



Universidad
de Valparaíso
CHILE

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

SISTEMATIZACIÓN DE APRENDIZAJES:

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL DESDE EL MODELO
COMUNITARIO DE ATENCION EN SALUD MENTAL, EN LOS
CONTEXTOS DE CRISIS SOCIAL Y SANITARIA EN LA
CIUDAD DE VALPARAÍSO

PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
TRABAJADOR SOCIAL Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN
TRABAJO SOCIAL.

ESTUDIANTES: HANS OLIVARES GONZÁLEZ

JAVIER VILCHES CORTÉS

PROFESORA GUÍA: PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

AÑO: 2020

Agradecimientos

El siguiente proyecto de título marca la culminación de un largo proceso de formación que decidí realizar hace varios años, donde la decisión de cambiar mi futuro profesional de Auditoría a Trabajo Social fue crucial para la satisfacción que siento hoy en día por mi crecimiento personal y profesional que he llegado a obtener hasta a la fecha. El camino ha sido duro y arduo, donde frente a las diversas situaciones vivenciadas en el proceso universitario siempre he contado con un apoyo incondicional de diferentes personas, y por ello quiero agradecer a las personas que estuvieron conmigo desde un principio y que fueron fundamentales para sobrellevar aquellos momentos complicados.

En primer lugar, agradecer a mi padre, Luis; y a mi madre, Ezia. Quienes a lo largo de mi vida siempre han estado presente frente a todas las adversidades, agradecerles la paciencia y confianza que me otorgaron para alcanzar mis desafíos profesionales. A mis hermanas, Lindsay y Constanza, quienes me motivan a seguir creciendo desde lo personal y lo profesional, solo destacar el inmenso cariño a ambas y que siempre podrán contar conmigo.

Agradezco también a mi familia de hermanos, mis mejores amigos, el “Nigga Clan”. Agradecerles a cada uno de ustedes Aguayo, Facu, Hugo y Pancho, por su apoyo incondicional, por estar en los momentos de alegría y tristeza, por ser en muchos momentos mi cable a tierra, por esto y más gracias queridos hermanos.

Agradezco a todas y cada una de las personas con las que he compartido este proceso en la universidad, por los logros, las discusiones y cada momento vivido con ustedes. Ha sido una experiencia totalmente gratificante para mi crecimiento personal y que de no haber sido por el apoyo mutuo que nos brindamos frente a las dificultades, probablemente

el proceso hubiese sido más desalentador y angustiante, agradezco haberlos conocido y haberme otorgado todo su cariño y amistad.

A mi hermano, compañero y amigo Javier, este agradecimiento es sumamente significativo por lo que implica nuestros procesos, me enorgullezco de ti y por haber compartido este proceso contigo, lo emotivo de empezar este camino juntos y finalizar juntos. Eres una persona increíble, con grandes valores y principios que movilizan tu accionar personal y profesional, creo que serás un gran profesional desde donde te desempeñes, y que nunca apaguen tu fuego de alegría y apañe lo que siempre te ha caracterizado.

Finalmente agradecer a la académica Patricia Castañeda, por ser nuestra profesora guía y mentora de nuestro proyecto título, gracias por motivarnos e impulsarnos a ser mejores profesionales, gracias por los conocimientos, herramientas y consejos que nos otorgó por último, por la confianza depositada en nosotros para impulsar el conocimiento entorno al Trabajo Social.

Hans Bastian Olivares González

Se acaba la u y sin duda soy una persona muy distinto al cabro de 17 años que llegó a vivir Valparaíso, para ser el primer universitario de una familia campesina. Llegué no conociendo nada de esta ciudad y terminé este proceso lleno de experiencias que me hacen atesorar mi estadía universitaria en este puerto que entre sus colores, olores y personas me dio: alegrías, risas, desafíos y tristezas que se conjugan en múltiples aprendizajes.

Quiero dar mi mayor agradecimiento a mi madre ya que gracias a ella y su trabajo puede estudiar y vivir en Valparaíso, gracias mamá (Fresia) sin duda hoy finalizo la universidad gracias a ti, una mujer campesina, madre soltera y dirigente social.

Agradezco a mi campo la tierra donde me crié el Valle de Chalinga donde entre perros árboles, gallinas, tierra y pasto empecé, a escribir esta tesis en medio de la pandemia.

Agradezco también a mi compañero el Hans con quien nos embarcamos en esta idea de hacer esta tesis, acompañándonos y entendiéndonos en este vertiginoso proceso y con quien además compartí todo el tránsito universitario. ¡Seremos los medios trabajadores sociales!.

La universidad me enseñó mucho, pero el aprendizaje más significativo se desarrollaron en los espacios de encuentros, cuestionamiento y rebeldías, donde entre compañeros/ras/res se transmitían ideas y anhelos que nos movilizan a actuar. En estos espacios es donde conocí y me rodee de grandes personas de las cuales me enseñaron mucho, gracias a todas todos y todes con quienes compartí en estos años de universidad.

Para cerrar estos agradecimientos quiero declarar que un “cartón” no lo es todo ni necesariamente nos hace mejores personas, hay personas que con menos educación formal son más humanos que muchos profesionales.

Javier José Ignacio Vilches Cortés

Presentación General

El presente documento corresponde al Proyecto de Título de Trabajo Social de los estudiantes de Trabajo Social Hans Olivares Gonzales y Javier Vilches Cortés de la Universidad de Valparaíso, quienes son guiadas académicamente en este proceso por la académica e investigadora Patricia Castañeda Meneses.

El Proyecto de Título comprende el desarrollo de cinco capítulos, los cuales son detallados a continuación.

CAPÍTULO 1 Contextos: Primer capítulo donde se exponen características del territorio donde está situada la sistematización siendo esta la ciudad de Valparaíso, se incorpora además definiciones de la política pública nacional en salud, antecedentes de trabajo social en salud y una caracterización de los periodos de crisis social y sanitaria.

CAPÍTULO 2 Marco Conceptual: En este apartado se despliega un análisis de tres ejes conceptuales siendo estos el eje conceptual de salud, eje conceptual de salud mental, eje conceptual de salud mental comunitario y además un apartado de trabajo social y salud mental/ salud mental comunitaria.

CAPÍTULO 3 Marco metodológico: En este capítulo se expone la metodología a utilizar fundamentándose la utilización de esta, definiéndose los objetivos y el colectivo participante además de las técnicas para recolectar las experiencias.

CAPÍTULO 4 Análisis de resultados: Este capítulo contiene los análisis de categoría siendo estas la rehabilitación psicosocial, recuperación e inclusión sociocomunitaria, sumado a un análisis de secuencia en tres periodos: anterior a las crisis, crisis social y crisis sanitaria. Estos análisis son subdivididos por las experiencias en niveles de atención primaria y secundaria de la ciudad de Valparaíso, adicionando un apartado de síntesis de aprendizajes por cada nivel y hallazgos de la sistematización.

