogo, Asistente Social, o la sumatoria de estos. Ha sido una muy buena experiencia, creo que ha llenado mis expectativas como Médico, bueno, aunque aún no tengo la especialidad de Psiquiatría, por lo tanto, si ha sido una muy buena experiencia y yo creo que estando inserto en un centro de especialistas te permite trabajar y ampliar mucho más el conocimiento y poder aportar en las falencias.

¿Es posible establecer una relación entre su formación de pre y posgrado con su desempeño profesional? ¿Le fue útil esa formación para su rol?

Mi formación de pregrado, yo me recibí el 2005, por lo tanto, eso fue hace harto tiempo, y el pregrado en salud mental era bastante pobre, sólo teníamos Psiquiatría de Adulto, que se llevaba a cabo en el Hospital Salvador, es decir, no tuve un encuentro con la Psiquiatría o la salud mental Infanto - juvenil, por lo tanto, yo diría que mi experiencia en pregrado no me ha significado un gran aporte a lo que estoy haciendo ahora, en verdad lo he ido aprendiendo después con el tiempo. En relación con mi formación de postgrado, yo hice mi Beca de Medicina Familiar, no completé el examen de grado por lo cual no obtuve el título por otras razones, sin embargo, la formación la tuve. Te podría decir que la Medicina Familiar se divide en ciertas áreas de adulto y niño, y en esta última sí pude tener un mayor acercamiento con los Pediatras, Neurólogos y algunos Psiquiatras Infanto - Juveniles, así que yo diría que el postgrado es bastante más específico y es lo que me ha ayudado en mi trabajo actual.

Entonces, a modo de resumen, ¿Esa formación de postgrado le ha sido útil para su trabajo actual?

Por supuesto, porque como yo tuve la formación de médico de familia, si bien no obtuve el título, sí tuve la formación del médico de APS, que va mirando de una manera integrada y ecológica de las familias en el fondo.

Considerando lo anterior, ¿Podría señalar, a modo de decálogo, las principales funciones desempeñadas por usted en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica?

Las principales funciones que yo desempeño acá en el programa son básicamente es completar las 44 horas médicas, que se dividen entre dos médicos para poder atender todos los días a los pacientes; tengo el rol de hacer los ingresos; recibir a las familias en conjunto con la Asistente Social; evaluar el caso, si es posible hacer una aproximación

diagnóstica; confirmar diagnósticos, porque a veces vienen de Tribunales, PPF o PIE, o desde APS. Yo creo que una de las funciones principales funciones que desempeño acá también es conectarme con las redes que se estén relacionando con los usuarios, porque yo en lo personal bastante relación con los colegios, con los PIE, me gusta trabajar harto con el equipo social que yo creo que eso es muy importante, y lo otro, yo creo que dentro de los que permite la carga horaria es hacer educación a las escuelas, a los FAE.

¿Y al final esas son instancias que, si bien no están declaradas expresamente en las funciones del médico?

Efectivamente nosotros habíamos visto que PMC tenía también una línea de trabajo con la red, entonces, yo creo que es muy importante para la red ver la presencia del médico, no como algo tan inalcanzable, sino que alguien que puede hacerse presente. Yo creo que, si somos una red, debemos funcionar como tal.

Bueno, siguiendo con mis funciones, yo creo que el acompañamiento a las familias, harta consejería, tratar de despejar si existiesen situaciones que requieran ser atendidas en los padres, o en los consultorios, o en el nivel de especialidad vigilar que la atención sea integral.

Una vez realizado el decálogo de funciones, ¿Cómo evalúa su desempeño en cada una de ellas?

Yo creo que tengo hartas habilidades blandas como para trabajar con las familias, tengo la capacidad del Médico de Familia de mirar de manera integrada al niño o niña en su medio, entendiendo que no es sólo el niño el problema, sino que es el síntoma de algunas dificultades de la familia, o bien, que para apoyar a ese niño hay que buscar factores protectores que tenga cada familia.

¿Eso también vendría a romper el esquema del Médico General que tiene que situarse desde fuera del caso para protegerse a si mismo?

Por supuesto, yo creo que mis habilidades y mi capacidad para trabajar en equipo, me gusta mucho, creo que el equipo psicosocial a través de mi vida ha sido una formación super importante porque todo lo que es red lo he aprendido a través del trabajo con mis compañeros de Servicio Social o Trabajo Social. Entonces yo al principio no conocía las redes de infancia y a través del trabajo permanente he podido manejarme en los programas, a qué nivel apuntan. Dentro de mis indicaciones médicas ya puedo yo misma manejar, por ejemplo, puedo decir que este niño puede ser beneficiado con la intervención de otra entidad, entonces puedo pedir que ingrese a un PPF o PIE, o algún otro tipo de dispositivo reparatorio de mayor complejidad.

En cuanto a las otras profesiones presentes en el PMC, ¿De qué forma dichas profesiones (Trabajo Social, Psicología) le permiten generar una retroalimentación o un enriquecimiento de su propia intervención? Si su respuesta es no, ¿Qué

opinión le merece la posibilidad de retroalimentarse con sus compañeros de trabajo?

A ver yo creo que sería interesante poder rescatar las profesiones que ya no figuran, como la del Psicopedagogo y Terapeuta Ocupacional, sería una muy buena posibilidad de que pudiéramos volver a contar con ellos, porque muchos de los niños que llegan acá vienen diagnosticados o subdiagnosticados o sobrediagnosticados de algunas cosas, y en el fondo igual traen de base trastornos de otro tipo, bueno, y obviamente las veces que he tenido la posibilidad, en especial al primer año, de trabajar más con el T.O y la Psicopedagoga por supuesto que la intervención era mucho más fácil y mucho más enriquecedora. Creo que sería bueno tener la posibilidad de retroalimentación con ellos.

¿Y respecto a Trabajo Social y Psicología?

Yo creo que es una cosa vital, no puede llevarse a cabo la Medicina si en este caso, en salud mental, si uno no trabaja de la mano con la dupla psicosocial. Desde lo psicológico, por supuesto que todo está basado, o la mayoría de las cosas están basadas en la terapia familiar que pueda hacer Cristóbal o Pamela. Yo creo que con los psicólogos podemos retroalimentarnos a través de los mismos ingresos o atenciones en dupla, permite alinear bastante el plan de tratamiento individual del paciente, ellos también se pueden vincular con las redes, y bueno, nada sería la intervención médica en hacer un diagnóstico, el entregar un medicamento si uno no se acompañara del trabajo que se hace con las familias a través de la Psicoterapia. Ahora, desde Servicio Social, creo que por la gran complejidad de los casos que manejamos, todo está involucrado, lo social, con aspectos de la familia, en los colegios, en las redes, decir, los niños están insertos dentro de dispositivos de intervención, entonces, si no estuviera ese eslabón de Servicio Social no se podría hacer nada, porque no tendríamos ninguna noción de las demás entidades intervinientes.

¿Entendiendo que PMC no interviene el caso clínico por sí solo? ¿sino que además tiene que ver con la presencia de comorbilidades psicosociales?

Por supuesto, nos damos cuenta que en el fondo el niño no solo es un diagnóstico, sino que son factores protectores y de riesgo que están influyendo en su condición, que igual puede tener una condición orgánica de base como un TDAH o un TEA, una Depresión. Sin embargo, esos se ven modificados para bien o para mal, por el ambiente en el que está inserto el usuario.

¿Podría decir que es la influencia que poseen los Determinantes Sociales?

Por supuesto, no se puede desconocer eso.

Yo creo que para potenciar la retroalimentación nos falta tiempo para reuniones de equipo, no sé si coincido con Carla, pero yo creo que la carga horaria hace todo más difícil, y hablando de eso, se necesitan espacios para compartir con otros colegas médicos, en

algún momento tuvimos reuniones de estamento donde estábamos puros médicos, y eso se ha perdido un poco, en gran medida por la serie de modificaciones de la estructura, pero creo que también es importante cuando yo con Carla nos juntábamos y compartíamos casos, despejar diagnósticos, o por ejemplo, cuando se incorporó el Psiquiatra, el Doctor Pizarro a PMC, por supuesto que ha sido un gran aporte porque él nos puede ayudar cuando hay un diagnóstico de mayor complejidad, algunas modificaciones farmacológicas... Nos falta tiempo para reunirnos más, tener horarios establecidos y protegidos para reuniones, que a veces se diluye por factores externos.

A raíz del lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2018-2025 ¿Podría señalar mediante que estrategias este modelo se ve, o de lo contrario, no se ve reflejado en el PMC?

Yo creo que el mismo hecho de que el plan se incorpore a lo que es el plan de salud familiar y comunitario de APS, está bajo este paradigma de acercar la especialidad o acercar la salud a la comunidad, entonces que haya un flujo más expedito, con continuidad de cuidado entre los niveles secundario y primario de atención. Entonces creo que básicamente PMC podría ser un eslabón que ayude a edificar el paso desde APS hasta acá, porque actualmente PMC como es amplio en cuanto a las patologías que atiende, la mayoría de los niños derivados desde atención primaria llegan a este programa, porque lo otro es Mayores de 15, que básicamente se preocupa de las depresiones de mayores de 15 años, con intentos suicidas, con ese tipo de patologías, o la esquizofrenia que debe ser abordada porque es AUGE o GES, entonces, en el fondo, PMC logra acoger más esa necesidad, entonces yo creo que el programa permite un acercamiento. Yo creo que PMC es una muy buena estrategia para eso.

La última pregunta, a la luz de su experiencia en el programa, ¿Podría por favor señalar o comentar las proyecciones del PMC al año 2025?

Yo creo que PMC se podría replicar en APS, haciendo participar a los médicos que quisieran especializarse más en la atención de una población Infanto - juvenil. Es difícil proyectarse con PMC en un nivel intrahospitalario, porque como es tanta la complejidad, nos dimos cuenta que PMC está lleno de patologías muy complejas, entonces, esto de la "mediana complejidad" a veces se desdibuja el límite, porque no hay tal cosa, si están acá son de alta complejidad, sin embargo, creo que es un modelo que sí se puede replicar dentro de atención primaria y secundaria para descongestionar un poco la falencia de especialistas que hay, porque se puede trabajar con un especialista y los otros en formación.

Entonces, ¿Podríamos decir el PMC, de aquí al 2025, podría configurarse como un referente a nivel nacional de abordaje de la salud mental?

Sí, de manera ambiciosa lo proyecto así, sobre todo replicarlo en atención primaria. Yo creo que esto de trabajar de manera interdisciplinaria, biopsicosocial es como la "bandera de lucha" que puede tener este tipo de modelo, porque lo puedes hacer a nivel primario y a nivel secundario. Entonces, si en el nivel primario, por ejemplo, hay un equipo que está configurado, que ya está consolidado, hay mayores fines de trabajar con el equipo de atención secundaria, se pueden hacer estos proyectos de traspasar los medicamentos, que haya gente en atención primaria que los pueda manejar, y que podría ser una mediana complejidad psiquiátrica por así decirlo, dentro de los mismos consultorios, que a lo mejor, los colegas que no tienen tanta formación puedan ver las cosas más fáciles, después pasar a una segunda instancia con alguien que tenga un poco más de formación, y recién ahí, traspasarlo, si es necesario, a atención secundaria.

¿Es muy predominante la figura del hospital en las consultorías? ya que el filtro para la derivación se hace en este espacio...

Yo creo que eso ya debería estar filtrado, o lo otro, por ejemplo, yo he estado pensando y nos dimos cuenta con Pamela Vera que en Limache y en Olmué, prácticamente no hay ciertos fármacos, no hay una cosa tan consolidada en lo que es salud mental Infanto - juvenil, entonces nosotros queríamos derivar un paciente nuestro, y nos decían que no, que tenía que irse al Hospital de Quillota, siendo que es un paciente de Limache, entonces, por qué no instalar un PMC en el Hospital de Limache, en donde no necesariamente tengas que tener tantos Psiquiatras, sino que con 11 horas de Psiquiatra y el resto pudiese descansar en médicos generales o de familia, lo mismo en Olmué. Son sitios que, si bien no son tan rurales, igual están alejados ponte tú para las personas de Limache para acá es muy complejo, mismo caso de Quillota, entonces muchas veces a la gente le sale más fácil tomar el metro de Limache y venirse a Viña, que ir de Limache a Quillota, que no hay metro, entonces también tiene que ver con cómo uno se acerca a la comunidad y cómo acercar la salud mental a esta, no sacándola, en el fondo rompiendo este paradigma de estar en el hospital, o sea de que la salud mental tiene que estar en un psiquiátrico.

Yo creo, además, que PMC se podría replicar, por ejemplo, si en Limache hubiera un PMC, se podrían tener conversatorios o supervisión de casos desde el equipo PMC con el equipo de Viña o de Quillota. Si es así yo pienso que los chicos de Limache no tendrían que viajar hasta acá o hasta Quillota, podrían mantenerse ahí.

6.5. Transcripción Entrevista Médico N°2

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo dentro del programa?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Médico N°2, soy Médico General y mi cargo es de Médico del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica, del cual también actúo como coordinadora de programa. Llevo 4 años trabajando en él.

¿Llegó cuando el programa ya existía?

Sí, estaba iniciándose, llevaba como un año de ejecución.

¿Podría relatar a grandes rasgos (nivel profesional y/o personal) su experiencia de trabajo en el programa PMC?

En términos profesionales ha sido un trabajo enriquecedor, porque me ha permitido a mí ir formándome en lo que es el ámbito de la salud mental Infanto - juvenil, y me ha dado también herramientas para poder seguir perfeccionándome a nivel personal con la temática. Por otro lado, a nivel personal es muy gratificante porque ha sido un programa que ha ido creciendo a medida que hemos ido avanzando en tiempo que hemos tratado de ir perfeccionando en términos de poder mantener protocolos, de ir sistematizando el trabajo que estamos tratando de realizar.

Y de cierta medida, cómo, por ejemplo, el tema de que un médico vaya a Tribunales...

Claro, porque cambia mucho con relación a lo que es el trabajo de medicina general en otros lugares.

¿Es posible establecer una relación entre su formación de pre y posgrado con su desempeño profesional? ¿Le fue útil esa formación para su rol?

A ver, yo creo que a nivel de pregrado tenemos muy poca formación en Psiquiatría Infanto - Adolescente, tenemos, por lo menos en mi caso, un módulo de Psiquiatría Infanto-Adolescente en la Cátedra de Pediatría, en el Internado. Además de una formación en Psiquiatría General como en Tercer Año, pero nada más.

En este sentido, ¿Le fue útil esta breve formación?

Yo creo que fue útil dentro de lo posible, porque en el fondo fue muy poco, entonces eran cosas más expositivas y todo. Ahora eso se está cambiando porque los alumnos tienen internados electivos donde ellos pueden hacer una pasantía un poco mayor en la parte Infanto - Juvenil.

En cuanto al postgrado, es como de varios ámbitos, yo he hecho postgrado de Magíster en Neurociencia, entonces eso es más bien de la ciencia con respecto a la Psiquiatría general. Después, en los Diplomados más específicos, que han sido de temáticas de Salud Integral del Adolescente y de Psicopatología Infanto - Juvenil, entonces eso me fue acercando al trabajo que se realiza acá en la Unidad.

Entonces, de algún modo, ¿El Magister tiene que ver con una perspectiva más clínica?

Científica diría yo, de entender a nivel de neurociencia con respecto al funcionamiento del cerebro y las diferentes patologías, y en la temática de los Diplomados es más clínico.

¿Más centrado en la Perspectiva Psicosocial?

Exactamente.

Considerando lo anterior, ¿Podría señalar, a modo de decálogo, las principales funciones desempeñadas por usted en el Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica?