CAPÍTULO 5 Conclusiones: En este último capítulo se exponen conclusiones temáticas de los análisis de resultados, sumado a conclusiones metodológicas y conclusiones desde el trabajo social.

Finalmente, este compilado cuenta con la respectiva Bibliografía utilizada para el desarrollo del proceso de sistematización de experiencias.

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Presentación General	5
Capítulo 1: Contextos de la Experiencia	16
1. Contexto Territorial	17
1.1. Delimitación Regional	17
1.1.1. Modelo de Desarrollo Regional	17
Caracterización Económica.	18
Caracterización Laboral.	19
1.2. Delimitación Comunal	20
1.2.1. Modelo de Desarrollo Comunal	20
Población demográfica.	20
Caracterización Económica.	21
Caracterización Laboral.	22
Perfil Epidemiológico.	23
Contexto de Política Pública	25
1.3. Sistema de Salud en Chile	25
Niveles de Atención	27
1.3.1. Modelo de Salud en Chile	27
1.3.2. Modelo de Salud Mental en Chile	32
1.4. Salud territorial en Valparaíso	35
1.5. Antecedentes del Trabajo Social y Salud	36

Contextos de Crisis	39
1.6. Crisis social	39
1.6.1. Antecedentes de la Crisis	39
1.6.2. Características de la crisis social	41
Aspecto social.	41
Aspecto político.	42
Aspecto económico.	45
1.6.3. Consecuencias	47
1.7. Crisis Sanitaria	48
1.7.1. Antecedentes de Crisis	49
1.7.2. Características de la Crisis Sanitaria	52
Aspecto Social.	52
Aspecto Político.	54
Aspecto Económico.	56
1.7.3. Consecuencias	58
Capítulo 2	60
Marco Conceptual	60
2. Marco Conceptual	61
2.1. Eje Conceptual de Salud	61
2.1.1. Modelo Biopsicosocial	62
2.1.2. Derechos a Salud	63
2.1.3. Tensiones y Avances del Concepto Salud	64

Salud Multidimensional.	65
2.1.4. Determinantes Sociales	66
Enfoques de intervención en los DSS.	69
2.2. Eje Conceptual de Salud Mental	70
2.2.1. Determinantes Sociales en Salud Mental	73
2.2.2. Ámbitos de la Salud Mental	76
Salud mental y cultura.	76
Salud mental y Crisis sociales.	77
2.3. Eje Salud Mental Comunitaria	78
2.3.1. Tensiones y Avances del Concepto de SMC	80
2.3.2. Componentes de la SMC	83
Rehabilitación psicosocial.	84
Recuperación.	85
Inclusión Sociocomunitaria.	86
2.4. Trabajo Social y Salud Mental/ Salud mental Comunitaria	88
Capítulo 3	91
Marco Metodológico	91
3. Marco Metodológico	92
3.1. Fundamentación de la Temática	92
3.2. Fundamentación Metodológica	93
3.3. Delimitación de la sistematización.	94
3.4. Objetivos de Sistematización	94

Objetivo General.	94
Objetivos Específicos.	95
3.5. Colectivos participantes	95
Criterio de inclusión.	96
3.6. Técnicas con fines de sistematización	96
Entrevista con fines de Sistematización.	96
Revisión Documental.	97
3.7. Plan de Análisis de la Información	97
3.8. Procedimiento de Validación	98
Protocolo de Entrevista con fines de sistematización.	98
Estructura de Consentimiento Informado.	108
Capítulo 4	110
Análisis de Resultados	110
4. Análisis de la información	111
4.1. Caracterización del colectivo participante	111
4.2. Categoría de Análisis Rehabilitación Psicosocial	116
4.2.1. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Primaria	116
Periodo anterior a la crisis.	116
Periodo de la Crisis Social.	123
Periodo de la Crisis Sanitaria.	129
Síntesis de aprendizajes.	136
Primera acogida a dispositivos de salud mental por el trabajo social.	136

Estrategias utilizadas.	138
Tiempo de Espera de Atención.	139
Actividades Asociadas.	139
Instrumentos: test y cuestionarios.	140
Trabajadores sociales y mirada diagnóstica de su población.	141
4.2.2. Relato y Análisis de Experiencias de Atención Secundaria	141
Periodo Anterior a las Crisis.	141
Periodo de la Crisis Social.	150
Periodo de la Crisis Sanitaria.	157
Síntesis de Aprendizajes.	164
Construcción de Instrumentos.	167
Modalidad de la Atención.	168
Trabajo social clínico y asistencial en salud mental.	169
4.3. Categoría de Análisis Recuperación	171
4.3.1. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Primaria	172
Periodo Anterior a la Crisis.	172
Crisis Social.	175
Crisis Sanitaria.	177
Síntesis de Aprendizajes.	179
Escasa participación del trabajo social en la recuperación.	179
Escasa resolutivez del programa de salud mental de atención primaria.	180

La recuperación como procesos íntimamente personal y social.	181
4.3.2. Relato y Análisis de Experiencia de Secundaria	182
Periodo Anterior a la Crisis.	182
Crisis Social.	185
Crisis Sanitaria.	187
Síntesis de Aprendizajes.	190
Función de Egreso.	190
Función de seguimiento.	191
4.4. Categoría de Análisis Inclusión Sociocomunitaria	193
4.4.1. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Primaria	193
Periodo Anterior a las Crisis.	193
Crisis Social.	204
Crisis Sanitaria	214
Síntesis de Aprendizajes.	224
Trabajo social y rol de encargado/da de participación y promoción social.	224
Trabajo social y grupos multifamiliar de autoayuda.	228
La inclusión sociocomunitaria y las crisis.	230
Intersectorialidad e inclusión sociocomunitaria.	231
Trabajo social y círculos de escucha.	233
Escases de indicadores de inclusión sociocomunitaria.	234

4.4.2. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Secundaria/Terciaria	235
Periodo Anterior a las Crisis.	235
Crisis Social.	246
Crisis Sanitaria.	256
Síntesis de Aprendizajes.	264
Línea de trabajo grupal.	265
Línea de trabajo comunitaria.	266
Rol del TS en el espacio del CDLS.	268
Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia y readaptación a la línea comunitaria.	270
Línea de Voluntariados y Participación Comunitaria.	271
Derechos humanos como inclusión en la atención.	272
Trabajo social y bienestar del personal.	272
4.5. Principales Hallazgos	273
Organizaciones y redes de Trabajo social.	273
Influencias de la dirección institucional y la política pública	275
Capítulo 5	279
Conclusiones	279
5. Conclusión	280
5.1. Conclusiones Temáticas	280
Eje de análisis: Rehabilitación psicosocial.	280

Eje de análisis: Recuperación.	281
Eje de análisis: Inclusión sociocomunitaria.	282
5.2. Conclusiones Metodológicas	285
5.3. Conclusiones Profesionales	286
Bibliografía	287

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Niveles de Atención en Salud	27
Tabla 2 Colectivo participante	111
Tabla 3 Colectivo complementario	112
Tabla 4 Triangulación	112
Tabla 5 Instrumentos	118
Tabla 6 Ejemplificación del enfoque de curso de vida APS	120
Tabla 7 Ficha de Trabajo “Primera Acogida”	137
Tabla 8 Acciones vía Teléfono	158
Tabla 9 Ficha de Trabajo "Consultorías"	165
Tabla 10 Tipos de Egresos	182
Tabla 11 Ficha de Trabajo “Egreso”	190
Tabla 12 Distribución de las funciones	193
Tabla 13 Mesa de Trabajo Comunitaria	200
Tabla 14 Rol profesional y ético	205
Tabla 15 Rol ciudadano	205
Tabla 16 Formato Taller Comunitario	210
Tabla 17 Grupo del COSAM	236
Tabla 18 Líneas de acción del Programa ECO	240

Tabla 19 Experiencia relatadas	244
Tabla 20 Temática de los encuentros	249
Tabla 21 Modificación de la línea de acción	252
Tabla 22 Ficha de Trabajo CDLS	267

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Características del MAIS	29
Ilustración 2 Mapa de las Instituciones	113
Ilustración 3 Vías de adquisición del conocimiento	115
Ilustración 4 Enfoque del Motivo de Atención	138
Ilustración 5 Instrumentos	141
Ilustración 6 Mirada transversal	141
Ilustración 7 Ficha de Ingreso	144
Ilustración 8 Ficha de Evaluación de AS	145
Ilustración 9 Contrato Terapéutico	147
Ilustración 10 Foco del espacio	167
Ilustración 11 Organización del Seguimiento	183
Ilustración 12 Modificación de la Vía de Seguimiento	192
Ilustración 13 Diapositiva de la I Jornada Encargadxs de Salud Mental	217
Ilustración 14 Formulario de Derivación	218
Ilustración 15 Flujograma de atención	222
Ilustración 16 Articulador de actores	249
Ilustración 17 Transición del espacio	257
Ilustración 18 Evolución del espacio	269

Capítulo 1: Contextos de la Experiencia

1. Contexto Territorial

1.1. Delimitación Regional

La Región de Valparaíso presenta una población de 1.815.902 personas, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), esta se encuentra ubicada en la zona central de Chile, limitando al norte con la Región de Coquimbo al sureste con la Región Metropolitana y en su extremo Sur con la región del Libertador General Bernardo O'Higgins. En su límite, este se encuentra demarcado por límite nacional con Argentina y el cordón montañoso de la Cordillera de los Andes y al Oeste el océano Pacífico. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018)

La Región de Valparaíso está compuesta por 8 provincias, estas provincias son: Isla de Pascua, Los Andes, Petorca, Quillota, San Antonio, San Felipe de Aconcagua, Valparaíso y Marga Marga, estas Provincias están además compuestas por un total de 38 comunas.

1.1.1. Modelo de Desarrollo Regional

Para contextualizar la región, es necesario revisar el modelo de desarrollo regional, que establece las orientaciones estratégicas a utilizar en el territorio de la región de Valparaíso, en el que a partir de un diagnóstico que considera elementos centrales de la región, elabora ejes estratégicos que pretenden direccionar el accionar público y que se materializa en políticas públicas regionales, planes, programas y proyectos al servicio público y privado.

El modelo de desarrollo regional de Valparaíso planteado por la División de Planificación y Desarrollo (DIPLAD) al año 2020, presenta una serie de elementos de caracterización de la región. Para el contexto de la presente sistematización detallaremos la caracterización económica y laboral.

Caracterización Económica.

Una de las características principales de la región de Valparaíso se demuestra en la diversidad de su estructura económica, y que por ello, Valparaíso se encuentra en el tercer lugar de la concentración económica en Chile, después de Santiago y Biobío. En ese sentido la región de Valparaíso posee una estructura económica muy variada en la que se desarrollan actividades agrícolas, portuarias, industriales, mineras, turísticas, universitarias y estudios científicos.

Los sectores productivos de la región de Valparaíso son Valles de Petorca y La Ligua, Valle del Alto Aconcagua, Valle Central del Aconcagua, del Litoral Norte (Quintero, Puchuncaví, Zapallar y Papudo), Valle de Casablanca, Litoral Sur (Algarrobo, El Quisco, Las Cruces, Cartagena y San Antonio), Territorios Insulares (Isla de Pascua y Juan Fernández) y El Gran Valparaíso.

A continuación, siguiendo a DIPLAD (2020), este plantea características y/o tendencias que inciden en el comportamiento del desarrollo regional.

- Infraestructura vial y portuaria en proceso de expansión.
- Alta presencia y proyección de centros de estudios superiores y de investigación.
- Vulnerabilidad por eventos de riesgos de origen natural y antrópico.
- Tensión por escasez de recursos hídricos.
- Fragilidad ambiental por el crecimiento urbano e industrial.
- Concentración de la población regional en centros urbanos.
- Identidad regional caracterizada por su diversidad cultural, social y territorial que la proyecta en el escenario nacional e internacional.
- Alta vulnerabilidad social y territorial de poblaciones y áreas subregionales, reflejada especialmente en la existencia de campamentos.

- Interacción creciente con la región metropolitana, con la macrozona central de Chile y con la macrozona andina central.
- Posición oceánica política estratégica en el Pacífico sur por presencia de territorios insulares.

Estas tendencias y características sitúan la manera en que se desarrolla el crecimiento económico de la región, considerando sus dificultades y potencialidad apuntando a buscar la mayor eficiencia y eficacia en la utilización de sus recursos humanos y naturales.

Caracterización Laboral.

Desde el ámbito laboral, según el Observatorio Laboral de Valparaíso (2020) la región presenta una población total de 871.387 trabajadores, que se dividen en 511.776 hombres (59%) y 359.611 mujeres (41%). De esa población, según sus grupos de edad: están entre los rangos de 15 a 29 años hay 178.561 trabajadores, entre los rangos de 30 a 44 años hay 307.202 trabajadores, entre los rangos de 45 a 59 años hay 265.926 trabajadores y finalmente entre los rangos de 60 años o más hay alrededor de 119.698 trabajadores.

Siguiendo al Observatorio Laboral de Valparaíso, este señala otros aspectos relevantes, como la modalidad de llevar a cabo las acciones laborales en relación a independencia/dependencia y desde donde realizan estas acciones. Por tanto, en la región de Valparaíso hay 144.212 trabajadores independientes (23%), de los cuales 61.749 son de carácter formal (10%) y 82.463 son de carácter informal (13%). Por otra parte, existen 474.545 trabajadores dependientes (77%), de los cuales 381.441 trabajadores son de carácter formal (62%) y 93.104 trabajadores son de carácter informal (15%).