Yo creo que, como primera cosa, la función del Médico es la de visar las interconsultas que llegan dentro de nuestro programa; otorgar los criterios de gravedad y priorizar esas interconsultas; hacer una evaluación inicial tanto médica como psicosocial en un ingreso en dupla con Asistente Social; inicio de tratamiento farmacológico o evaluar su necesidad de esta o de psicoterapia.

En esta óptica, ¿La primera función tiene que ver con ser la "puerta de entrada" al programa?

Exactamente, y, además, como médicos participamos en las Consultorías en los Consultorios de la comuna, también para poder ser el nexo entre el consultorio y el nivel secundario.

Una vez realizado el decálogo de funciones, ¿Cómo evalúa su desempeño en cada una de ellas?

Yo creo que dentro de las funciones que nosotros realizamos como médicos, hay algunas que, por ejemplo, al inicio del programa uno no tiene los conocimientos que debiera tener, por ejemplo, en temas de coordinación, de lo administrativo que tiene que ver con el inicio de un programa, que eso es que uno tiene que estar capacitándose para poder, efectivamente, trabajar en esos aspectos. En lo segundo, ya como médico y clínico, yo creo que siempre hay que estar mejorando y siempre hay que estar actualizándose frente a la formación, sobre todo en el aspecto en el que uno no tiene una especialidad oficializada con papeles y cartón, entonces requieres estar formándote constantemente para poder entregar una mejor intervención en el ámbito de la psiquiatría Infanto - adolescente.

En cuanto a las otras profesiones presentes en el PMC, ¿De qué forma dichas profesiones (Trabajo Social, Psicología) le permiten generar una retroalimentación o un enriquecimiento de su propia intervención? Si su respuesta es no, ¿Qué opinión le merece la posibilidad de retroalimentarse con sus compañeros de trabajo?

Yo creo que es vital, porque necesitamos siempre el apoyo de los Asistentes Sociales para conocer qué es lo que está pasando tanto a nivel de redes, ya sea macro y también micro, con el paciente específico, para poder saber cómo está en el colegio, cómo están en la casa, qué intervenciones se han hecho previamente, qué intervenciones podemos

hacer a posteriori, la evaluación que pueda hacer la Asistente Social con respecto a la familia... Son vitales, porque dentro de la Salud Mental Infantil, es vital la parte social. Dentro de lo psicológico también, eso es ya a nivel global en la psiquiatría que un tratamiento farmacológico no es nada si no tiene una psicoterapia adecuada.

En este caso, ¿La presencia de la Asistente Social es una función innovadora dentro del contexto de Salud Mental?

Aunque yo creo que el tema de Asistente Social en cualquier equipo de Salud Mental es un actor principal dentro de lo que es la atención.

¿Y a través de qué mecanismos se podría potenciar la retroalimentación?

Yo creo que, en el caso de nosotros, es la protección de los horarios de reunión, yo creo que en ese sentido uno siempre está resolviendo temáticas diferentes, porque también hacemos trabajo en otros equipos también, entonces uno siempre está al debe con la atenciones y de repente deja de privilegiar las reuniones en equipo que yo creo que son vitales para poder mantener esa retroalimentación

Entonces, ¿Podría decir que lo urgente, muchas veces, supera a lo importante?

Exactamente.

¿Podría identificar a grandes rasgos, las funciones desempeñadas por el resto del equipo PMC?

Yo creo que, en términos de Asistente Social, la gestión de las redes, es decir, poder tener el conocimiento para todos nosotros tanto a nivel macro como micro, o sea el poder comunicarse con los diferentes actores que están actuando en un mismo caso, tanto a nivel de CESFAM como de colegios; y las evaluaciones sociales, que son indispensables para nosotros para poder efectivamente conocer en profundidad lo que está pasando en la casa de estos chicos. En lo que respecta al Psicólogo, también poder dar una visión diferente con respecto a lo que nosotros podemos ver, porque nosotros podemos citar a los pacientes en un ámbito médico, entonces los citamos cada uno o dos meses, entonces todo lo que aporte la psicoterapia o la sintomatología que puede ir apareciendo entre medio de nuestros controles es muy importante.

A raíz del lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2018-2025 ¿Podría señalar mediante que estrategias este modelo se ve, o de lo contrario, no se ve reflejado en el PMC?

Yo creo que tiene mucho que ver con lo que nosotros estamos realizando en el PMC, que tiene que ver, por una parte, efectivamente estamos insertos en un Hospital de Alta Complejidad que tiene que ver con un nivel secundario, pero la modalidad de trabajo tiene que ver con una acción mucho más comunitaria en relación con el trabajo en conjunto con las redes, al trabajo grupal, de gestión con talleres... Entonces, en esa línea, yo creo que

el programa tiene que ver mucho con eso, con acercarnos más hacia la Psiquiatría de una visión mucho más comunitaria, y que en el fondo también tiene una prioridad en que no solamente sean Psiquiatras los que están a cargo de los pacientes, sino que también el Médico General, la Asistente Social y el Psicólogo tienen un rol potente dentro de los equipos.

En cierta medida, ¿Tiene relación con superar el Modelo Asilar que durante mucho tiempo imperó en el mundo?

Exactamente, y que también aleja mucho a los pacientes, porque se visualiza en la comunidad en general el tener que ir al Psiquiatra, ya que, el solo hecho de mencionarlo pone un freno o un distanciamiento con las personas para poder traer a sus hijos, entonces cuando les hablan que en verdad los va a ver un Médico, potencia el que las familias puedan ceder de mejor forma a la atención.

¿El modelo adecua su realidad a la del Hospital?

Claro.

A la luz de su experiencia en el programa, ¿Podría por favor señalar o comentar las proyecciones del PMC al año 2025?

Yo creo que el programa tiene una alta proyección como modelo de sistematización y que a lo mejor puede ser utilizado en otros equipos. No sé si la proyección va a ser siempre a nivel hospitalario o nivel secundario, porque a lo mejor, de aquí al 2025 este mismo modelo sea más comunitario y esté fuera del hospital.

¿Siguiendo la lógica del Hospital Diurno?

Claro, como un diurno, o esto del Policlínico Adolescente que va a estar externo al hospital y que puede tener una visión de estar más en ese contexto que en un contexto hospitalario propiamente tal.

Entonces, ¿Se podría decir que este modelo se podría convertir en un referente a nivel regional?

Sí, como un modelo de trabajo, además que nuestro modelo tiene algunas bases de lo que es el funcionamiento de los COSAM, que también están asociados a un equipo de Psiquiatras, pero con una complejidad diferente a lo que es el nivel hospitalario o de alta complejidad, entonces, en ese sentido, tiene una visión de poder acercar más a la comunidad al tema de Salud Mental.

¿Algún otro comentario que le gustaría agregar a esta conversación?

Yo creo que en esto mismo de la línea de la proyección que tiene PMC, es también, lo que hemos conversado con el resto del equipo, que tiene que ver con cómo hay un modelo de trabajo que se puede instalar, a nivel general, para otros equipos, el hecho de

sistematizarlo permite también realizar trabajos que fundamenten en el fondo la creación del equipo y del funcionamiento de este, porque hemos funcionado durante varios años, pero no hemos logrado implantar el modelo de trabajo en otros lugares, ni tampoco en poder exponer y a partir de eso realizar trabajos que vean el beneficio de un programa de estas características, en especial en los otros programas de la unidad. Lo otro interesante, es que es un programa que está muy dedicado a ciertos diagnósticos de los pacientes por los que son derivados y que ingresan a nuestro programa, y que eso es también lo que estamos viendo si seguir limitando los diagnósticos o atender una población específica independiente de sus diagnósticos.

6.6. Transcripción Entrevista Asistente Social N°2

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo que desempeña?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Asistente Social N°2, yo soy Asistente Social y trabajo en el Área de Educación de la Corporación Municipal de Viña del Mar, en el nivel central. Nosotros acá trabajamos con 53 establecimientos educacionales, y yo llevo trabajando en este cargo 10 años.

¿Podría relatar a grandes rasgos su experiencia con salud desde la CMVM Educación?

Bueno, nosotros, yo pertenezco a la Unidad de Servicio Social Estudiantil del Área de Educación y nosotros hacemos la coordinación con salud relacionada con los estudiantes de las escuelas en las que trabajamos, tenemos una coordinación que hacemos desde el programa de salud escolar de la JUNAEB, que nos entrega horas médicas para atención de Oftalmología, Traumatología y de Otorrino. Y aparte de esas coordinaciones del plan de salud escolar, a comunidad y Servicio Social nos corresponde la coordinación con todo lo que implica salud en atención primaria y secundaria para las atenciones que requieren los estudiantes de nuestros colegios.

Bueno, en relación con las consultorías, partieron ya hace un tiempo acá en la comuna como una estrategia de tratar, en primera instancia, las temáticas relacionadas con Déficit Atencional de los niños, y eso permitía descongestionar un poco el nivel secundario, porque se traspasó el trabajo a APS. En estos espacios de consultoría, yo creo que ha sido un espacio importante porque, además, varios de estos espacios se han abierto también a las escuelas y han podido los profesionales o duplas psicosociales de los colegios que atienden casos de niños que presentan problemas de salud mental, participar de estos espacios de consultoría presentando casos y pudiendo realizar algún tipo de coordinación con las personas del nivel secundario que asisten a estos espacios.

Y en ese sentido, ¿Considera que las Consultorías se configuran como un aporte significativo a la intervención de los casos?

Sí, yo creo que ha ayudado bastante, porque hay una seria de estudiantes, de niños nuestros que se atienen o mantienen en atención en el nivel de Atención Primaria, con el apoyo de la atención secundaria, a través de las consultorías. De lo contrario, no se podría dar ese apoyo en APS y tendrían todos que ser derivados a atención secundaria y eso implicaría que, probablemente, no tendrían atención por la gran demanda que eso significaría para este nivel de atención

En este sentido, ¿Cuál sería el rol que cumpliría el equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría, específicamente, en el Programa de Mediana Complejidad?

Yo creo que, debido a que no hay especialistas de salud mental, psiquiatras y neurólogos, en APS, el rol es orientar a los médicos y a los equipos de salud mental psicosocial de los centros de salud, para poder entregar tratamientos adecuados a los niños en el nivel de atención primaria que lo requieren, que no es necesario derivarlos a atención secundaria. En ese espacio, yo creo que se hace un trabajo de apoyo al médico de familia o al médico que está realizando la medicación, por ejemplo, en los niños que tienen problema de salud mental.

...Eso permitiría disminuir la lista de espera...

Sería más oportuno, porque permite comenzar realizando un tipo de atención de contención y en algunos casos es suficiente con la atención que se entrega en APS para los niños. Salvo situaciones donde la complejidad del caso implica una derivación a nivel secundario, requiere atención de psiquiatría o de otro tipo de fármacos que puedan estar acompañando el diagnóstico de atenciones.

Desde esta perspectiva, ¿Cuáles podrían ser los aportes de estas consultorías?, ¿Existen espacios para la mejora?

Yo creo que para nosotros en educación el aporte es tener la oportunidad de que los niños sean atendidos y no estén en listas de espera que no sabemos cuándo van a ser atendidos, es decir, con incertidumbre respecto de la atención, yo creo que para mi área es una solución, porque, además, para los niños y sus familias el CESFAM es un espacio cercano al que ellos están acostumbrados a acudir y donde es más fácil acceder también. Creo que ello implica una mejor comunicación con la escuela, porque hay un tema territorial ahí que está relacionado con el espacio del CESFAM, donde existe una vinculación con el territorio a través de la COMSE u otras instancias de coordinación, y yo creo que eso facilita la coordinación con los establecimientos educacionales. Entonces para mí esas son las ventajas de que estas consultorías se realicen y que se puedan mantener estos niños en APS cuando no requieren atención de Psiquiatra o de algún otro especialista en salud mental.

¿Y algún espacio para la mejora?

Ahí para mí es más difícil plantearlo, porque desconozco las dificultades, ya que no pasa por mí, es algo que hace salud, y ellos organizan con el nivel secundario.

¿Podría ser que algún miembro de la dupla psicosocial se integrara de forma permanente en estos espacios interconsultores?

Claro, y entiendo también que ese espacio va a ser necesario en algunos momentos que estén presentes y en otros no, podría ser que exista una coordinación previa para lograr o conseguir que los equipos de educación asistan a esos espacios, y pueda haber más trabajo coordinado respecto a la atención de los chicos tanto en la escuela con un rol más psicoeducativo, como en el CESFAM que sería salud mental.

Con respecto a la Mesa Tripartita de Salud Mental, ¿Podría señalar la injerencia de esta en las listas de espera del hospital? ¿Han generado algún aporte en descongestionar el sistema?

Mi experiencia con la mesa es que en ese espacio nosotros tenemos la oportunidad de, más allá de un número que significan los NNA derivados, poder conversar o realizar coordinaciones respecto de estos niños con nombre y apellido, quienes son, entre otras cosas, con la finalidad de compartir lo que está ocurriendo en educación y en salud, y de pronto eso también implica priorizar, y de hecho eso permite que el nivel secundario pueda adelantar una hora o gestionar más rápido una interconsulta para poder darle atención a niños que están teniendo a lo mejor mayores dificultades que otros que ya están siendo tratados o que ya están siendo abordados en el nivel secundario. Entonces sí, efectivamente la mesa tripartita es un aporte en el sentido en que permite agilizar o tal vez reordenar esa lista de espera en base a las urgencias que están ocurriendo, los eventos críticos que de pronto se puedan reportar en esos espacios.

¿Y eso de alguna manera genera una descongestión?

No sé si al nivel de lista de espera genera descongestión, pero a nivel de la sensación subjetiva respecto de respuesta sí, porque eso permite sentir que se está dando atención, que se está dando esta respuesta que refiero, que se puede mantener al niño en el sistema escolar de una mejor forma.

Bueno y desde su punto de vista, ¿Consideraría pertinente la incorporación de nuevos actores a esta mesa (Red SENAME, Organizaciones de la Sociedad Civil)?

Yo creo que la mesa está abierta a la participación de distintos organismos, yo creo que el relación a la pertinencia de la agenda que tenga la mesa, porque obviamente que los NNA no pertenecen a un sector, es decir, no pertenecen a salud ni a educación exclusivamente, sino que son seres integrales que participan en distintas instancias y es bueno que ellos tengan la posibilidad de pronto de ser apoyados en coordinación por diversos actores, yo creo que una de las muchas cosas que ocurre, y que tiene que ver con las dificultades que posee nuestro sistema actual, y es que están tan

compartimentalizadas las intervenciones, muchas veces se duplican y multiplican esfuerzos y falta coordinación, entonces la mesa es un buen espacio para esta coordinación creo yo para aunar esfuerzos coordinados.

A la luz de su experiencia, ¿Podría señalar las proyecciones tanto de las Consultorías en APS como de la Mesa Tripartita al año 2015? ¿Podrías ser replicadas en otros dispositivos de salud de la región?

En primer lugar yo no conozco el plan, pero yo pienso que no podría prever cual sería la proyección de las consultorías, pero yo pienso que sería una pérdida si las consultorías no se siguieran realizando, porque pienso que ese es un espacio que se ha ganado, que se ha logrado de coordinación y articulación en salud mental, considerando que hay tanta necesidad de atención en salud mental y tan pocas alternativas de atención que entrega el área de salud, porque yo trabajo en educación, entonces pensando en salud como una gran área. Ahora, en cuanto a la mesa, nosotros la tenemos hace varios años, entonces yo pienso de debiéramos sostenerla, tal como tú planteabas anteriormente la pregunta anterior, integrando nuevos actores de acuerdo con pertinencia, y creo que es una experiencia que yo recomendaría a otras comunas, por lo menos de nuestra provincia, que podría replicarse de todas maneras porque es una experiencia que ha sido positiva, hemos sumado más que restado en esta coordinación.