Finalmente, en el reporte regional que realiza el Observatorio Laboral de Valparaíso (2019) señalan que los sectores económicos con mayor cantidad de empresas son la de comercio con un total de 11.127 (21%) y seguido de la actividades Inmobiliarias,

empresariales y de alquiler con 10.623 empresas (20%), hechos que tienen correlación con la principal actividad que conlleva la región de Valparaíso, que es el turismo y todo lo que de ello deriva. No obstante, la mayor concentración de trabajadores la posee el sector de la construcción, con una captación del 17% de la población de trabajadores y seguido de este el sector de comercio con un 15%.

1.2. Delimitación Comunal

En esta sección se delimitará el territorio específico en donde se llevará a cabo la sistematización, esta será ajustado a la comuna de Valparaíso perteneciente a la provincia y región de Valparaíso y que limita con las comunas de Viña del Mar, Quilpué y Casablanca. En la comuna de Valparaíso existen tres asentamientos urbanos que componen el Gran Valparaíso; el sector bahía conocido como Plan, cerros de Valparaíso, el sector urbano de Placilla de Peñuelas y el sector de Laguna Verde.

1.2.1. Modelo de Desarrollo Comunal

Una vez revisada las características de la región, es necesario profundizar en el modelo de desarrollo de la comuna, para indagar en las características de esta. Esto se hará a través del Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) el que según la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades es el :“instrumento rector del desarrollo en la comuna, contemplará las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico y cultural“ . El actual PLADECO de Valparaíso fue desarrollado el año 2019 y dentro de su objetivos pretende *“fortalecer las cualidades del proceso de producción histórica del territorio de Valparaíso y promover formas de producción que las proyecten hacia el siglo XXI.”*

Población demográfica.

La comuna de Valparaíso, tiene una población de 296.655 habitantes, de los cuales 144.945 son hombres y 151.710 son mujeres. Respecto a los grupos etarios: entre los

rangos de 0 a 14 años existe una población de 52.698, entre los rangos de 15 a 29 años existe una población de 76.183, entre los 30 y 44 años existe una población de 57.911, entre los rangos 45 a 64 años existe una población de 70.240 y de los 65 o más años existe una población de 39.623. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018)

Caracterización Económica.

De acuerdo a lo planteado por PLADECO (2019), la comuna de Valparaíso en su desarrollo económico es influenciada por los contextos globales nacionales y locales.

Chile en sus últimas décadas desarrolló una política de liberación económica a través de una apertura global de la economía, esta política ciertamente influyó en Valparaíso, provocando que el desarrollo económico de la comuna haya seguido una lógica de iniciativas de carácter nacional que no dialogan adecuadamente con los y las actores del territorio. Esto se puede evidenciar el año 1997, donde se puso en marcha una propuesta productiva de modernización portuaria a través de la Ley 19.542 la que dio paso a un puerto que converge con la ciudad, pero que no cuenta con participación del gobierno regional ni comunal, que no redistribuye sus ingresos en el territorio, aun cuando genera un conjunto importante de externalidades.

Siguiendo este proceso de liberación económica en el año 2003, el área histórica de Valparaíso fue agregada en la Lista del Patrimonio Mundial haciendo aparecer la industria Turística como un polo de crecimiento económico para la ciudad. El desarrollo del turismo en Valparaíso, ha privilegiado las inversiones en la zona patrimonial sin atender a otros sectores, los que han sufrido una relativa pauperización al no estar incluidas en el área patrimonial

Por otra parte, Valparaíso se instala como una ciudad universitaria albergando una gran cantidad de población de estudiantes provenientes de otras regiones. La comuna registra en 2017 un total de 61.135 estudiantes matriculados en pregrado y posgrado, lo

que representa un 47,6% del total regional (PLADECO, 2019). Esto ha llevado a un aumento en el ofrecimiento de la comuna de servicios asociados a la vida universitaria, como alquiler de departamentos, piezas en residenciales, servicios de comida, entretenimiento y el comercio nocturno.

Actualmente en Valparaíso dados los antecedentes presentados con anterioridad en base al PLADECO, la comuna en el ámbito económico presenta un despliegue de iniciativas de una escala menor que se vinculan con la producción y comercialización de bienes relacionados con el turismo la cadena logística portuaria, las universidades y el mercado interno comunal.

Caracterización Laboral.

Con respecto al ámbito laboral, la comuna de Valparaíso se caracteriza por su gran captación de trabajadores en las áreas de educación, comercio y construcción, fuentes principales de ingresos tanto como para la comuna como para la población, sin embargo, comercio y construcción han tenido una baja inversión debido a la inestabilidad que presenta la ciudad entorno a una larga trayectoria de cambios en su gestión. Es por esto que la comuna de Valparaíso, ha alcanzado una de las mayores tasas de desempleo a nivel nacional, alcanzando un 14% de desempleo integral (Fundación Sol , 2018). Estas cifras se deberían además a una modificación de la forma en que las personas están llevando a cabo el trabajo donde se despliega, un bajo trabajo asalariado y un aumento en el trabajo por cuenta propia. (LYD, 2019)

En cuanto en Valparaíso con respecto a otras miradas que aportan a la caracterización laboral, son la situación demográfica que presenta, donde existe una alto porcentaje de población que es jubilada, y por otra parte, en la comuna hay un gran grupo de mujeres que realiza tareas reproductivas y labores de cuidados que se constituyen en trabajo no remunerados en el hogar.

Perfil Epidemiológico.

En la síntesis entregada por el PLADECO con la base de datos del Plan de Salud Comunal (2018) de Valparaíso, se describe la siguiente aproximación del perfil epidemiológico de la población de la comuna.

Se identifican grupos etarios en situación de vulnerabilidad, que por diversas causas asociadas, presentan factores de riesgos que condicionan su bienestar y que exponen al grupo familiar a una mayor morbimortalidad.

En la etapa de la primaria infancia, se evidencia riesgo entorno al desarrollo psicomotor, específicamente en la dimensión del lenguaje y los altos nivel de alteración en la salud oral, y por último, la principal causa de morbimortalidad de este grupo es debido a enfermedades respiratorias.

En la etapa de la niñez se evidencian altos niveles de malnutrición por sobrealimentación, en donde se instalan hábitos, que en algunos casos prevalecen hasta la vida adulta, haciendo previsible ciertos escenarios de obesidad.