6.7. Transcripción Entrevista Psicóloga N°3

¿Podría, por favor indicar su nombre, profesión y cargo que desempeña?

Mi nombre es Psicóloga N°3, soy Psicóloga y me desempeño en el cargo de Encargada de Salud Mental de la Corporación Municipal de Viña del Mar.

¿Podría relatar a grandes rasgos su experiencia con las consultorías?

Bueno, primero quiero contarte que la experiencia con la Consultorías en Salud Mental ha sido una excelente modalidad de trabajo para poder trabajar de manera coordinada, colaborativa con los especialistas del nivel de especialidad de psiquiatría en este caso, en virtud de que yo he pasado por distintas modalidades, he trabajado en un CESFAM, en el Hospital de Quintero, también trabajé en la APS de Valparaíso.

En base a dicha experiencia ¿Qué opinión le merece la realización de estas Consultorías en Atención Primaria?

Para mí, la mayor riqueza tiene que ver, primero, con que está la oportunidad de un espacio de capacitación, porque la consultoría se transforma en un espacio de capacitación, cierto, de ir incorporando conocimiento a partir de las preguntas que nosotros podemos realizar a partir de un caso que se pueda presentar y ver la mirada, tanto desde la especialidad, como lo que nosotros podemos aportar como trabajadores de un centro de Atención Primaria. Por otra parte, hubo otros tiempos, en que nosotros, por

ejemplo, podíamos llevar el paciente in situ, y eso sí que era de una riqueza maravillosa de ver cómo un especialista, un referente tuyo en la temática, podías tú ver en acción directa con un usuario.

¿Considera que las Consultorías se configuran como un aporte significativo a la intervención de los casos?

Sin lugar a dudas, y en relación a lo anterior, el poder presentar un caso en donde está toda una mirada, a través de un Modelo de Salud Familiar, permite que ese caso sea mirado de manera integral, aun cuando el diagnóstico sea desde la Psiquiatría, porque muchas veces nos damos cuenta de que el tema social incide de manera importante, llámese contexto, llámese Determinantes Sociales que hacen que una familia o un individuo dentro de un contexto funcione de tal o cual manera, entonces, en ese sentido yo te diría que para nosotros, hoy, yo como referente de salud mental, diría que es fundamental, necesario y básico contar con las consultorías idealmente de manera mensual.

¿Y qué opinión le merece que a partir del año 2015 se incorporaran Médicos y Asistentes Sociales de forma permanente en las Consultorías?

Bueno en primer lugar señalar que ojalá fuera permanente, porque no es así, de hecho hoy día se fueron los neurólogos y quedaron algunos CESFAM, quiero ser súper honesta en esto, quedaron sin médico, porque quien iba era el neurólogo, entonces hoy me acaban de informar que ya en septiembre o en octubre ya estarían incorporándose Psiquiatras a los centros que quedaron sin especialista, pero claramente, para mí, desde mi experiencia como Psicóloga yo creo que el trabajo sin Asistente Social no es un trabajo completo, es una pieza fundamental hoy día el Trabajador o Asistente Social en todo lo que dice relación con el trabajo en Salud Mental. Sin embargo, debo señalar tristemente también que no logro ver esa habilidad y capacidad que yo veo desde mi ser psicóloga con un trabajo en común con este profesional, yo no sé si tiene que ver con la formación, con los gustos, con "creerse el cuento" de que efectivamente el Trabajador Social, yo diría que es un 50% de aporte en el trabajo que hacemos los Psicólogos.

A propósito de esto, aquí en Viña del Mar, pasa algo como lo que te refiero, son muy pocas las Asistentes Sociales que están empoderadas y convencidas del aporte que son para trabajar un caso en Salud Mental, cosa que yo me he permitido observar, por ejemplo, en este convenio, tú sabes que la Atención Primaria funciona con muchos de estos, que es el Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS, en donde las duplas son Asistente Social y Técnico en Trabajo Social, y yo trabajo pero de maravilla. Al principio los Psicólogos casi se murieron cuando supieron que iban a tener que trabajar con estas duplas, pero hoy día, yo no podría sacarlas de los CESFAM, porque se ha notado, por ejemplo, el trabajo en red, con el intersector, del contacto con las familias, las reuniones con los establecimientos educacionales, en la COMSE; o sea, yo siento que un Trabajador

Social tiene ciertas capacidades y habilidades que son fundamentales para poder de manera integral al sujeto.

Y en términos operativos, ¿esta influencia en las consultorías se ha reflejado, por ejemplo, en la disminución de las listas de espera, o en una fluidez en la atención?

La verdad es que eso es tan particular a veces, de cómo funciona el CESFAM y como funcione el equipo consultor, pero claramente hoy en Viña del Mar, por ejemplo, el espacio de la consultoría se transforma precisamente en la posibilidad de gestionar más rápido y de manera más pertinente o certera, una interconsulta.

Entonces es como una especie de filtro...

Un filtro seguro digamos, es decir, sabemos que si ese caso se presenta y se sugiere| que se haga una interconsulta, va a ser pertinente y que va a llegar a buen puerto.

Se tendría la certeza que ese usuario va a conseguir una hora...

Absolutamente, se va a gestionar como corresponde.

Con respecto a la Mesa Tripartita de Salud Mental, ¿Podría señalar la injerencia de esta en las listas de espera del hospital? ¿Han generado algún aporte en descongestionar el sistema?

Bueno ahí yo tengo algunas diferencias, de hecho, yo se las hice ver a Pamela en su momento, porque el tema de la Mesa Tripartita surge desde la invitación de Pamela Vera, y se incorpora Educación y Salud. Esto fue muy interesante para mí, porque fue una instancia de coordinación, una instancia de conversación, y también de generar un proyecto, una manera de trabajar colaborativamente. Ahora, sucedió que después, a mi modo de ver, se transformó como en una réplica de revisión de casos desde Educación, y yo lo comprendo y entiendo de que existe mucha necesidad como tú bien señalas, en el tema de las listas de espera, porque los establecimientos educacionales por no estar específicamente en salud, lo mismo que nos ocurriría a nosotros si queremos gestionar algo en educación, este espacio se transformó en un espacio solamente para tratar casos pendientes de educación. Entonces yo, al principio funcionamos súper bien porque se invitaban a otras personas, surgieron desde allí ideas muy buenas, como por ejemplo, la primera Escuela de Líderes, donde muchos actores se incorporaron, pero al segundo año, esto fue para mí un momento en donde yo sentía que tenía que ir a escuchar casos de educación; se lo planteé a Pamela y dijo que iba a reorganizar esto y a darle otra mirada, pero, lamentablemente, mi trabajo hizo que yo no pudiera participar casi en todo este año de la mesa. Ahora, a mí me parece una muy buena instancia, como espacio de coordinación, un espacio, por lo menos, para saber el estado del arte de educación y salud con el nivel secundario, pero creo que está muy circunscrito y muy cerrado en este momento a dos o tres personas.

¿Y de qué manera podría revertirse esta situación?

Yo diría, desde mi punto de vista, que tendríamos nosotros que anexarnos a otras mesas que la existen, por que qué sucede conmigo, como encargada de Salud Mental, me imagino que en el hospital les pasa lo mismo, nos invitan de muchas mesas, entonces existen muchas mesas de manera paralela, y cada mesa, bueno, valida su constitución de mesa, su territorialidad, por lo tanto, yo, pensaría, por ejemplo, que nosotros ojalá nos pudiéramos anexar a otras mesas, pero, como también te decía, existe la cercanía, existe la necesidad de que eso ya se ha transformado en un muy buen espacio pequeño de coordinación.

Bueno, y en este sentido, ¿consideraría pertinente la incorporación de otros actores dentro de esta mesa? pensando en que la situación se revierta...

Es que por esa misma razón que te digo que ya existen tantas mesas, que de pronto yo siento que eso es como "dispararse en el pie", porque yo no voy a poder ir a tantas mesas y ya hay algunas que existen. Entonces si tú me preguntas hoy, con toda la falta de tiempo que yo tengo, podría yo sugerir que nos anexáramos a las mesas ya existentes, porque, por ejemplo, la OPD hace sus reuniones, SENAME hace sus reuniones, nos citan a otras instancias, Chile Crece Contigo, SENDA... Entonces hay tantas reuniones que a veces nosotros no alcanzamos a llegar a todas.

¿Pero en cierta medida, se rescata esta idea de la Mesa Tripartita en otros espacios?

Por supuesto, si la mesa nació desde una necesidad, por ello es por lo que, por esta situación que yo te digo, que observo que educación necesitaba más el espacio, yo sentí que no podía seguir participando, porque finalmente te transformas en un oyente de las situaciones de educación que para mí en super válido que eso ocurra y se converse.

A la luz de su experiencia, ¿Podría señalar las proyecciones tanto de las Consultorías en APS como de la Mesa Tripartita al año 2025? ¿Podrías ser replicadas en otros dispositivos de salud de la región?

Yo creo que una proyección muy amplia, en la cual no puedo dar certezas, pero lo que sí te puedo decir, que para mí sería muy deseable que las Consultorías nunca dejasen de estar, porque sigue siendo para nosotros un espacio tremendamente valioso, y por otro lado, el tema de la mesa, yo creo que tendría que sufrir algunos cambios importantes como para proyectarse hacia adelante, porque hasta el momento yo siento, y te lo digo porque así lo vivo, así lo experimento, que sigue siendo una idea muy acotada, asociada a tres personas, yo diría que la mejor manera de que esto pudiera ser como una "buena práctica" si le queremos poner un nombre, se socialice más, se participe más de otros, para ver como lo ven los otros, y desde ahí, o, se instala una nueva mesa, nos anexamos a las mesas ya existentes para poder sostenerse en el tiempo.

¿Y usted ve alguna posibilidad de que las consultorías fueran replicadas, por ejemplo, en Valparaíso?

Es que lo hacen en Valparaíso las consultorías, de hecho, te cuento más, que hoy día el tema de las consultorías fue imitado por Diabetes, hay consultorías en Diabetes ahora, y es un muy buen sistema, es cuando tú dices, veo a una persona o hago un trabajo grupal, este último siempre va a ser mejor, y las consultorías tienen esa virtud diría yo, que se encuentran dos miradas, dos niveles de atención con un objetivo en común, que es el de trabajar de manera integral por un sujeto, por un ser humano.

6.8. Transcripción Entrevista Médico N°3

¿Podría por favor indicar su nombre, profesión y cargo que desempeña?, ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en él?

Mi nombre es Médico N°3, soy Pediatra, y tengo un cargo de liberación de guardia en el cual hago turnos y además tengo horas para dedicar tiempo a la parte administrativa fundamentalmente acá en Neuropsiquiatría Infantil.

Bueno, en el tema de las consultorías, yo llevo trabajando en el hospital más de 30 años, pero en las consultorías específicamente, aproximadamente 10 años, lo que pasa es que yo partí, a lo mejor me paso a la segunda pregunta, yo trabajaba en un consultorio de Atención Primaria como Pediatra, y en el fondo viví los inicios de esta experiencia de consultoría, que inicialmente fue una iniciativa de la Unidad de Neurología, y en esa época, en el fondo se veían casos, no había un equipo psicosocial permanente, sino que se veían casos como a nivel médico y farmacológico, ese era el inicio de este tema, que se llamó de Déficit Atencional, pero yo igual creo que fue una experiencia pionera en algo que se estableció después.

¿En el principio había sólo médicos?

Efectivamente.

Y en base a dicha experiencia ¿Qué opinión le merece la realización de estas Consultorías en Atención Primaria?

Bueno, yo creo que se ha ido estableciendo, me parece una excelente experiencia en el sentido de que se ha ido poniendo en el fondo un modelo que tiende hacia el modelo psicosocial, familiar, que ha sido un proceso no muy fácil muchas veces, pero creo que con hartos resultados positivos. Ahora, en cuanto a si constituye un aporte en la intervención de casos, yo creo que claramente es fundamental, porque el equipo de APS conoce a su población, por lo tanto, puede tener una idea más global, básica de qué está sucediendo con determinada persona, no así en forma tan puntual como un individuo, sino que ellos por su modelo familiar conocen la trayectoria de la familia, los eventos que han pasado, por lo tanto, las condiciones sociales en las que se desenvuelven, la comunidad,

entonces obviamente ellos pueden aportar muchísimo en la intervención de los casos. Por otro lado, el rol del equipo del hospital, yo creo que el rol fundamental es de asesoría en cuanto a los casos que se presentan y yo creo que también tenemos un rol de aprendizaje de lo que hacen las personas que trabajan en los centros de salud, porque muchas veces existe un desconocimiento bilateral de la realidad de cada centro, porque no todos son iguales, pero yo creo que el rol fundamental es de asesoría, y ojalá entregar herramientas desde el nivel más especializado para abordar los distintos casos que se presentan.

¿Y qué opinión le merece que se hayan incorporado Médicos y Asistentes Sociales, es más, que hoy en día se hayan sumado incluso Matronas y Enfermeras?

Yo pienso que eso ha sido un aporte importantísimo, porque, sobre todo, en lo que es Salud Mental Infanto - Juvenil, hay un tema proteccional, comunitario, escolar, que requiere la incorporación de otro tipo, o sea, claramente el nivel médico es absolutamente insuficiente, o sea el aporte del Psicólogo, del Asistente Social, y ojalá de varios otros actores, es fundamental, ya que sin el aporte de estos profesionales, la visión del caso es sumamente parcial.

¿Y en cuanto a la lista de espera?

Bueno, sí, pero esto tiene algunas dificultades, pero en la medida que equipos se comprometen y tienen una fluidez en la relación, sí, yo creo que se puede priorizar los casos que efectivamente están más agudos para darles prioridad en la lista de espera y además, a veces, cuando hay un poquito de demora, mantener el seguimiento, porque a veces algo que se presenta muy complejo, a lo mejor al cabo dos semanas se ve que con algunas intervenciones o espontáneamente la cosa ha remitido, pero otras veces no, o sea a veces también se presenta un caso que aparentemente no es tan grave, pero que los equipos se dan cuenta que la cosa se está complicando, y si se comunica y se manda la interconsulta, pero además, ojalá, o sea es lo que hemos tratado es que se envíe un informe por escrito más lo que se relata de forma verbal teóricamente, porque el ingreso siempre es médico acá, y por ende. se deberían priorizar todos los casos que vienen de atención primaria.

¿Podría mencionar los principales aportes de las consultorías? ¿Existen espacios para la mejora?

Yo creo que los principales aportes son la interacción y coordinación entre los distintos niveles, también, avanzar hacia un modelo más comunitario, que es un proceso que no es fácil, pero se supone que deberíamos ir desde los niveles primario, secundario y terciario hacia este modelo, y yo creo que la consultoría en ese sentido es un gran aporte, y, obviamente, para la evaluación de situaciones particulares de los casos que se presentan. Por otro lado, claramente existen espacios para la mejora, como incorporar más actores a las consultorías, también cumplir ciertas normativas que pueden parecer

muy administrativas, pero que de verdad sirven, o sea hacer buenos registros para poder evaluar año a año el impacto, como va este sistema, porque de repente uno es autocomplaciente, está super bien y todo el asunto, pero cuando ve las cifras se da cuenta que puede estar mejorando o empeorando, yo creo que siempre hay espacios para la mejora en todo sentido.

Ahora, con respecto a la Mesa Tripartita de Salud Mental, ¿Podría señalar la injerencia de esta en las listas de espera del hospital? ¿Han generado algún aporte en descongestionar el sistema?

Yo creo que la mesa ha sido un tremendo aporte, justamente la incorporación del área de educación es yo creo muy relevante, porque, bueno, una de los espacios donde se desarrollan nuestros NNA es fundamentalmente a nivel escolar, y digamos, ellos poseen mucha información de los establecimientos, de las realidades, y qué pasa con el niño en este espacio que muchas veces acá en la unidad está un poco invisibilizado, porque solamente tenemos el aporte de los papás, o tenemos información de algunas personas de los establecimientos, pero a veces no es suficiente.

¿O sea podríamos decir que la Atención Primaria educación está más orientada a la COMSE?

Claro, y en el área, bueno, obviamente el área de salud de la CMVM también tiene bastante que aportar, porque podemos tener claros los referentes, las situaciones de cada centro, cuáles son los planes que ellos tienen, si coinciden o no con los del nivel terciario, y qué cosas se pueden mejorar para coordinar, digamos la parte salud o educación y el nivel primario y secundario de la primera.

En cuanto al aporte en la descongestión del sistema, yo creo que sí, porque desde la parte educacional también se presentan casos que nosotros llamamos los "Casos Centinela", o sea que están causando un impacto generalmente negativo y bueno, porque no, también impacto positivo, porque se han hecho algunos tipos de intervenciones a nivel educacional que han tenido logros importantes, o sea no sólo la parte negativa, pero también, cuando hay monitores, por ejemplo, en los colegios pueden disminuir el número de casos complejos, y por otro lado, también cuando ellos nos aportan como te explicaba los casos centinela, se priorizan en las listas de espera.

En este caso, ¿También tendría que ver con la Escuela de Líderes que se está realizando acá en el Hospital?

Bueno, me parece una iniciativa muy interesante, y que ojalá se pueda evaluar de alguna forma longitudinal para ver su aporte, o qué cosas se pueden mejorar.

Desde su punto de vista, ¿Consideraría pertinente la incorporación de nuevos actores a esta mesa (Red SENAME, Organizaciones de la Sociedad Civil)?

Yo creo que sí porque, o sea, a ver, la Red SENAME obviamente en una red que maneja casos de niños que están en alto riesgo psicosocial y que muchas veces la coordinación no es simple, y de repente desconocemos cambios en los planes de estas entidades, o situaciones particulares que hace que la cosa funcione mejor o peor, y la organización civil también, porque yo creo que la comunidad tiene mucho que aportar, por ejemplo, pueden tener planes, por ejemplo, recreativos para los NNA, o determinar algunos espacios de mayor riesgo o de menor riesgo, en definitiva, qué opinan de toda esta organización, porque de repente hay ideas que no son tan correspondientes a la realidad, tanto desde las autoridades entre comillas, como de los actores particulares y organizaciones, o sea la coordinación con ellos, yo también pienso que es muy importante, por ende, si se pudieran incorporar, a lo mejor, no en todas las consultorías, porque a veces van cambiando de orientación, pero yo siento que la opinión de la sociedad civil es muy importante.

¿Y en la Mesa Tripartita?

Sí, yo creo que, en ambas instancias, porque muchas personas, incluso las autoridades desconocen este espacio.

Bueno, y finalmente a la luz de su experiencia, ¿Podría señalar las proyecciones tanto de las Consultorías en APS como de la Mesa Tripartita al año 2015? ¿Podrías ser replicadas en otros dispositivos de salud de la región?

Yo creo que la proyección sería, bueno, a nivel de salud primaria se ha establecido el Modelo de Salud Familiar con sectorización, en fin, que yo creo que ha sido todo un proceso, por ejemplo, hay algunos centros en que funciona mejor o peor, pero esa es la línea. Yo creo que, con el tiempo, este modelo debería proyectarse hacia el nivel terciario para mantener una coordinación alineada con eso, que muchas veces por falta de recursos, o por otros factores, desde el nivel terciario no se cumplen, ojalá que el espacio de consultoría es fundamental para establecer este modelo en todos los niveles, y cumplir con estas metas que son complejas igual.

Y en ese sentido, ¿Usted considera que esto podría ser replicado en otros dispositivos de salud en al región?

Bueno, yo sé que esta instancia existe en Quilpué, aparentemente con mayor participación de los psiquiatras allá, desconozco la realidad de Quillota que es como nuestro servicio de salud, Valparaíso - San Antonio es otra realidad, pero sé que en algunas partes que son más alejadas se puede hacer una teleconsultoría, yo pienso que algunas veces hay que usar la creatividad para resolver situaciones puntuales, pero yo creo que hay mucha proyección, o sea hay cosas mucho más interesantes que se pueden hacer, en la medida que todos nos comprometamos con esta instancia.

Entonces, en esta lógica, ¿Podría ser un referente?

Yo creo que tenemos una experiencia larga, y, por lo tanto, yo pienso que nuestra experiencia puede ser interesante para otros sectores, y en la parte buena y mala, o sea con los errores que hemos cometido y las cosas buenas que se han ido produciendo. Ahora, la realidad de cada servicio, cada lugar geográfico es diferente, pero yo creo que igual la experiencia del SSVQ, en concreto Viña del Mar, que es lo que abarcamos, antes se llegaba hasta Quintero, yo siento que esas partes, probablemente están más desprovistas de coordinación, pero la verdad es que en este momento no tengo una referencia clara, tal vez hemos perdido un poco de vista esto más macro, en mi opinión.

7. Transcripción Grupo Focal

7.1. Transcripción Grupo Focal Sesión N°1

Actividad	Grupo Focal PMC Sesión N°1
Fecha	Martes 5 de junio de 2018
Hora	09:00 – 11:00
Lugar	Box 1 Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, Consultorio Adosado de Especialidades, Hospital Dr. Gustavo Fricke
Participantes	Equipo de trabajo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica: ✓ Asistente Social N°1 **(M1)** ✓ Médico N°1 **(M3)** ✓ Médico N°2 **(M2)** ✓ Psicólogo N°1 **(H1)**
Moderador	Estudiante Tesista **(M°)**

M°: Buenos días a todos, mi nombre es Sebastián Segura, soy estudiante de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, y me encuentro haciendo mi Proyecto de Título sobre la Sistematización del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica de esta unidad.

El primer punto de este grupo focal es una breve ronda de presentación para poder conocernos, y va orientada específicamente a su nombre, su profesión, el tiempo que llevan trabajando en el programa, a grandes rasgos, muy a grandes rasgos cómo ha sido su experiencia dentro de este.

M3: Yo me llamo Médico N°1, soy Médico General, tengo una beca incompleta de Medicina Familiar y tengo una trayectoria de 12 años de egresada, en donde me he desenvuelto como Médico Familiar, valga la redundancia en Atención Primaria durante los primeros 9 años haciéndome cargo de la atención en salud mental tanto de adultos como de niños, y encargada del programa de salud mental en el consultorio donde yo trabajaba que era acá dentro de la Corporación de Viña del Mar. Además, siempre he trabajado como médico de urgencias en el área pediátrica. Llevo 3 años acá trabajando en el

Hospital Gustavo Fricke para el SSVQ, 3 años me he desenvuelto en la urgencia infantil y en mayo de este año cumplí 2 años como médico en PMC. Yo ingresé acá hace casi 2 años, cuando ya estábamos en período de tránsito desde el Programa de Déficit Atencional propiamente tal, que era como parte de esto, entonces yo alcancé el final de eso, lo que era la idea del programa nuevo PMC, y ya ahora casi un año y medio que llevamos como PMC oficialmente. Mi experiencia ha sido muy positiva tanto en lo profesional como en lo personal, y en la posibilidad de desarrollarme como médico a cargo de niños y jóvenes y abordar en el fondo la necesidad de salud mental de la población infanto-juvenil de la parte de Viña del Mar-Quillota. Ha sido importante, creo que hemos realizado hartas cosas acá, así que yo lo valoro como una experiencia bastante positiva tanto para el prestador de salud, como para el usuario.

M1: Bueno mi nombre es Asistente Social N°1, soy Asistente Social, trabajo en el área de Psiquiatría hace 12 años, y en este hospital específicamente hace 5 años, y son los mismos 5 años que llevo trabajando en el programa, primero de Déficit Atencional y hoy PMC. A grandes rasgos para mí ha sido uno de los programas que mayor satisfacción nos ha dado en términos de que es un programa en el cual está todo por hacer, entonces eso encanta en el trabajo.

H1: Mi nombre es Psicólogo N°1, soy Psicólogo, y también estoy desde que se inició el programa el 2012 hasta hoy, así que he vivido la transición de lo que fue netamente el Programa de Déficit Atencional a lo que es ahora Mediana Complejidad. Yo creo que ha sido muy bueno trabajar en equipo, yo creo que ha sido desde el comienzo, yo creo que fuimos como gestores del modo de funcionamiento del programa en su formato, luego engancharon otros, pero nosotros desde un primer momento funcionamos con una estructura formal de funcionamiento que se ha mantenido, igual se ha modificado, pero lo medular sigue ahí.

M°: Y con respecto a esto mismo, ¿Qué expectativas tenían ustedes al momento de iniciar el programa o al momento de incorporarse a este?

M1: Bueno, a nosotros nos contrataron, el concurso por el que nosotros ingresamos fue por Déficit Atencional, y cuando llegamos acá solamente había 1 médico que era el Doctor Williams, y el estaba sin equipo y con muchos pacientes, entonces empezamos a tener reuniones y participamos en la generación sobre cómo iba a ser este programa, y ahí nos pusimos de acuerdo en que íbamos a hacer ingresos en equipo multidisciplinario, que íbamos a tener ingresos en dupla psicosocial, la periodicidad, y el tema de que íbamos a tener 2 líneas, una que era de Terapia de Familia a cargo de Cristóbal, y había una individual que estaba a cargo de Pamela Alvarado. La verdad es que las expectativas en ese tiempo se fueron cumpliendo.

H1: Sí, como dices Pamela, en ese tiempo, llegamos y en ese momento pudimos funcionar de muy buena forma, opinamos, nos ordenamos, organizamos y yo tengo la percepción de que fue un muy buen comienzo, teníamos hartos pacientes. Después se empezó a complejizar un poco porque ingresó mucho paciente, lo que colapsó las horas,

y obviamente que las prestaciones que podíamos darle al grupo inicial de pacientes no se cumplían por la cantidad de pacientes, porque además, como era un programa nuevo teníamos que cumplir ciertas metas, las cuales eran gigantescas, y eso repercutía directamente en lo que podíamos brindarles, porque lo que nos pedían eran ingresos, números, no prestaciones.

M1: Bueno y la ventaja en ese tiempo contigo Cristóbal, queríamos trabajar con los papás, que era algo inédito acá en la Unidad, porque en general acá se atendía sólo a los niños, sin un trabajo con la familia...

M3: ¿No?

M1: ... no, no había psicoeducación, nada. Entonces con Cristóbal somos trabajadores sociosanitarios y estábamos capacitados en el Modelo Ecológico Multifamiliar, y lo que hicimos, fue adecuar ese modelo que estaba dirigido a Alcohol y Drogas, a Déficit Atencional y armamos un Club Multifamiliar acá y en CESFAM Dr. Jorge Kaplan en Reñaca Alto, ¿Y estuvimos 1 año, año y medio?

H1: Un año, y acá yo seguí esporádicamente como 6 meses con los pacientes que yo tenía, haciendo los talleres grupales para papás.

M1: Claro, y eso fue una experiencia muy positiva e inédita acá en la unidad, de hecho, ya no hay trabajo con grupos de padres.

M3: Sería importante de repente retomar un poco el trabajo con la familia...

M1: Sí, lo otro que hicimos también en ese año, fue la capacitación de las duplas de la Ley SEP, que ahí nos movíamos harto a nivel de red y nos invitaron a 2 seminarios a capacitar a los Psicólogos y a los Trabajadores Sociales de los colegios municipales de Viña, que eran nuestros principales derivadores de pacientes, ¿Y eso cuánto se mantuvo? ¿Como un año?

H1: Sí, fue uno o dos años.

M1: Bueno y después la Doctora Ávalos hizo una capacitación el año pasado a los cuidadores de el FAE El Canelo, en el tema de farmacoterapia y todo, y son niños que están en PMC, que ingresaron por trastorno psiquiátrico y ese ha sido como uno de los hitos del trabajo comunitario.

M3: Sí, el año pasado fue solo eso lo que hicimos, y después por un tema de tiempo no se pudo replicar. A propósito, yo estoy tomando apuntes, porque creo que hay puntos que es muy importante volver al darles vueltas, como el tema del trabajo con familias, y el tema con los colegios, con la red, la capacitación a los encargados de los chicos que están en FAE también me parece que es súper bueno. Bueno, a pesar de que en el Centro FAE sí los ayudan harto, pero desde lo técnico yo creo que es necesario también, y yo creo que es bien enriquecedor tanto para uno, como para los usuarios, es un trabajo bien motivante.

M1: Bueno, y también tuvimos algunos trabajos con el CESFAM Brígida Zavala que nos invitaron a los consejos de salud y ahí también estuvimos trabajando el tema del Déficit Atencional.

M°: En relación con esta misma expectativa, ¿De qué manera a través de su desempeño profesional estas fueron cambiando?

H1: Para mí en lo personal, hasta que terminó Déficit Atencional creo que, si tuviera que evaluarlo, lo haría con una calificación alta, pero cuando empezamos a PMC, a cambiar el perfil de usuarios que teníamos hasta ese momento se ha complejizado un poco más, ya que el perfil de pacientes es mucho más heterogéneo, tenemos desde un niño con TDAH con alguna comorbilidad psiquiátrica, hasta Trastornos del Vínculo, maltrato, negligencia, etc... Así que se ha ido complejizando, y obviamente que la dificultad para trabajar con esos pacientes también es mucho más compleja.

M3: ¿Y tus expectativas personales ahora no se están cumpliendo en el fondo?

H1: Las del principio no.

M3: Han ido cambiando entonces...

H1: Sí, más que no cumplirse fueron cambiando con respecto al primer período que fue TDAH, que era muy acotado, porque era ese trastorno.

M3: Claro, es más fácil ponerse metas y logros en conjunto...

H1: Claro...

M3: Yo voy a decir, porque para mí fue más fácil, porque yo llegué a PMC prácticamente, entonces las expectativas siempre fueron en lo personal, yo siempre tuve como expectativa llegar a trabajar acá, sentía que quería ejercer mis competencias como médico acá, y además quería aumentarlas, con la finalidad de poder ayudar a la población infanto-juvenil que creo que es una población invisibilizada en lo que es salud mental. Entonces mis expectativas respecto a eso se han cumplido, como poder trabajar con esa población que me parece que está dentro de las poblaciones vulnerables de la salud. Mis expectativas siempre fueron trabajar con pacientes de alta complejidad, por lo tanto, creo que si se han cumplido porque aquí, efectivamente, el tránsito de TDAH a PMC sí nos ha dejado la vara bien alta, porque son casos de mediana y de alta complejidad desde lo psicosocial básicamente y en algunos casos desde lo médico - psiquiátrico propiamente tal. Creo que las expectativas a veces no se me cumplen cuando no logramos dar el 100% de las prestaciones que quisiéramos, porque a veces nos encontramos con algunas dificultades que no podemos salvar, y creo que también tiene que ver con eso, con que el paciente que tenemos es muy heterogéneo, con dificultades desde múltiples ángulos, no sólo desde una patología como tal que se tenga que abordar, pero creo que el general tenemos bastantes metas que cumplir y eso también amplía las expectativas de cada uno.