En la etapa de la adolescencia, existe un riesgo en el bienestar emocional, asociado al cuestionamiento de la autoimagen, está ha sido identificada mayoritariamente en mujeres que en hombres, no obstante la tendencia nacional respecto a suicidio en esta etapa de vida es de 2 a 3 veces mayor en hombres que en mujeres. Por otra parte, existe riesgo obstétrico y perinatal por la alta presencia de embarazos adolescentes y además un aumento en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), debido a no utilizar métodos de prevención y que en definitiva, genera consecuencias biopsicosociales en el proceso de desarrollo de sus ciclos vitales. Finalmente, este grupo presenta una prevalencia de tabaquismo, aumento significativo del consumo de marihuana y de cocaína, y actividad sexual mayoritariamente sin métodos de prevención frente a las ITS.

En la etapa adulta, se identifican factores de riesgo por tabaquismo, obesidad, presión arterial y glicemia elevada, y presencia significativa de morbimortalidad por causa cardiovascular. También este grupo, posee una alza entorno a ITS específicamente a VIH-SIDA, debido a la baja protección o uso de preservativos.

Finalmente, alrededor de la mitad de las personas mayores de la comuna están bajo control preventivo del sistema de salud público, sin embargo existe una alta presencia de factores de riesgo de pérdida funcional. El 13% de las personas mayores posee algún grado de dependencia y requiere de algún cuidador/a que le colabore para efectuar alguna de las actividades básicas de la vida diaria, siendo casi el 3% la cantidad de personas que requieren cuidados totales.

Contexto de Política Pública

1.3. Sistema de Salud en Chile

Un sistema de salud según Savigny & Adam (2009) “consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud, es decir, un conjunto de elementos que desarrollan acciones sanitarias(...)”

El sistema de salud en Chile corresponde a un modelo de carácter mixto tanto en el financiamiento y la prestación, en donde el ámbito público y privado coexisten.

Respecto al ámbito público, este es administrado y gestionado por el estado, donde el Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el servicio público encargado de ser la financiadora de las necesidades de salud de quienes se encuentren bajo su alero. El financiamiento de las prestaciones de salud corresponden al 7% de las remuneraciones líquidas de los trabajadores que eligen a FONASA como su prestadora de salud. En tanto, FONASA cubre el 80% de la población, a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), su red de servicios de salud Regionales y por el sistema Municipal de salud (Becerril-Montekio, Reyes, & Manuel, 2010).

FONASA agrupa a sus beneficiarios en los Tramos A,B,C y D. Estos tramos son cohortes que definen el copago por parte de los beneficiarios, en relación a recibir atenciones de salud en la red pública. Estos datos cambian anualmente según las variaciones que tenga el ingreso mínimo mensual. Actualmente los tramos A y B poseen una bonificación del 100% en las atenciones de salud en la red pública, el tramo C posee una bonificación del 90% con un copago de un 10% de las atenciones, y finalmente el tramo D posee una bonificación del 80% con un copago del 20% de las atenciones.

En su contraparte en el ámbito privado, es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), el cual las personas acceden a través de un aporte que se

ajusta a primas y planes correspondientes, y que puede ser igual o mayor al 7% legal estipulado. ISAPRE por su parte cubre aproximadamente a un 17,5% de la población (Becerril-Montekio, Reyes, & Manuel, 2010), lo que sugiere que una pequeña parte de la población aporta directamente de su bolsillo para atención en salud.

Este ámbito privado mayoritariamente ejecuta sus acciones de salud a través de diferentes prestadores privados, con fines de lucro y de diversa atención (clínicas y/o centros médicos), utilizando en algunas situaciones convenios con prestadores públicos para atenciones de urgencias, tratamiento intensivo o servicio a pensionados.

Las ISAPRES ofrecen una gran variedad de planes, dependiendo el aporte entregado por el usuario lo que en general resulta en la entrega de mayores beneficios que los que presta FONASA. Existen dos tipos de ISAPRE, cerradas y abiertas. Las cerradas están limitadas a los trabajadores de una empresa o sector económico. Las abiertas permiten la inscripción de toda la población que tenga la capacidad de pago.

En paralelo al sistema privado, existen tres mutuales sin fines de lucro que brindan protección social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y la Mutual de Seguridad (CChC), donde una parte de trabajadores se encuentran adscritos de manera colectiva debido a la filiación de las empresas con estas instituciones. Lo anterior, no es excluyente de pertenecer a uno de los dos sistemas nombrados con anterioridad.

Finalmente, los miembros de las fuerzas armadas y sus familias son beneficiarios de un sistema de salud ajeno al FONASA y las ISAPRES, que es financiada por impuestos generales y que sus atenciones son en instalaciones y proveedores propios.

Niveles de Atención

En el sistema de salud público la diferenciación de los servicios se distingue por distintos niveles de atención, y que según el nivel de complejidad de las patologías y/o daños, serán las prestaciones de salud a entregar. Los niveles de atención son:

Tabla 1 Niveles de Atención en Salud

Nivel de Atención	Definición	Ejemplo
Primaria	Se encuentra establecida en los territorios. organiza sus recursos permitiendo resolver las necesidades básicas y problemáticas frecuentes de una zona. Se caracteriza por realizar actividades de promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación en salud. En este nivel se resuelve el 85% de las problemáticas asociadas a las personas.	CESFAM SAPU COSAM Posta Rural
Secundaria	Este nivel de atención se encarga de situaciones de salud de una complejidad intermedia teniendo una cobertura media. las acciones que se realizan en este nivel involucra atención ambulatoria como hospitalización en establecimientos hospitalarios.	Hospitales de atención general Hospitales Psiquiátricos Hospitales Geriátricos
Terciaria	Se caracteriza por tener una cobertura reducida de alta complejidad. Se centra en la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología	Centro Diagnóstico y Terapéutico Hospital de Alta de Complejidad

Fuente: Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa (2011)

Actualmente los niveles de salud en la práctica son entendidos como la red de salud, desarrollándose a través de la comunicación de los servicios según su competencia y especialidad.

1.3.1. Modelo de Salud en Chile

A modo de precedente, el Modelo de Salud actual en Chile fue instaurado en el año 2005, durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, después de un largo proceso en donde varios actores políticos incidieron en la discusión y colaboración a la construcción de una reforma en salud (Drago, 2006). Los principales antecedentes que impulsaron a esta reforma fueron las siguientes:

- Sistema de salud heredado desde 1982.
- Presión de la percepción ciudadana.
- Evolución demográfica.
- Cambio epidemiológico.
- Fuerte inequidad social y económica.

La reforma de salud entre los años 2003 y 2005 implicó la reestructuración de un sistema, que durante los dos gobiernos precedentes al de Ricardo Lagos, centraron sus esfuerzos en inyectar recursos para recuperar principalmente la infraestructura y los recursos humanos (Ministerio de Salud, 2011).

Luego de una larga disputa entre sectores políticos y de varios acontecimientos sociales, paulatinamente se fueron implementando reformas en salud, que actualmente son las directrices de varios planes y programas (Drago, 2006). Las principales reformas fueron:

- Ley 19.966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE).
- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión
- Ley 2.726 de (1979). Ley 20.015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
- Ley 19.888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan AUGE.

Por tanto, gracias a las reformas en salud ocurridas entre los años 2003 y 2005, se instaura en Chile el Modelo de Atención Integral de Salud (de ahora en adelante MAIS), que sentó las directrices de trabajo para los tres niveles de atención y que en definitiva fortaleció el sistema de salud chileno. El MAIS se define como:

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a

las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2005)

EL MAIS se constituye de una amplia gama de características que en la práctica deben ser cumplidas, como principios que sustentan la funcionalidad del sistema de salud. Estas características se presentan en la siguiente figura.

Ilustración 1 Características del MAIS



Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013

El MAIS y sus principios actualmente se llevan a la práctica a través del Modelo de Atención integral de Salud Familiar y Comunitario, el cual presenta características que facilitan una correcta aplicación por parte del personal de salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria se caracteriza por basar sus servicios en la atención primaria, poniendo énfasis en la implementación de un modelo de gestión con enfoque territorial, que presenta una organización de los servicios en red.

El presente modelo como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud releva tres principios irrenunciables de un Modelo de Atención Integral basado en la

Atención Primaria. Estos principios según la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2013) son: “*Centrado en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado*”.

El modelo es *centrado en las personas*, este considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios/as.

La *integralidad de la atención* implica que los servicios disponibles del sistema de salud, deben ser los necesarios para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural.

Como función del sistema de salud la integralidad incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Esto define a la integralidad desde dos aproximaciones complementarias, la primera referida a la multidimensionalidad de los problemas de la persona y la otra referida a los niveles de prevención.

La *continuidad del cuidado* puede ser entendida desde dos perspectivas: desde la persona y desde el sistema de salud.

Desde la perspectiva de las personas usuarios del sistema, esta corresponde al grado en que un conjunto de acciones del sistema de salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí.

Desde la perspectiva del sistema de Salud se destacan tres aspectos de la continuidad de atención:

- Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades

operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud.

- Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).
- Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.

Para la aplicación en el contexto sanitario de estos principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria descritos con anterioridad, los equipos de salud deben definir en base al territorio donde se encuentra el centro de salud su población a cargo *“entendida como las personas beneficiarias con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud.”* (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013)

La función del equipo de salud es asumir la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios, se hace posible a través de la construcción y formulación de un Plan Nacional de Salud y un diagnóstico local de salud, los que conjugados posibilitan dar énfasis en la intervención temáticas prioritarias para el territorio, a través del conocimiento de factores de riesgo y factores de protectores de la población a cargo y su contexto basado en los determinantes sociales.

1.3.2. Modelo de Salud Mental en Chile

Durante las últimas décadas, Chile ha tenido significativos avances entorno a los servicios prestados para abordar la Salud Mental, de ahí que se han generado mayor diversificación de oferta de servicios de atención, fortalecimientos de las redes asistenciales, apertura de nuevos paradigmas para abordar las enfermedades y mayor cantidad de profesionales y/o técnicos relacionados a la temática.

Por otra parte, estos avances han permitido la instalación progresiva de un Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, como una forma de organizar la red sanitaria y los territorios. Esto ha generado que prácticas como la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con situación de salud mental han ido disminuyendo a través del tiempo.

No obstante, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud (2014) sobre un diagnóstico del sistema de salud mental en Chile, este destaca los avances en la pesquisa, acceso y calidad de la red asistencial de salud mental, pero en la población chilena aún prevalecen tasas altas de trastornos de ansiedad, depresión y abuso y/o dependencia de sustancias. También, las tasas de suicidio han descendido después de un ascenso alarmante y finalmente las licencias médicas por alguna situación de salud mental ocupan el primer lugar como causa de reposo. Por tanto, se enfatiza en la importancia de potenciar áreas como lo son derechos humanos, recursos humanos y capacitación, medicamentos esenciales, intersectorialidad, sistema de información e investigación y evaluación, con la consiguiente escasa implementación de acciones en estas áreas. Es por esto que Chile en Octubre del 2017, se publica el Plan Nacional de Salud Mental propuesto para los años 2017-2025, en el que se considera lo mencionado previamente, y se plantea entre sus directrices las líneas de acción que apuntan al desarrollo de prácticas que impulsen un bienestar entre la población atendida. Estas áreas son; regulación y derechos humanos,

provisión de servicios de salud mental, financiación, gestión de la calidad, sistemas de información e investigación, recursos humanos y formación, y finalmente participación e intersectorialidad.

En Chile el modelo vigente es el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (de ahora en adelante MCASM), que nace en paralelo al MAIS y convergen para abordar los problemas de salud en general. El MCASM incorpora en sus estrategias de intervención, el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad para su población atendida, reconoce y aborda las necesidades de esta población con un enfoque integral, desde los aspectos biológicos como la enfermedad, como también componentes biopsicosociales como los condicionantes sociales. Es por esto que, la atención comunitaria en salud mental se basa en la existencia de tres pilares centrales interrelacionados (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018):

1. Trabajo en Red: Releva la importancia de las relaciones o entramados de vínculos entre las instituciones o personas. Con la finalidad de establecer objetivos comunes y aportar desde una red coordinada aquellas necesidades de cuidado que requiera el sujeto de atención.
2. Abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación: La atención en salud mental se centra en el sujeto y su contexto, considerando la multidiversidad de factores del medio que pueden influir cuando una persona se enferma. Por tanto el/la profesional debe tener la capacidad de constatar los signos y síntomas que presenten las personas, saber catalogar y atenderse cuando se hable de alguna psicopatología.
3. Gestión clínica: Configura un espacio que integre las mejores prácticas clínicas con las mejoras prácticas de gestión, donde ambas dimensiones se integran para alcanzar un objetivos común, que busca potenciar la

prestación de un servicio de calidad a las personas, a través del conocimiento y esfuerzo de los equipos de salud.

El MCASM presta especial importancia a la persona que padece una situación de salud mental, su familia y en el impacto que esta situación tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional (Lampert-Grassi, 2018).

Con la propuesta realizada en el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025), se complementa al MCASM, con el Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria (MGCSMC). Este último modelo apunta a organizar la atención y estandarizar los funcionamientos de los Centros de Salud Mental Comunitaria, bajo el marco del MCASM y además permite dar coherencia a la oferta programática que entregan las redes del sistema de salud.