M1: En lo personal yo creo que, claro, cuando ingresamos a TDAH estaba mucho más ordenado, era menor el número de pacientes bajo control, era mucho más manejable, entonces teníamos más tiempo para hacer otro tipo de actividades, y hoy día como decía la doctora, la complejidad psicosocial de nuestros pacientes es muy alta, por lo que implica mucha coordinación, mucho trabajo en terreno, pero de búsqueda de información más que nada, y de coordinación de acciones para no sobre intervenir a las familias, en desmedro de lo que hacíamos antes, que era trabajar con las instituciones. Y eso ha

afectado también las expectativas de lo que quisiéramos hacer. Y otra cosa que ha complejizado las expectativas es el cambio administrativo en nuestra unidad, porque antes, por ejemplo, los psicólogos tenían 44 horas cada uno, entonces teníamos 88 horas de psicólogo, hoy día tenemos 44 para un mayor número de pacientes y más complejos, entonces eso también afecta la expectativa de poder darle, no sé, terapia toda la semana o cosas así. Y lo otro es que administrativamente la unidad también está funcionando distinto, lo que implica que tenemos menos posibilidades de, por ejemplo, hacer mesas de trabajo o trabajo en terreno, o irnos todo el equipo a hacer una capacitación a otro lado, ahora eso es impensado.

H1: Y desde lo clínico también se redujo, porque también salió un Terapeuta Ocupacional.

M°: En relación con este desarrollo del programa, ¿Qué puntos creen ustedes que se pueden destacar dentro del programa?, Es decir, cómo ustedes exportarían el modelo a otras unidades.

M3: Para mí lo más importante es la prestación de salud en general, ser eficiente, es decir, lograr resolver la necesidad del usuario, lograr cumplir en la mejor forma y lo más que se pueda las expectativas que tiene el usuario respecto del prestador de salud, entonces creo que nosotros como modelo de trabajo somos bastante eficientes y eficaces porque se hacen atenciones de manera integral, transdisciplinaria tanto en lo médico, como en lo social y lo psicológico, y eso ayuda a cumplir de manera más rápida las expectativas del paciente, porque este llega y de manera inmediata es atendido tanto por el Médico Especialista, por el Asistente Social, por el Psicólogo. Entonces da la sensación de que efectivamente está siendo acogida su necesidad y cubierta de manera integral, casi la mayoría en la primera entrevista, es decir, el paciente llega con su cuidador o con su adulto a cargo y es inmediatamente presentado al grupo que va a estar a cargo de él, siento que eso es una de las mayores gracias, y que también ha permitido replicar el modelo de atención primaria, yo creo que en APS se ha logrado replicar.

M°: ¿De alguna manera esto también tiene que ver con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que salió este año? como de incorporar esta mirada más multidisciplinaria, entendiendo que la Salud Mental no obedece a solo una causa...

M3: Efectivamente, yo creo que ese es el plus que tenemos nosotros, y eso también se ha ido replicando a los otros programas de la unidad, pero no se replica en otras especialidades, no sé, por decirte algo, en Nutriología el paciente llega, tiene entrevista con la Nutrióloga, después pasa 1 mes para que le den hora con la Nutricionista, después pasa otro mes en el que lo controlan, y otro mes para que llegue si es que es necesario o no a un apoyo con un psicólogo o algo de ese tipo. Entonces es mucho más disgregada la atención, a veces la adherencia del paciente tampoco se logra, entonces esto ayuda a la adherencia, a que esta sea buena, el trabajo en equipo, coordinado, de que el paciente, o el caso del paciente esté a cargo de un equipo, también permite que la adherencia sea mejor porque tú dices "sabes que no vino el Psicólogo", y lo mandas con Asistente Social, vamos a darle nuevamente la hora, mismo caso el psicólogo "hmm no se está tomando

los remedios" y te avisa "sabe que doctora, con este paciente estamos teniendo complicaciones con el fármaco"

H1: Yo concuerdo contigo Paola, que el espíritu de nuestro trabajo es la organización y el funcionamiento de esta, tenemos una forma de funcionar que no es igual que en otros programas, que no es igual que en otros dispositivos de salud, y eso yo creo que es el insumo que nosotros ofrecer a los otros dispositivos y unidades de salud mental.

M3: Por ejemplo, yo he pensado a título personal, que en las prestaciones particulares en el área de salud mental no se da esto, entonces la persona tiene que llegar e ir a un médico, después el médico le dice que necesita tal cosa, y ahí tiene que empezar a buscar hora, entrar a buscar un psicólogo, un asistente social que lo apoye, entonces eso hace que la persona deje de ir. Ahora, por supuesto en el sector privado es distinto, porque hay un tema de costos asociado, pero si por ejemplo uno hiciera un paquete que te prestara el servicio donde en vez de cobrarle 20 mil por un ahora médica, le dejamos las 3 por 50 mil algo así. Por eso a mí me parece que nuestro modelo es replicable, sobre todo en la parte pública.

M1: Yo le veo hartas ventajas en verdad a nuestro modelo, a mí me encanta. Mira, como equipo nos cuida.

M3: Del Burnout claro.

M1: ... porque no es lo mismo estar solo frente a un caso que tener un equipo que está contigo, con el que tu puedes compartir la responsabilidad de la toma de decisiones, eso es muy importante. Lo segundo es que hay hartos ojos mirando, entonces la complejidad de nuestros usuarios es psicosocial, y al haber hartos ojos mirando, el paciente tiene mayor posibilidad de tener controles seguidos, que no es lo que pasa regularmente, porque los pacientes vienen a control cada 3 meses con el médico y algunos están sólo con un médico, entonces cada 3 meses lo controla bajo una lógica médica, los medicamentos, los exámenes, y hay hartas cosas que se van pasando. En APS por ejemplo, los controles psicológicos son una vez al mes con suerte, y en otros dispositivos también, entonces al tener varios profesionales a cargo de un caso, porque el caso es más que el usuario, es él, su familia y la comunidad a la que pertenece, nos permite tener un seguimiento más corto y eso implica también una resolución del caso más rápida, es decir, evitamos que se cronifiquen sus cuadros, o sea, no están acá 8 años, 5 años, ya que la idea es que superen lo agudo y vuelvan a su atención primaria, la idea es que el tránsito por acá sea lo más corto posible dentro de lo que el diagnóstico permita por supuesto. Lo otro importante, que se podría vender como un plus, es que, en este equipo, en particular en este programa de mediana complejidad, como lo hemos ido creando con el paso del tiempo, eso implica que hemos podido tomar insumos de lo que ha ido resultando y de lo que no, y hemos podido ir modificando y adecuando nuestras prestaciones en el tiempo.

(Entra M2)

M1: Te contextualizo Carla, estamos en el Focus Group y estamos en la pregunta sobre qué cosas del modelo PMC rescatarías para poder exportar este programa a otro dispositivo.

M2: A ver, yo creo que dentro de las cosas que hay que destacar, es primero que es un programa que el llevado a cabo por Médicos Generales que tienen cierta formación en el área de salud mental infantil, que tiene además una focalización dentro de una población específica de niños mayores de 6 y menores de 18, y que además tiene un contexto de las patologías específicas que se abordan, entonces tiene esa facilidad de poder ser bien acotado a lo que se va a realizar dentro de los casos.

M3: Una de las cosas que hicimos también acá, y que creo que tú también compartes Carla y todos los que estamos acá, es que la eficiencia del programa es el hecho de trabajar en equipo con los pacientes, permite una mayor adherencia, una supervisión de los casos, disminuir el Burnout en el equipo, apoyar diferentes miradas de una vez, en el fondo hace que se cumplan las metas y las expectativas de una manera más rápida.

M2: Creo lo mismo, además que partió siendo un programa muy estructurado, entonces dentro de esa línea de estructuración era mucho más fácil quiénes iban a ingresar, que pudiéramos en equipo discutir los casos, que siempre el equipo se mantuvo más o menos estable, y por lo tanto, se podían discutir los casos entre los diferentes actores del equipo.

M1: Eso es bien importante, que la rotación del equipo es baja.

H1: Muy importante para los usuarios.

M2: Tanto para los usuarios, como para el equipo, porque ya nos conocemos, ya sabemos cómo trabajamos, también poder discutir de mejor forma los casos.

M°: Me quedó dando vueltas el tema del aumento de los casos versus la disminución de las horas.

M3: Aumentan los casos porque se amplía el espectro de patologías que se van a abordar en el programa, antes era sólo niños con TDAH con alguna comorbilidad, entonces eso permitía acotar las intervenciones a un número de casos más fácil de mantener, porque cuando llegaron las necesidades desde APS , tú decías "a ver, ¿Este caso cumple con esto?, ¿Tiene TDAH?, ¿Está tomando fármacos?, ¿Tiene otra enfermedad?, ya, entra, o no, se discutió en consultoría y se decía que esto no es para atención secundaria" y se podía rechazar el caso. Sin embargo, actualmente se amplía la patología, por lo tanto, entran niños como decías tú Cristóbal, con Trastornos de conducta, con Trastornos Vinculares, con maltrato, con negligencia parental, con historias de abuso, con Trastornos de Ansiedad, Depresivos y del Ánimo en general, o de repente se da que vienen con un diagnóstico y finalmente acá, a pesar de que somos médicos generales, tenemos el entrenamiento suficiente para despejar el diagnóstico y decir "sabes qué, esto no es TDAH, nunca lo fue y es un trastorno X", puede ser un tema de negligencia de los cuidadores, por eso se amplía el número de casos, porque se amplía el número de patologías que estamos cubriendo.

M1: Pero igual eso tiene un contexto, cuando nosotros estábamos en el Programa TDAH, al ser un programa mucho más estructurado que el resto de la unidad donde se inserta el programa, teníamos más claro cuál era el horizonte de ingreso, entonces al paso del tiempo, el programa se transformó en la puerta de entrada más expedita para esta unidad de psiquiatría, entonces, desde APS y otras especialidades mandaban las interconsultas que decían Déficit Atencional y al momento de recibirlos en el ingreso nos dábamos cuenta que no era tal, entonces, durante un tiempo, que fue el de transición, teníamos el nombre de Déficit Atencional, estábamos viendo principalmente Trastornos de Conducta y situaciones de maltrato grave en el amplio espectro, entonces eso nos demandó a nosotros como equipo decir en un momento "¿Sabes qué?, no somos TDAH, ¿Qué vamos a hacer?" y ahí fue cuando empezó esta discusión de crear este nuevo programa.

M2: Claro, readaptar el programa dentro de su propia estructuración, hubo que entregar números, horas...

M1: Y con los cambios administrativos que sufrió la unidad, se produjo la disminución de las horas de psicólogo, y eso también fue un desafío para nosotros como equipo, de decir "bueno, tenemos menos horas de psicólogo, tenemos más demanda de usuarios, ¿cómo nos vamos a organizar?" que eso también fue complejo, y lo es aún.

H1: Se achicó el equipo también, por ejemplo, el T.O hacía toda la parte, valga la redundancia, ocupacional de los niños, de talleres grupales, todo eso se sacó.

M°: ¿Y de qué manera lograron sortear estos nuevos obstáculos a propósito de la disminución de horas y el aumento de casos? ¿Cómo se mantiene un "estándar" de atención en estas nuevas condiciones?

M2: Yo creo que es complicado, porque yo no sé si realmente estamos dando una calidad de atención tanto como era antes, porque efectivamente han aumentado los casos, nos cuesta más tener horas de psicoterapia, no tenemos apoyo de T.O, ni de Psicopedagogía, entonces, si uno lo visualiza concretamente, creo que la calidad de la atención que estamos dando en términos de la multidisciplinariedad que había antes, ha sido en desmedro. Sin embargo, no quitando que los profesionales que seguimos tratamos de, efectivamente, dar la mejor calidad de atención posible y coordinarse con otras redes y todo para poder suplir en el fondo esta carencia.

M3: Para mi gusto es eso, porque tú preguntaste cómo habíamos sorteado estas dificultades para poder mantener un estándar de la atención que entregamos. Creo que tienes mucha razón Carla, en que hemos perdido ciertas prestaciones, por lo tanto, si un lo mira desde ese punto claro, ha disminuido la calidad, porque se están dando prestaciones diferentes, porque se quitó la Terapia Ocupacional que se entregaba y la Psicopedagogía, es decir, eso ya no lo podemos hacer, pero si lo miramos desde el otro lado, como ha llegado un boom de pacientes diferentes, a lo mejor hay un gran porcentaje de chicos que no necesita esas cosas, porque antes, como era sólo TDAH, se necesitaba perentoriamente que hubiese un terapeuta, que hubiese una psicopedagoga, pero como ahora empiezan a entrar otras necesidades, tal vez un niño con maltrato, con negligencia,

con trastorno de vínculo, lo que más necesita es un Psicólogo. Ahora, hemos ido salvando las dificultades, hemos "echado mano" a Servicio Social y lo hemos reventado un poco, porque en el fondo Servicio Social es que si yo veo que el niño tiene dificultades ocupacionales, tengo que decirle a la compañera "saber qué, coordínate con el terapeuta del CESFAM" para que este pueda hacer unas sesiones, siendo que eso no se encuentra en la canasta de prestaciones de APS, pero lo hacemos, o coordinarse con el Programa NNA para que hagan un mayor seguimiento, o con el colegio, porque en el fondo hemos tenido que presionar a los colegios, porque se relajan bastante, entonces terminan no siendo un agente facilitador de la atención, ya que a veces te ponen más "cuesta arriba" atender al paciente, entonces hemos tenido que hacer un trabajo fino, y creo que Servicio Social ha sido el pilar fundamental en poder decirle a la gente de los colegios "oye sabes que este chico necesita una evaluación diferencial, necesita que lo vea el Psicopedagogo, necesita esto" que a veces se haga una Terapia Ocupacional. Por otro lado, en algunos Hogares de Menores donde los equipos son más proactivos, han contratado horas de T.O para poder apoyar a los chicos, porque otra cosa que tengo son muchos niños de residencias proteccionales del SENAME, entonces creo que por ahí hemos tratado de mantener el estándar de atención. Ahora, la calidad como dice Carla no se ha visto en desmedro, porque uno sigue siendo un profesional de altísima calidad, o sea una buena acogida al paciente, un trato respetuoso siempre mirando no con pena, no con molestia, sino que con altura de miras a tu paciente, cómo poder explotar al 100% las capacidades que uno tenga, los factores protectores de cada familia son explotados hasta lo máximo, lo mismo que haces tú Cristóbal también, en el fondo visibilizar factores protectores donde a simple vista no los hay, y poder rehabilitarlos, así que creo que esto ha sido un costo para el equipo, porque hemos tenido que esforzarnos el doble por mantener un estándar y que no se note tanto la falencia que podamos tener.

M1: Yo creo que de lo que señalan las doctoras, una de las fortalezas que hemos adquirido para no disminuir la calidad de nuestra atención es el tema de fortalecer las redes con SENAME, con justicia, con otros hospitales, colegios, etc... Y otra cosa, por ejemplo, es que antes los ingresos los hacía Médico, Psicólogo o Asistente Social, y se liberó a los psicólogos de los ingresos para que tuvieran más horas de control de pacientes, porque además de que nos bajaron las horas, tenemos problemas de box, porque no siempre tenemos uno, pese a que disponemos del tiempo. Entonces conociendo la realidad país de que en general los Hospitales de Alta Complejidad son como el Fricke, que no tiene mucho espacio, que no tiene las condiciones óptimas para un equipo. Esas son variables que hemos logrado, de alguna manera, sobrellevar de la mejor forma. Entonces si no vemos pacientes, por ejemplo, ahora las doctoras crearon un grupo de estudio para aumentar sus competencias, nosotros como equipo psicosocial le estamos dando vueltas sobre cómo movernos, como una reunión con un PPF, a ver cómo están funcionando. Entonces, en ese sentido tratamos de mantenernos siempre a la

vanguardia del conocimiento y de adquirir herramientas, y eso definitivamente es un mérito de nosotros como equipo.