Este modelo de gestión permite avanzar en una respuesta sanitaria ambulatoria de calidad en salud mental, en el que se otorgue una atención de calidad especializada, a personas que presenten una situación de gravedad, compleja y vulnerable, a sus familias y comunidad. Esta atención se realiza a través de la acción coordinada de un Centro de Salud Mental Comunitaria, un APS y otras redes para mejorar y recuperar la salud mental (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

Esta coordinación que propone el modelo produce en la red la necesidad de vincularse constantemente para retroalimentarse de las acciones realizadas y de articular nuevas estrategias de salud mental. Además, mantiene a APS como el nodo por excelencia del sistema de atención abierta, siendo la principal puerta de entrada, centro de comunicaciones y de articulador de toda la red.

1.4. Salud territorial en Valparaíso

En la comuna de Valparaíso la cobertura del sistema de salud público según el Plan de Salud Comunal ha llegado al 89,2% de la población, la que es beneficiaria de FONASA. Por sexo la proporción es de 96,6% beneficiarias mujeres y 82,1% beneficiario hombres (Corporación Municipal de Valparaíso, 2018).

La atención en salud en la comuna presenta una amplia variedad de servicios de ámbito público y privado. En el ámbito público los servicios de salud en su mayoría son administrados por la CORMUVAL, mientras que otras instituciones de salud son dependientes del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA).

Con respecto a la atención primaria en Valparaíso existen en la actualidad según PLADECO (2019) catorce consultorios generales urbanos, la mayor parte de ellos cumpliendo estándares de Centros de Salud Familiar (CESFAM). Estos Centros de Salud Familiar se encuentran desplegados en su mayoría dada la particularidad geográfica de Valparaíso en los cerros de la ciudad y otros en el centro de esta conocido como plan.

En la comuna además se encuentran cinco servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU) un centro comunitario de salud Familiar (CECOSF), una Posta de Salud Rural (PSR), un Servicio de Urgencias Rural de baja Complejidad (SUR) Servicio de Atención Primaria de Urgencia Alta Resolución, un centro de Salud Mental Comunitario (COSAM) y un Centro de Sangre y Tejidos.

Asimismo en Valparaíso se encuentra el Hospital Carlos Van Burén, establecimiento de alta complejidad y base de la red ubicada en la comuna, también se dispone del Hospital Eduardo Pereira, establecimiento de alta complejidad y del Hospital del Salvador establecimiento psiquiátrico de mediana complejidad, con atención hospitalaria y ambulatoria.

Todos estos centros de salud componen la red pública de la ciudad, la que no se encuentra absuelta de dificultades. Siguiendo con PLADECO (2019) se ha identificado una serie de problemáticas en la salud Porteña, siendo una de estas, el aumento de la demanda ciudadana entorno a las presentaciones de servicios del equipo de salud, disponibilidad de dependencias en la infraestructura de los centros de salud, que en definitiva se han transformado en un problema, afectando en la calidad de atención por la alta demanda.

Desde otra perspectiva, la comuna ha experimentado un crecimiento en el mercado de salud, el cual por la falta de regulación Estatal frente al sector privado, ha generado una desarticulación de la participación pública en salud y en consecutivamente un sobrepago por insumos y/o medicamentos, que para el bolsillo de el/la Porteño/ña, ha significado una limitante para ejercer sus derechos a la salud.

En el área de salud mental, la problemática que se presenta es la necesaria profundización en las atención integrales de los trastornos mentales, en donde la tasa de alerta de riesgo de suicidio son altas en el grupo de los adolescentes de la comuna. Es por esto, que se requiere avanzar en una articulación intersectorial entre toda la red asistencial y evitar el reduccionismo clínico individual y fomentar la salud mental comunitaria.

1.5. Antecedentes del Trabajo Social y Salud

El Trabajo Social a lo largo de su historia, es una profesión que tiene una trayectoria en relación a la intervención en el campo de la salud, en el que según Barranco y Rodríguez (2008), esta comienza a desarrollarse a partir del siglo XX, donde se elaboran y construyen planteamientos teóricos, metodológicos, experiencias y prácticas profesionales, lo que lleva al reconocimiento durante esta época al trabajo social en salud.

En Chile el Trabajo Social, nace de la iniciativa del Dr. Alejandro del Rio, quien basado en la realidad sanitaria europea toma la conciencia de incorporar en la salud pública del

país un componente social. Para la materialización de este componente social en salud es que se genera una nueva profesión, que es el Trabajo Social siendo llamada durante ese momento como las visitadoras sociales, donde eran formadas a través de la escuela de Servicio Social Dr. Alejandro del Río.

Como otro antecedentes del Trabajo Social en salud, esta profesión durante sus inicios en Chile, se instala dentro de las instituciones psiquiátricas llevando a cabo el casework, basado en teorías estadounidenses que aportaban a la investigación social de los casos sobre las situaciones que se atendían.

Como antecedentes recientes del Trabajo Social, se expone que entorno al rol específico del Trabajo Social, el Ministerio de Salud (2018), publicó el decreto de Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud, estas orientaciones en su desarrollo reconocían la especialidad clínica del Trabajo Social, a través de la construcción de este documento a partir de la experiencia de distintos profesionales del Trabajo Social que se desempeñaron en los distintos establecimientos e instituciones de la Salud Pública (Ministerio de Salud, 2018). En relación a estas orientación y normas técnicas, la Contraloría General de la República frentes a diligencias realizadas por el Colegio de Psicólogos de Chile, se pronunció ante el documento emanado por el Ministerio de Salud de Chile resolviendo anular y dejando sin efecto “la resolución exenta N° 389 de 09 de marzo de 2018, del MINSAL que aprueba “Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud”.

Estas acciones exponen tensiones con respecto al rol del Trabajo Social en salud mental, siendo este un campo aún no definido con certeza. Con respecto a lo expuesto en el documento, se destaca el apartado que define los roles del Trabajo Social de salud mental, incorporados en el presente marco conceptual como disposiciones generales de los roles

de la profesión, teniendo en cuenta, su anulación como orientaciones oficiales reconocidas. Estas correspondían a:

- Trabajo Social con personas en el contexto de su situación social, a fin de lograr un equilibrio entre las necesidades personales y sociales.
- Trabajo Social con familias como medio de ayuda a fin de reconstruir familias desintegradas y disfuncionales, movilizandorecursos personales internos y externos.
- Terapia de grupos, usando dinámicas del proceso grupal a fin de conservar y mejorar el funcionamiento y la cohesión social.
- Trabajo Social con organizaciones y sistemas en la mejora de las dinámicas sociales, hacia sistemas más humanos y más sensible a las necesidades de las personas.
- Trabajo Social con personas que enfrentan crisis, a fin de recuperar la estabilidad interior y lograr mejoras en su funcionamiento.
- Trabajo Social con comunidades con el fin de fortalecer redes de apoyo, sistemas de acogida, comunidades terapéuticas, entre otras.