M3: Por eso te digo, creo que para poder mantener un estándar ha sido un costo personal de cada uno de nosotros, porque a veces hacemos las partes de, porque si no viene el doctor, el paciente no se deja de atender, lo asume Servicio Social principalmente o lo asume el Psicólogo, entonces el usuario siempre es acogido, y esa es una de las cosas que a mí me ha llamado mucho la atención, porque como llevo menos tiempo que el resto del equipo puedo verlo desde afuera, es decir, tengo más facilidad para salirme de esto y mirarlo. Entonces, por ejemplo, en todos lados donde yo he ido, instituciones de salud públicas y privadas, si no está el profesional que va a prestar la atención, simplemente se deja el paciente sin atender y se le asigna otra hora. Como contrapartida, nosotros si no podemos reasignar otra hora vía telefónica para evitar que el paciente tenga que venir, se le atiende de todas formas, siempre se acoge, o si llega un paciente de manera espontánea o un familiar siempre se hace un espacio para poder contenerlos y acoger su necesidad, entonces a veces Pamela hace de Médico en el sentido de que "oye te dejo las recetas, toma nota de lo que le está pasando al paciente, sino que...

M2: O sea no se le deja la receta, sino que se solicita que entregue las preexistentes, sino se puede prestar para malos entendidos.

M3: ... tomar los datos para hacer la receta, o si vienen con la receta atrasada se les toma la receta y se les trata de asignar otro médico, o médico del mismo programa idealmente pueda dar la receta, por ejemplo, si no está Carla estoy yo y viceversa. Y por otro lado los médicos hacemos de Psicólogas dentro de lo que se pueda, yo creo que Carla y yo, como somos médicos generales tenemos el plus de que estamos entrenados sobre intervención en crisis sin necesidad de ser especialistas, uno como se ha acostumbrado a atender de todo un poco, tiene la capacidad de hacer este tipo de intervenciones cuando llega un paciente descompensado, ya que las dos tenemos trayectoria en urgencias, entonces resolver urgencias psiquiátricas infanto-juveniles también requiere unas competencias que nosotras tenemos. Bueno y también hacemos de Asistente Social de repente dando nuestros mail a la red, yo estoy bombardeada de mails, de repente la Pamela nos pone un alto, porque o si no te mandan y te mandan cosas, pero cuando no está la Pame nosotros lo hacemos, o Cristóbal también responde el mail del colegio, me lo rebota a mí para que lo vea. En definitiva, ustedes desde la dupla psicosocial hacen muchas coordinaciones con los colegios...

H1: Tanteamos también el tema cuando es social, uno dice "no lo ha visto Pamela", y lo derivamos, sabemos funcionar como equipo.

M3: Claro, nadie dice "Ah yo soy Psicólogo o Asistente Social o yo soy Médico y hasta aquí no más llego", ya que tenemos una mirada sistémica, podemos moldear nuestros límites en pro de servir al usuario, y eso es muy bueno porque podemos ir, si lo miramos de manera sistémica se pueden ir acomodando los roles de las partes del sistema para hacerlo funcionar.

H1: No somos tan rígidos todavía.

M°: Finalizado el punto anterior sobre la reflexión de la transición desde TDAH a PMC, avanzaremos al siguiente módulo, que tiene que ver con la percepción de ustedes como equipo del trabajo con Médicos Generales en vez de Psiquiatras, ¿Qué significó para ustedes esta configuración innovadora?

H1: Técnicamente ahí yo le daría el pase a las compañeras médicos, pero en lo concreto es que este programa nunca tuvo Psiquiatra, y siempre se salvaron todas las dificultades, y ahora siento que es igual, yo no he visto mayor diferencia cuando, por ejemplo, el doctor Pizarro que presta algunas horas, no ha cambiado mucho el funcionamiento o la eficacia del programa.

M1: Desde mi rol como Servicio Social la verdad es que yo siento que este programa no requiere de un médico especialista, porque las 2 médicos que están en nuestro programa tienen las competencias técnicas suficientes para abordar la complejidad de los usuarios de PMC. Ahora, en lo concreto, yo te podría decir que no tenemos reclamos de usuarios, no tenemos en estos 5 años de programa no hay ninguna mala praxis, no se observan prácticas iatrogénicas con los usuarios que podrían haberse dado por no tener la expertiz, y eso jamás ha sucedido. Y otra cosa importante, es que el sello que le da un Médico General con especialidad, con estudios en diferentes ámbitos, le da una riqueza a la visión con la que uno recibe al usuario, que es muy distinta. Es un médico que tiene una visión holística y no reduccionista, que para este tipo de pacientes yo creo que es vital.

M2: Yo creo que yo soy una de las más antiguas, porque además he pasado por más médicos que han estado en el programa, y creo que nunca ha sido, claro, como iniciamos el programa que inicialmente dependía mucho de Neurología, entonces no era tanta problemática, porque estábamos formados en lo que era la parte del Déficit Atencional, entonces inicialmente tampoco fue una gran dificultad. Luego, cuando ya hicimos el cambio o la reestructuración del programa, también llevábamos ya varios años de formación dentro del área de la salud mental, entonces tampoco fue un gran cambio, y además, siempre hemos tenido el apoyo de los Psiquiatras de la unidad para poder apoyarnos en caso de tengamos dudas con algún paciente, que necesitamos apoyo con algún paciente, es gracias a que en la unidad tenemos especialistas a nuestro lado.

M3: El programa puede estar en manos de Médicos Generales porque uno tiene ciertas competencias que te permiten trabajar así en equipo. Sin embargo, yo no estoy tan segura de que pueda estar a cargo de médicos generales que no tengan un cierto bagaje por lo menos en APS de Salud Mental, no creo que pueda estar en manos de alguien recién recibido. Creo que nosotras somos médico generales desde lo médico legal, porque por una u otra razón no hemos obtenido y la subespecialidad, sin embargo, creo que Carla y yo llevamos harto rato de expertiz y desde la formación en práctica, entonces no es que yo salgo y soy médico general y me puedo atrever a estar acá a cargo de pacientes con esta complejidad, porque finalmente no son el vano todos los estudios que uno pueda hacer desde otra forma y no sobre una especialidad formal, sin embargo, igual hay que

hacer diplomados, estarse actualizando con los cursos, vinculándose con colegas Psiquiatras para poder mantenerte a cargo de niños así, porque uno no tiene las competencias cuando uno recién sale de la universidad, no tiene todo el conocimiento ni la expertiz para vincularse con niños o adolescentes, entonces creo que tanto Carla como yo igual somos privilegiadas porque se nos ha aceptado y acogido acá, pero siento que también es una vara muy alta, y nosotras tratamos de mantenernos siempre sobre el promedio porque siempre tienes que estar al día. Ahora, yo creo que la falencia está en lo médico legal, porque a veces uno quiere hacer una derivación, solicitar algo en la red, debe hacerlo a través de un psiquiatra que vise el caso, y creo que eso lo hemos enfrentado de buena manera, pero tiene que ver con eso, porque uno sabe lo que tiene que hacer, sabe el diagnóstico, pero a veces no puede actuar porque necesita la valoración legal.

M2: Por eso te digo, yo creo que el apoyo tanto de diagnóstico como en estas cosas más administrativas, igual dentro de la unidad tenemos ese apoyo, no es que estemos solas.

M3: Yo creo que como decía Pamela, es que, en cualquier especialidad, el especialista va a eso, se van atrofiando ciertas competencias en ellos, que uno como médico general si las mantiene actualizadas porque uno está acostumbrado a trabajar con todo, mirando a toda la familia.

M1: Se nota mucho la diferencia que las doctoras se interesan en la parte física, ya que la salud mental no se encuentra separada del cuerpo, entonces, "oye mira tiene la carita rara" o le pregunta a la mamá "¿oye ronca en la noche?" a lo mejor el trastorno del sueño no tiene que ver con algún cuadro psiquiátrico, sino que tiene que ver con algo más fisiológico...

M3: O a lo mejor al revés, que de repente aquí nos llegan niños que llegan super lentos para hablar, blanca, y deprimida y uno dice "oye, pero esta niñita está enferma, no necesariamente está deprimida" y empiezas a buscar y tenía hipotiroidismo, tenía un montón de otras cosas, o de repente, la niña se sanó cuando la mandamos al Pediatra.

M1: Y esa mirada no la tiene un Psiquiatra especialista, porque está tan enfocado en su especialidad que de alguna manera en Salud Mental en general se tiende a separar la mente del cuerpo, por ejemplo, en urgencias llega un paciente con un trastorno psiquiátrico le duele el estómago llaman al psiquiatra y no al médico, es como si no tuvieran derecho a enfermarse de otra cosa.

M3: O de repente llega un niño psiquiátrico a la urgencia pediátrica y nadie lo quiere atender, le tienen miedo.

M°: ¿Dirían que tiene alguna semblanza con la Medicina Familiar respecto de romper este blindaje de los médicos frente a la atención?

M3: Yo creo que eso se rompe acá, porque ambas hemos trabajado en urgencias, entonces uno ve cosas que el médico de urgencias puro no ve, uno ve más allá uno dice "ya si este dolor de cabeza no es un tumor, es un trastorno ansioso que se manifiesta por ahí", es muy importante la mirada diferente que uno le pueda dar.

M2: Y también poder generar más cercanía y no tanta distancia con el paciente y su familia...

M3: Eso, a veces uno rompe cuidadosamente sus límites, porque por ejemplo no todos los médicos van a estar dispuestos a coordinarse con el colegio del niño y a dar su mail en ocasiones para poder recibir información, aunque sea fuera del horario laboral, donde a veces te dicen que al niño le ocurrió tal cosa en el colegio, es como rescatar el espíritu del "médico de cabecera", de repente les pasa algo y acá aparecen los papás buscándote, es bonito eso.

M°: El siguiente punto tiene que ver con la misma temática abordada recientemente, pero ahora con los profesionales PMC en general. Por ejemplo, siguiendo este mismo hilo conductor, ¿Qué significados podrían atribuir cada uno a su propia profesión y con relación a los demás profesionales?

M2: Yo creo que es fundamental el apoyo que tenemos entre cada uno de nosotros, tanto, por ejemplo, en los ingresos que hacemos nosotros que ya no son de 3 profesionales, sino que más bien en 2, pero claro, el Asistente Social nos apoya en los puntos en que uno de repente no tiene tan presentes por propia formación de cada uno. Lo mismo con el psicólogo, también es una mirada que de repente no está en el chequeo de los controles, porque tal vez me preocupo de la parte más clínica, pero el psicólogo me dice "sabes que hice unas pruebas y descubrí esto dentro de la familia" entonces nos vamos apoyando en ese sentido, y es eso, es crucial la comunicación que podamos tener entre nosotros, y las instancias para comunicarnos.

M1: Yo creo que desde el Trabajo Social el aporte al modelo PMC, es un poco de contextualizar a usuario fuera del box, o sea no es que apareció mágicamente en el box y no tiene un contexto, es traer cómo es el niño en su casa, en su colegio, cómo es su familia, el lugar donde vive, y eso, permite no patologizar cosas que son de su vida cotidiana, hay niños que viven en sectores deprivados socioculturalmente, y que a lo mejor se podrían ver en un box como un niño que tiene un déficit intelectual, y en verdad no lo tiene, sólo es deprivado socioculturalmente y son cosas muy distintas. Yo creo que ese es uno de los aportes del Trabajo Social. Otro aporte es el trabajo con las redes, ya que los usuarios de salud mental, en el amplio espectro, son marginados de la sociedad sólo por el hecho de ser usuarios de un sistema de salud mental, y el Trabajo Social lo que hace es tomar a este paciente y ayudarlo a transitar por las redes que van a permitir que él y su familia resuelvan sus necesidades, y no sólo de salud, sino que, de vivienda, de alimentación, vestuario, transporte, etc. Eso desde el Trabajo Social. Ahora, el hecho de trabajar con otras disciplinas dentro de este programa me permite a mí, como única Trabajadora Social del programa, conocer y poder aportar a mis compañeros sin invadir su terreno, es decir, yo no me creo psicóloga que hace terapia, pero con Cristóbal hemos trabajado muchas veces en duplas, cada uno desde su expertiz y eso enriquece la mirada con una familia, porque Cristóbal que es Terapeuta de Familia tiene muchas herramientas del manejo, y lo que yo puedo aportar en este trabajo es la Socioeducación que es un rol

histórico del Trabajo Social y que muchas veces se pierde porque hay colegas que se creen Psicólogos. Y en los ingresos médico-sociales es ponerle la mirada de qué está pasando con esta familia hoy día, sacar la fotografía y decir "ya, hay alguna causa en tribunales, esta familia tiene algún estrés económico, hay variables de hacinamiento, por eso este niño está tan disruptivo, porque en verdad hay 5 personas más en su pieza", entonces desde ahí es la riqueza del trabajo en equipo.

H1: Me apoyo de lo que dice Pamela, lo veo de la misma forma, de poder colocar distintas miradas del mismo paciente, pero que sean integradas o sea acá nadie se "arranca con los tarros" sobre quién le hace mejor diagnóstico al paciente, sino que tratamos de aunar miradas para hacer un diagnóstico mucho más completo, más acabado, más integral. Eso sirve mucho para armar las estrategias, porque tomamos en cuenta cada opinión.

M1: Yo creo que donde se materializa esto, es en los casos más complejos cuando tenemos que solicitar una medida de protección. Para todos los equipos de salud mental infanto-juvenil colocar una medida de protección implica poner en riesgo el vínculo con el paciente, entonces aquí siempre alguien tiene que jugar de "malo" y otro de "bueno" porque no podemos perder al paciente, porque somos el único dispositivo de salud y si no está con nosotros no está en ninguna parte. Esto nos ha planteado desafíos como equipo de generar estrategias para acoger a esta familia y para que entienda que es una forma de ayudarla y no un castigo, y sabes que en estos 5 años, y yo creo que tiene que ver mucho con las características personales de los miembros del equipo, hemos logrado superar estas dificultades con muchas familias que finalmente se van agradecidas sin perder el vínculo terapéutico, y de hecho, han logrado darse cuenta de los cambios que necesitan en su familia, aunque hay algunos que no lo entienden nunca, pero la mayoría lo hace, y yo creo que el trabajo en equipo y que cada uno aporta desde su disciplina sin entrometerse en el campo del otro.

M2: Y también en la toma de decisiones de los mismos casos, uno tiene más miradas y es más fácil tomar una decisión con respecto a un caso, que si se estuviera solo.

M3: Yo creo que todo lo que hemos conversado en esta reunión redunda en eso, en el trabajo en equipo, creo que somos imprescindibles el uno para los otros, porque como bien decía Pamela y Cristóbal, cuando tenemos a una persona en un box frente a un médico de la especialidad de salud mental que es muy vulnerable, porque a veces vienen derivados de tribunales, a veces vienen obligados, de una familia bien vulnerable en lo emocional, en todo, porque siente que está, porque de partida hay una cuestión de idiosincrasia de nuestro país de que cuando vas al Psiquiatra es cuando estás loco, entonces la persona se cuestiona si es que acaso estará loca, entonces, cuando yo me siento frente a él, tengo un niño o una mamá que está o muy lábil o muy inhibido, o que viene a la defensiva muy agresivo, entonces al mirarlo de tantas aristas permite crear el escenario completo, es decir, yo lo voy mirando desde donde yo tengo mi expertiz, yo desde lo médico, cómo lo veo, cómo se mueve, qué historia médica trae, de crianza, de gestación, historias de vida, Cristóbal ve la parte más emocional, Pamela lo social, etc...

Y creamos a la persona real, porque la persona que tenemos está al frente está tensa, tal vez un poco asustada y con miedo a lo que voy a decir, entonces cuando lo vamos mirando armamos su realidad y traemos esa realidad externa al box, a veces decimos "oye yo no me imagino a este niño rompiendo ventanas en el colegio" o "no le lo imagino tratando de acuchillar a la mamá", pero a veces lo veo en urgencias que efectivamente la mamá llega acuchillada o llega dañada, el niño llega agredido o Pamela me dice "efectivamente fui al colegio a mirarlo y se portaba súper bien, no es tanto como dicen", entonces nos permite traer al paciente real y su familia real a nuestro box.

M1: Tener criterio de realidad en muchas cosas...

M3: Claro, nos hace ver a la persona y su familia realmente o lo más parecido a la realidad.

M°: Según su experiencia en el PMC, ¿Tendrá que ver con lo biopsicosocial? ¿Aún hoy prima la división de los pacientes de acuerdo con su diagnóstico?

M3: Yo creo que se da mucho en la especialidad y en la subespecialidad, porque si yo voy al Endocrinólogo porque transpiro mucho, por ejemplo, y creo que tengo un problema glandular, pero no soy sólo eso, sino que estoy transpirando porque estoy nervioso, porque a lo mejor mi mamá me reta o me tiene inhibido, o porque en el colegio me pongo nervioso, etc... No somos sólo un síntoma, una enfermedad, somos personas en el fondo, un mundo.

Retomando un poco el tema anterior, como decía Pamela terminamos siendo el malo porque le quitamos a su hijo siendo que ella cree ser tan buena madre, y esto tiene que ver a lo mejor con alguna patología o alguna característica patológica de la persona, que niega y niega, pero yo creo que en el 80% de los casos nosotros logramos un buen vínculo previo, entonces tu logras hacer un conocimiento de la familia, muchas veces conectarlo con su historia personal y desde ahí puedes tomar decisiones...

M2: Yo creo que además en salud mental infantil eso toma mayor preponderancia porque efectivamente el niño no es el niño solamente, es su familia, entonces en un adulto uno puede hacer una mayor extracción de la persona, pero en el caso de un niño no puedes hacer eso porque está inserto en un ambiente donde está su familia.

M3: Y eso genera la dependencia de un otro, por ejemplo, en la posta, en la urgencia es más fácil verlo, si tú como adulto te niegas a un tratamiento está bien, el paciente se fugó y se acaba el caso, pero en el caso de un niño, él no elige sino que está dependiendo de lo que hagan los adultos a cargo, entonces es uno el garante de la protección y de los derechos de niño o joven, entonces yo creo que nosotros somos como la voz muchas veces de los chicos, por ende, tenemos que garantizar, y esa es mi "bandera de lucha" en el fondo, es ser garante de que se conserven los derechos de una persona o de un ser.

M°: En cierta medida acogiendo a estas personas que tal vez vulneran los derechos sin darse cuenta...

M3: Porque han sido vulnerados y no se dan cuenta que también son vulneradores en ese momento. Uno como profesional de la salud, debe dejar afuera el juicio personal y valórico que uno tenga sobre una situación, porque Paola Ávalos puede opinar muchas cosas,

puede sentir muchas cosas frente a una situación y en el momento en que yo tomo el rol de Doctora yo no puedo enjuiciar a mi paciente, yo tengo que ayudarlo al igual que mis compañeros.

M1: Esto no significa que vamos a callar si vemos una situación de vulneración, lo que se hace es un trabajo con la familia, el ejemplo más patente es que nosotros vamos a la audiencia a acompañar a la familia, o sea nos vamos a sentar en mesas distintas porque están los demandados que son ellos y los demandantes que somos nosotros, pero antes de entrar a la audiencia nos saludamos y lo conversamos y cuando el juez nos pregunta, todo lo que va en el informe y lo que se declara en audiencia, son cosas que previamente se trabajaron con la familia, y efectivamente como dice la doctora nosotros tratamos de acotar el conocimiento de lo que se sospecha es una vulneración, porque tampoco vamos a decir "sí, esto es un delito" porque no es nuestro rol, nosotros sólo aportamos información para que el especialista, en este caso Tribuna de Familia o Garantía diga "sí, es una vulneración o un delito y vamos a proceder de la siguiente manera", y ahí nosotros opinamos y decimos "mira lo conversamos con la mamá y pensamos que podría estar bien en un PRM o PPF"...

M3: Y es como tú decías sobre cómo le hago ver a alguien que lo que está haciendo, a veces sin darse cuenta, es un delito, y el pobre ser humano queda ahí y no sabe qué hacer, si ponerse a la defensiva o si ponerse a llorar, entonces cómo le muestras a un otro que efectivamente está vulnerando, que efectivamente está maltratando.

A mí me ha pasado que llega un paciente y te declara que efectivamente él estaba abusando a su hijo, y no puedes salir corriendo a denunciar al primer carabinero que veas, yo me siento y le pregunto desde cuándo, cómo, qué le pasó, qué lo llevó a esto, cuénteme un poco de su historia de niño, cómo lo está haciendo, qué siente usted si se ha dado cuenta de esto. No es llegar y denunciar al primer ente judicial que veo.

M1: Pero eso también implica que, claro, o sea nosotros acogemos a los papás de nuestros usuarios, pero utilizamos todas las herramientas que están en nuestras manos para proteger a los niños, y una de la principales es hospitalizar a los niños cuando hay situaciones graves que no se pueden resolver en el momento con una orden judicial, los niños quedan con nosotros.

M3: Qué me pasa a mí en la posta infantil, que yo después llamo a los chicos y les pido ayuda, caso tipo de mamá derivada del SAPU, ha agredido físicamente a su hijo durante un tiempo y finalmente la mamá declara que efectivamente lo golpea y lo golpea mucho, entonces me siento y le digo "ya mamá que le pasa, cuénteme" pero tampoco me quedo callada, le pregunto si se da cuenta de que así no puede seguir, que eso no la va a llevar a nada y que tiene que ponerse del otro lado, porque yo no puedo dejar que esto pase, entonces lo que vamos a hacer va a ser lo siguiente: tenemos que llegar a una entidad que los pueda ayudar, y accedo a eso a través de servicios judiciales, primer paso es informar a Carabineros, ellos van a venir, el niño va a quedar hospitalizado, entonces

esa es mi manera de denunciar por así decir, informo al resto de las redes que está pasando con esta situación de vulneración.

M°: Bueno, nos quedará una parte para una segunda sesión de Focus Group y ahora realizaré una síntesis de los principales puntos tratados en esta interesante reunión.

Nos quedamos con varios puntos, se detalló el tránsito entre el Programa TDAH, los ajustes realizados el equipo y la reestructuración y nacimiento de PMC, abordamos la dicotomía generada por la disminución de la horas versus el aumento de casos y su relación con la mantención de un estándar de calidad, lograron como equipo sortear esta dificultades y hoy en día logran sostener un programa que da cumplimiento y atención a los problemas de salud mental de la población, fue más bien una transición forzada debido a su propio ejercicio profesional debido a la necesidad demandada por la población usuaria. También se abordó la necesidad de destinar más tiempo en situaciones de gravedad, y de involucrarse en el caso, siendo un emblema de ello, la presencia de ustedes como médicos generales en tribunales sin necesidad de ser perito.

Por otro lado, se abordó el rol de los médicos generales y la manera en la que se logran romper estos paradigmas que pesan sobre la medicina, sobre la distancia profesional, sobre la especialidad formal, el miedo o rechazo a lo social o involucrarse con el contexto del usuario, y la manera en la que es posible observar e intervenir al sujeto desde un enfoque biopsicosocial sin aislarlo de su contexto, ya que vimos que la mayoría de los trastornos no son físicos, son contextuales, son del lugar donde viven y viceversa. Finalmente, se habló sobre el rol de cada profesional del programa, donde cada uno deposita su aporte dentro de él que puede ser de utilidad para el equipo en su conjunto, sin inmiscuirse en el campo profesional de estos ya que cada profesional sabe hasta dónde llega su campo, sin que ello conlleve a una especie de ostracismo profesional donde cada uno ve su área particular.

Ahora bien, para la siguiente sesión queda la parte más específica que tiene que ver con las líneas de trabajo del Programa PMC.

Muchas gracias por la buena disposición para participar de este Grupo Focal y espero verlos a todos en la próxima sesión.

7.2. Transcripción Grupo Focal Sesión N°2

Actividad	Grupo Focal PMC Sesión N°2
Fecha	Martes 11 de junio de 2018
Hora	09:30 – 11:00
Lugar	Box 2 Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil, Consultorio Adosado de Especialidades, Hospital Dr. Gustavo Fricke
Participantes	Equipo de trabajo del Programa de Mediana Complejidad Psiquiátrica: ✓ Asistente Social N°1 **(M1)** ✓ Médico N°1 **(M3)**

	✓ Médico N°2 **(M2)** ✓ Psicólogo N°1 **(H1)** ✓ Psicóloga N°1 **(M4)**
Moderador	Estudiante Tesista **(M°)**

M°: Buenos días a todos, un gusto volver a reunirnos, saludamos a la Psicóloga N°1 quien por diversos motivos no nos pudo acompañar en nuestra primera sesión. Dicho lo anterior, pasaré a explicar en qué consiste esta segunda sesión y final de nuestro grupo focal, que corresponde al cuarto punto, que tiene que ver con la subdivisión de PMC, para lo cual, elaboraré una serie de preguntas introductorias a la discusión de este punto.
En lo que respecta a la Línea de Abordaje Clínico de PMC.
M1: Mis estimados compañeros, en primer lugar, me gustaría contextualizar. PMC posee 3 líneas de trabajo: Atención Clínica que consiste en la atención directa de usuario acá en la Unidad; Fortalecimiento Institucional que es cuando nosotros nos integramos a los equipos interconsultores de APS; Línea Comunitaria que tiene que ver con todo el trabajo que hemos hecho, por ejemplo, cuando hicimos el Multifamiliar, la Escuela de Líderes Adolescentes, en definitiva, todo lo que tiene que ver con el trabajo en red.
M°: Bueno, dentro de la primera línea que mencionó Pamela, tiene que ver con la forma o manera en la cual la comprensión biopsicosocial de la salud condiciona de alguna manera la atención o intervención del PMC, que de una u otra forma tensiona el modelo biomédico tan presente en la atención de salud en general.
M1: Yo creo una de las fortalezas del programa que hace que este sea innovador, creo que nosotros empezamos a hacer ingresos multiprofesionales, porque históricamente en salud los ingresos de pacientes nuevos los hace el médico, y es este quien define un poco hacia donde se deriva, y en este programa, lo innovador lo aporta que el ingreso hasta hace un tiempo era realizado por Médico, Psicólogo y Asistente Social, y hoy día son Médico - Sociales y desde ahí se deriva a Psicología. Lo anterior tiene que ver con tratar de absorber la mayor cantidad de problemáticas en una sola sesión.
M4: Yo opino lo mismo que Pamela.
H1: Yo creo que, en este programa, como se engendró con un equipo reducido, donde los profesionales médicos eran muy pocos, era solamente 1 en un comienzo, yo creo que sí o sí tenía que tener una visión mucho más ligada a lo psicosocial, era casi requisito, con el médico que teníamos en ese período el doctor Patricio Williams, era él y 3 o 4 personas más.
M1: Éramos los 3 Cristóbal...
H1: Gracias por recordarlo Pamela, luego se integró otro médico, pero esto potenció la validación de este enfoque psicosocial, y si uno mira el modelo de funcionamiento desde los inicios se ve claramente que teníamos un perfil psicosocial muy marcado dentro del programa.

M°: ¿Y de qué manera la instalación de este modelo biopsicosocial se configura como un aporte a la disminución de la lista de espera?, me refiero al posible aporte de esta atención integral, en evitar que los pacientes tengan que venir reiteradas veces a una misma prestación, siendo que, como bien dicen ustedes, es posible abordar muchos puntos en una misma sesión...

H1: Con los ingresos sí, pero también se vio que con esta propuesta más psicosocial se pudo trabajar con la red, que también posibilitó que el tratamiento de los pacientes fuese mucho más expedito.

M1: Bueno, y lo otro fue que a los inicios del programa había 2 tipos de ingreso, que eran los multiprofesionales con médico, y habían ingresos psicosociales que hacíamos el Psicólogo y la Asistente Social, donde hacíamos un filtro inicial, entonces con eso logramos bajar rápidamente la lista de espera y hasta la fecha tengo la sensación de que nunca hemos tenido una lista de espera muy amplia, porque además se hizo un trabajo con APS para mejorar las derivaciones, porque antes derivaban todo, y APS de alguna manera nunca hizo el filtro, y desde el momento en que como equipo nos incorporamos a las consultorías, se lograron frenar las derivaciones que en verdad no tenían mucho objeto, o que no tenían la información necesaria antes de pasar a atención secundaria.

M4: Yo creo que en ese foco está el equipo.

H1: Sí.

M2: O sea sí, yo creo que el tema de la capacitación en las consultorías y todo, fue algo más a nivel de unidad, pero sí teníamos que los médicos, psicólogos y Asistente Social asistían a casi todas las consultorías, entonces teníamos mucha más información y podíamos coordinar mucho mejor los casos que ingresaban. Por otro lado, el poder realizar efectivamente los ingresos multiprofesionales también nos permitió que, en una primera entrevista de ingreso, podíamos hacer el filtro mucho más rápido, de decir "oye sabes que esto no requiere una atención a nivel secundario, o sí lo requiere y le podemos dar una hora con alguien de equipo mucho más rápido y expedito. Además, nosotros resguardamos mucho las horas de ingreso médico, por lo tanto, nosotros todas las semanas tenemos ingreso, entonces eso también hace bajar la lista de espera, esas horas están protegidas.

M4: Yo creo que a pesar de que ya estaba instalado el tema de las consultorías, el hecho de que nos llegaban muchas derivaciones mal realizadas, con muchas cosas que no eran Déficit Atencional, empezó a surgir la idea de que las derivaciones de consultorías fueran más...

M2: ...Explícitas...

M4: Claro, y de ahí nació, porque antes eran consultorías para hablar de los casos y listo, pero esta cosa de pedir que se hicieran bien las derivaciones creo que partió desde esa necesidad.

M2: Sí.

M1: Y desde la llegada de nosotros como refuerzo, que éramos 4 profesionales nuevos para el equipo, permitió, por ejemplo, que Servicio Social se incorporara a las consultorías, porque previo a la llegada de nosotros, las consultorías eran Psicólogo y Médico, Asistente Social no iba.

M3: Era la primera vez que iba a ir Asistente Social a la consultoría.

M4: En conclusión, nosotros hicimos todo.

H1: Es que era un problema muy dúctil.

M°: Y en relación con esto mismo, ¿De qué manera esta atención y disminución en la lista de espera ayuda a evitar la cronificación de los casos?

M2: A ver, yo creo que dentro de lo que pasa en nuestro programa es que efectivamente son casos que son en un 70% muy psicosociales, más que médicos, o, mejor dicho, más psiquiátricos. Entonces, efectivamente nuestro programa tiene pacientes que son mucho más crónicos que a lo mejor otros programas como Trastorno Depresivo...

M3: Son más crónicos desde el nivel de problemáticas sociales.

M4: No, pero el tema es que, si tú lo ves también desde lo psicológico, si esas variables sociales continúan, probablemente la sintomatología y la problemática psicológica van a continuar.

M1: El hecho de tener un equipo multiprofesional nos permite a nosotros abordar diferentes aristas del caso clínico e ir resolviendo algunas cosas, estabilizando otras y procurando que accedan a otras redes, que no necesariamente el trabajo lo vamos a hacer nosotros. Y eso evita que los pacientes se queden aquí 5, 6 o 7 años, como era lo que nos encontramos al principio, que recibimos niños que llevaban 5 años en la unidad, entonces la idea de atención secundaria es que sea de paso, a menos que la situación lo requiera, pero la idea de este programa en específico es evitar que los niños estén muchos años en atención secundaria.

M4: Y también, no sé si tenga que ver con esto, pero también tiene que ver con los cambios que yo vi cuando nosotros llegamos, que me llamó mucho la atención, es que nosotros, a nivel terapéutico y social, nos poníamos objetivos, cosa que no pasaba antes. Por ejemplo, el plan de acción yo veía la ficha, y me acuerdo personalmente, y yo decía "pero dónde está el diagnóstico y el plan", y eso hacía que uno dijera "bueno, se alcanzó, estamos de alta".

H1: Claro, y eso iba anclado al ingreso multidisciplinario porque ahí se tiraban las primeras líneas respecto a qué hacer, y uno después uno seguía esas directrices, que eran a grandes rasgos, entonces uno tenía un camino previsto.

M°: Finalmente, en lo que respecta a esta línea, y considerando todo lo anterior, ¿Cuáles creen ustedes que podrían ser algunos espacios para la mejora dentro de la atención?

H1: Siempre me he preguntado cómo hacerlo mejor, porque ahora estamos en un escenario distinto del comienzo, porque cuando llegamos a conformar el TDAH nuestro perfil de pacientes era otro, entonces en el escenario actual estamos con pacientes un poco más complejos, y por ende yo creo que hay mucha más dificultad ahora. Sin

embargo, esto no quita que tengamos que nuevamente adaptarnos y ver qué modificaciones debemos realizar.

M1: Yo creo que lo que nos falta que podríamos mejorar es la evaluación de los Planes de Tratamiento Individual, yo creo que tenemos una población tan grande bajo control, que nos "pilla la máquina" de decir "ya, cada 6 meses vamos a revisar el caso y vamos a ver si avanzó, si no avanzó y qué modificaciones hacemos", siento que de pronto como el perfil ha cambiado, hay muchos usuarios que hacen crisis, y estamos a veces "apagando incendios" y eso nos resta para poder sentarnos como equipo y decir "ya, vamos a evaluar plan de tratamiento de todos los que ingresaron, vamos a inventar, en julio del año pasado".

M3: Yo creo que lo que nos podría ayudar también es la línea de fortalecimiento con las redes. porque muchos pacientes que tenemos acá, están "descansando sus casos" en nosotros, porque APS mejora sus intervenciones por ejemplo, uno termina acá, o uno pudiera de repente darlo de alta rápidamente, pero para que le hagan una psicoterapia en el consultorio se la van a hacer cada 2 meses, entonces se tiene que quedar con nosotros para poder terminar la psicoterapia porque en el consultorio se van a demorar mucho, la terapia no va a ser tal, sino que van a hacer atenciones 1 vez al mes, bimensuales lo máximo, y a veces cada 3 meses incluso. Yo creo que hay algunas falencias en APS que, de ser mejoradas, evitarían la cronificación...

H1: Nos quedamos cortos en eso siempre.

M3: Sí, y decimos "ya, sabes que lo tenemos acá porque el psicólogo del CESFAM está con licencia y no hay quién lo vea, entonces terminemos nosotros acá y después lo derivamos, o el consultorio no cuenta con el arsenal farmacológico determinado", lo que hace imposible derivar al paciente, porque tú no le vas a sumar una carga económica al paciente de comprarse sus propios medicamentos si es usuario del sistema, entonces tienes que tenerlo acá netamente para estarle extendiendo las recetas, y como tú estás extendiéndole la receta, y como dice Pamela, hacen crisis porque tienen un contexto psicosocial complejo, y de repente le pasó tal cosa, y debemos ir hacia atrás, otra vez con el psicólogo, entonces yo creo que eso, si hubiera una fluidez con APS, y estuvieran más fortalecidos los equipos de salud mental infanto-juvenil en APS, yo creo que no deberían llegar tantos como aún llegan, y deberían hacer un tránsito más corto por acá, y resolver, despejar diagnóstico, hacer evaluación social, y derivar a su consultorio. Por otro lado, los pacientes no quieren irse a APS, porque aquí se les brinda una atención expedita, se van con su hora, se van con su medicamento, en cambio allá es mucho más engorroso, entonces la gente te dice "no me voy a ir porque no me gusta el consultorio".

M1: O lo que nos pasa, por ejemplo, con los usuarios de la red de Quintero - Concón, porque allá la red funciona muy distinta y tienen hartas atenciones con esos dispositivos, entonces prefieren venir de Quintero a la atención acá, que atenderse en su hospital.

M3: Entonces yo creo que mucho de lo que recarga a todos los programas acá, y bueno, en especial al nuestro es eso. Lo otro que nos podría ayudar también es ser aún

más exhaustivo en las derivaciones desde APS para poder tomar los casos, porque te dicen "ah, tengo un caso que lo vi recién y es súper malo, o lo vi ayer, así que lo presento para ver si lo pueden atender allá".

H1: Esa es la típica.

M3: Esa es la clásica, "el golazo", y derivan sin una evaluación social, sin visita domiciliaria, sin solicitud de informe al colegio, sin ni siquiera haber pasado por médico. Antes el médico hacía la interconsulta y aquí llegaba y nadie se enteraba que lo habían mandado, y llegaban aquí y había que atenderlos; en cambio ahora, yo este año voy a ser más acuciosa y voy a solicitar las fichas por escrito.

H1: Sí, eso por un parte, y lo otro, es la gravedad y disfuncionalidad de ciertas familias, porque no tenemos ningún programa no hospitalario que pueda apoyarlos.

M4: Y sabes lo otro que estaba pensando es en el tema de los padres, porque tampoco hay una fluidez, nosotros mandamos a mamás que sospechamos o que están con algún trastorno psiquiátrico y derivarlo a Psiquiatría Adulto, eso nos haría mucho bien, porque al final el trabajo lo tiene que empezar a hacer uno, con el consultorio, que se demora 3 meses en darle la hora, y mientras , en mi caso, en mi forma de abordar, si la mamá no está con tratamiento farmacológico no puedes hacer intervenciones con el niño en la pataletas, en las crisis de ira, porque se genera o se puede generar maltrato, entonces tú no puedes dar indicaciones hasta que tenga la mamá su tratamiento farmacológico base.

M°: Creo que se van moviendo solos hacia el siguiente tema, que corresponde a la Línea de Fortalecimiento Institucional, que tiene que ver netamente con APS y las Consultorías de Salud Mental, y creo que ustedes han respondido en gran medida a este tópico, entonces, con finalidad de avanzar en la discusión y evitar redundar, ¿Ustedes consideran que la participación del equipo en las consultorías significa un aporte en la pesquisa de nuevos casos?

M2: Sí, yo creo que es fundamental el que uno pueda asistir a las consultorías, más que para la pesquisa de casos, es para cuando efectivamente los equipos tienen algún caso, alguna duda, podemos hacer el despeje previo a hacer venir a la mamá con el hijo para acá a un ingreso, y que después nosotros le digamos acá "no sabe que la gravedad no es para atención secundaria, sino que para primaria". Evitar esa vuelta es fundamental, y la manera de hacerlo es asistir a las consultorías.

M3: Y estrechar los vínculos con algunas de las especialidades de acá del hospital, porque hay muchos niños que están en control por otra patología, como Cardiología por palpitaciones por ejemplo, y la mamá le dice al Cardiólogo "doctor sabe que en el colegio lo molestan, se burlan de él y el no quiere ir más", entonces como que el especialista no tiene muy clara cuál es la red de APS y dice "ah, yo soy Cardiólogo entonces como lo molestan y se siente mal, vaya al psicólogo, psiquiatra", y te hacen una interconsulta y te ponen "Bullying, se come las uñas, se chupa el dedo, lo molestan en el colegio, psiquiatra" entonces no hay control, ellos creen que todas las derivaciones son solo internas,

entonces llegan cosas aquí que no tienen nada que ver, yo creo que "se chupa el dedo" me dejó plasmada.

M1: "¿pa' qué caminai como pato?" le decía la mamá.

M°: Y en esta lógica de propuesta de mejora para APS, ¿Cuál es el aporte que hace PMC a APS según su experiencia de trabajo en las consultorías?

M1: Yo creo que eso lo hemos realizado más a nivel de unidad, que nosotros presentamos una pauta hace como 2 o 3 años atrás para que se unificara la forma de presentar los casos desde APS en la consultoría, algunos lo usan y es muy grato, y otros no lo usan, y por eso es más difícil entender el motivo de presentación del caso. Otra cosa que hemos logrado fue que en algún momento nosotros levantamos la necesidad de los equipos de Atención Primaria, porque ellos no tenían tiempo de reunirse antes de las consultorías, entonces a veces usaban ese espacio para coordinarse entre ellos, eso fue como hace 2 años atrás. Otra cosa en la que pudimos aportar fue en algunas capacitaciones cuando había un diagnóstico muy prevalente, por ejemplo, vamos a inventar "En Nueva Aurora habían aumentado los casos de consumo de drogas, y el equipo de atención secundaria ocupaba una consultoría para entregar herramientas de pesquisa o de trabajo terapéutico para los profesionales. Eso es un poco lo que hemos ido aportando.

M2: Claro, pero como Unidad que como PMC. Yo creo que en términos como de programa propiamente tal, yo creo que hemos logrado que efectivamente todos vamos a consultoría y por tanto conocemos un poco más la red, pero no sé si en términos de ordenamiento hemos logrado hacer tanto como programa.

M°: Ahora, nos queda la última línea llamada de Gestión de Redes o Comunitaria, de acuerdo a su experiencia, ¿Es posible observar un trabajo colaborativo con las redes, ya sea del intersector u otras organizaciones?

H1: Sí, yo tengo la impresión de que nosotros, cuando nos conformamos como programa hasta ahora, o sea gracias a Pamela fuimos un poco precursores en poder hacer estos nexos con la red, porque los Psicólogos no tenemos mucha visión de la red, pero Pamela hizo todo esto diplomáticamente hizo todas estas conexiones para poder ir trabajando con los pacientes.

M°: ¿Y cómo las actuaciones a través de esta red permiten o permitirían un aumento en la resolutividad? Según los antecedentes que me entregaron ustedes ese es el objetivo central del que emana la creación de este programa.

M2: Yo creo que en el caso de nosotros es fundamental, porque efectivamente muchos de los casos, como son con aspectos psicosociales o con ámbitos psicosociales muy complicados, entonces el contacto y la gestión con redes, es fundamental porque si no tenemos la red, no tenemos idea de qué están haciendo en otros lados, porque muchas veces nos pasa que nosotros decimos "hay que judicializar este caso", y de repente nos contactamos con la red y nos damos cuenta que el caso ya está judicializado, y eso obviamente aumenta la resolutividad, pero también que podamos delegar ciertas

funciones a otras redes, y que además sea más expedito hacia las diferentes redes a las que acceden nuestros pacientes.

M1: Otra cosa que nos ha permitido es disminuir la sobre intervención en las familias, porque tenemos familias que están en 3 o 4 dispositivos más, entonces nos reunimos con los dispositivos, porque la idea de este trabajo en red era aunar criterios para que todos tuviésemos una visión más o menos igual de la familia, entonces nos permite triangular información, delegar objetivos, y nos permite ampliar la visión y no parcelarla, que me había dado vueltas, porque como las familias que atendemos son multiproblemáticas, cuando los equipos los intervienen y parcializan la atención, y como no se conocen entre ellos, o no se aúnan criterios, uno como profesional tiene mayores probabilidades de tomar malas decisiones, apurar procesos y de sobre intervenir, y finalmente lo que uno hace es dañar a la familia más que ayudarla. Por eso una de las líneas más fuertes de PMC desde el Trabajo Social, es el trabajo en red.

M°: Bueno, antes de la síntesis general, realizaremos una síntesis breve respecto al punto revisado recientemente, enfocado en la pertinencia de la división del programa, ¿Creen ustedes que dicha división es atingente? ¿Habría que reordenarla?, ¿Dejarla cómo está?

M2: Es que no sé si cambiarlo...

M4: Me gusta que esté dividido, creo que es positivo porque nos permite ordenarnos y trabajar en la que creemos más débil. Yo creo que los nombres habría que ajustarlos.

M3: Yo le pondría Consultorías APS, porque siento que suena a fortalecer al hospital.

M2: Me falta una línea más clínica. Si sé que existe, pero siento que el programa, teniendo esas 3 líneas, se ve que es demasiado psicosocial, y sí, tiene una veta psicosocial, pero también la parte clínica es importante.

M4: ¿Cómo entiendes la clínica Carla? porque es la atención directa de los usuarios, incluye los ingresos multiprofesionales, psicoterapia individual, de familia... de todo, el tratamiento farmacológico, la visita domiciliaria... eso incluye la canasta.

M2: Siento que hay mucho de redes, o sea APS porque al final igual es una red, entonces, si uno lo ve así, en porcentaje es como que si fuese un 80% de redes y un 20% de clínico.

M1: Son dos ámbitos distintos, porque APS es Salud, es el tránsito de nuestros usuarios en el Continuum de Salud, y lo de redes es todo lo externo a salud, es distinto.

M°: Finalmente, voy a proceder a leerles la síntesis general del proceso en general, de ambas jornadas: Como primer punto, trabajamos en relación a la transición desde TDAH a PMC en el momento en el que cada miembro del equipo se integró a esto, ya sea en TDAH, en la Transición o ya en PMC de facto, y se logró tomar el origen de esto y ver de qué manera el propio equipo logra empujar la creación del PMC, es decir, ampliar el espectro de trastornos abordados. Luego revisamos el tema de las expectativas, y surgió esta dicotomía entre el aumento de los casos y la menor cantidad de profesionales, y cómo se podía mantener un estándar de calidad en ese complejo escenario. En el punto del trabajo con médicos generales, donde estas tomaron la delantera desde su propia experiencia para detallar en profundidad su propio rol y cuál es la importancia de su

experiencia, sin necesidad de que exista un psiquiatra pesquisando esos casos. En cuanto a la percepción de cada profesional, donde destacó el rol de la Asistente Social y su aporte en lo que respecta a las redes y a la comprensión de la dimensión social, ya que como se conversó muchos de los casos de PMC tiene un componente psicosocial muy fuerte. Ya al terminar, en lo que respecta a la subdivisión del programa, lograron darse cuenta de que este grupo de discusión seguía un hilo conductor, ya que cada pregunta nos acercaba introductoriamente a la siguiente, y eso puede significar que en cierta medida lo que realiza el programa posee una cierta coherencia, fuera de cuestiones de forma y orden. Finalmente, yo estaré trabajando durante este año con ustedes en la sistematización de este modelo, y este es el punto de partida para iniciar el proceso de análisis de la información que cada uno de ustedes me ha facilitado. Quiero darles las gracias a cada uno por participar, sé que en el contexto hospitalario, más bien salud, es muy difícil darse estos espacios, y aun así la vez anterior todos tomaron la decisión de extender su duración, y es muy valorable y da cuenta del compromiso del equipo, y la idea de la sistematización es poder traspasar ese compromiso a otras unidades y transformarlo en un programa que tenga validez y que sea conocido, incluso, siendo capaz de constituirse en un referente a nivel comunal, regional, y por qué no, a nivel nacional. Reitero mis agradecimientos y nos estaremos viendo seguido por la unidad.