Contextos de Crisis

1.6. Crisis social

Bajo esta sistematización, se entenderá como Crisis Social todos los hechos ocurridos en Chile, desde el 18 de octubre hasta el 18 de marzo. Este hito tiene variadas denominaciones y nomenclaturas, dependiendo de la óptica desde donde se pretenda capturar y definir, existiendo diversas denominaciones provenientes desde los medios de comunicación, ámbito político, social y académico. Esto ha generado, que no exista un consenso en torno a la denominación de los hechos ocurridos en Chile desde el 18 de octubre. Las nomenclaturas, utilizadas para referirse a este hecho son: estallido social, estallido popular, revuelta social, eclosión social, revolución de los 30 pesos, y 18-0.

1.6.1. Antecedentes de la Crisis

La crisis tiene sus antecedentes más inmediatos en los meses anteriores al 18 de octubre donde según, Alberto Mayol en “Big Bang: Estallido Social 2019”, refiere que en estos meses, se evidenció una desconexión por parte del gobierno hacia la ciudadanía. Esta desconexión se manifiesta a través de una serie de dichos por parte del gobierno y ciertos representantes del oficialismo que denostaron y que generaron en la ciudadanía indignación antes los dichos.

La crisis social comienza el 18 de octubre teniendo sus inicio el 4 de octubre, cuando el panel de experto del transporte público anuncia la alza de \$30 en horarios punta y valle del Metro y Tren Central de Santiago (T13, 2019). Desde el 4 de octubre, se realizan movilizaciones en contra de esta alza, se hacen los llamados a una semana de sabotaje y evasión del sistema de transporte público en la ciudad de Santiago. Lo que desencadena que el 14 de octubre comiencen a realizarse evasiones masivas en las estaciones de metro por estudiantes secundarios. (González, 2019) Durante esta semana, se siguieron realizando diariamente evasiones a las cuales se fueron adhiriendo otros

estudiantes secundarios e incluso superiores y usuarios/as del transporte público, lo que generó una fuerte represión por parte de la fuerza policial hacia los/las evasores/ras del transporte. Estas protestas se extendieron hasta el 18 de octubre llegando a su punto culmine con el incendio de siete estaciones de metro en un lapso de una hora, originando el día 19 octubre manifestaciones a lo largo de todo Chile. (T13, 2019) Este mismo día, el gobierno decreta Estado de Emergencia Constitucional a lo largo de varias provincias de todo Chile, desplegando fuerzas militares en las calles de las ciudades (Alarcón & Carvajal, 2019).

En Valparaíso dado los hechos ocurridos en Santiago el 18 de octubre, se hace un llamado a concentrarse la tarde del 19 de octubre en la Plaza Victoria, donde concurre una gran cantidad de población a manifestarse, lo que generó una protesta multitudinaria a lo largo del Plan de Valparaíso, desencadenando: enfrentamiento con la fuerza policial, destrucción de la estación bellavista, saqueo de la tienda Ripley y supermercados, incendio al edificio del diario el Mercurio y en un supermercado Unimarc. (Garrido, 2019) Con el pasar de las horas se hicieron presentes fuerzas militares, por el declarado toque de queda por medio del estado de emergencia. Durante el transcurso de esa noche se realizan manifestaciones y cacerolazos en los cerros de la ciudad.

Durante los días siguientes, las protestas siguieron desarrollándose y aumentando en densidad. Durante la progresión de estas, se enuncia como uno de los principales lemas, la consigna “No son 30 pesos, son 30 años” (Reyes, 2019). Esta consigna nos permite visualizar que el foco y que la causalidad de la crisis social, trasciende la sola alza de 30 pesos en el pasaje de transporte público, si no que en el fondo esclarece que existen otros elementos que constituyen esta crisis social y que han sido acumulativos en el tiempo.

1.6.2. Características de la crisis social

Para efectos de estructura de esta sistematización, destacaremos tres aspectos que permitirán englobar y describir la crisis social, estos aspectos serán: social, política y económica.

Aspecto social.

La crisis social se gesta desde el malestar de la ciudadanía acumulado de años de inequidad y perpetuados a través de la Constitución de la República del año 1980, redactada y aplicada en plena Dictadura Cívico Militar.

El principal motor de desarrollo y movimiento de la crisis social fue la propia ciudadanía, la que se hizo presente a través de las manifestaciones. Estas manifestaciones se componían por una ciudadanía indignada por los abusos y la inequidad. Las que marchaban con carteles que hacían alusión a diversas temáticas, acompañadas de cacerolazos, gritando, tocando algún instrumento y/o desarrollando una intervención artística individualmente o en grupo. En Valparaíso, estas manifestaciones se llevaron a cabo principalmente desde Plaza Aníbal Pinto por calle Condell hasta Plaza Victoria.

Un componente de estas manifestaciones, fue la Primera línea, este es un espacio de confrontación, que en algunos casos se hace referencia a este como un sujeto que se enfrenta a carabineros (Droguett, 2020). En este espacio manifestantes generalmente encapuchados y/o con máscaras antigases y/o antiparras, hacen frente a carabineros con el fin de impedir el acceso hacia el sector donde se encuentran congregados el resto de los manifestantes. También se enfrentan para avanzar hacia otros lugares o para realizar reivindicaciones por las ataques hechos por la fuerza policial.

Otro componente de las manifestaciones es la violencia, donde esta se manifestó de múltiples formas pudiéndose referirse a las violencias que se produjeron durante la crisis social, estas según Gerber (2020) se enmarcan en los siguientes: la violencia estructural

e institucional que puede ser vista como una de las causales de la crisis social, y la violencia que diariamente se experimentaba en las calles ejercida tanto por agentes del Estado como de manifestantes. Respecto a lo anterior, la violencia ejercida por agentes del estado, género vulneración a los derechos humanos, las que fueron una constante durante la crisis. Carabineros durante los enfrentamientos con la primera línea y para disuadir las protestas, hacía uso de balines y perdigones, lo que produjo que manifestantes sufrieran traumas oculares, quedando con ceguera total, en el ojo afectado o con visión parcial, estos hechos marcaron simbólicamente la crisis y dieron inicio al “conflicto ocular”, el que se convertiría en una bandera de lucha de los manifestantes. Muchas manifestaciones se llevaron a cabo ejerciendo como principal herramienta de protesta la violencia, destruyendo o quemando infraestructura pública y privada. Ciertos lugares con alto número de residencias se constituyeron como puntos de constante de enfrentamientos, lo que provocó que las personas se vieran enfrentadas diariamente a situaciones violentas sin estar participando activamente de las manifestaciones. En el contexto de la crisis según la antropóloga Loreto López se evidenció que “algunas violencias son más legitimadas que otras, dependiendo de quién la ejecuta y para qué” (Diario La Tercera, 2019).

Finalmente desde el ámbito social, un último componente a destacar y que nace desde la ciudadanía, serían los Cabildos. Estos se desarrollaron como un espacio de participación ciudadana en el contexto de la crisis social, logrando amplias convocatorias y el involucramiento de las personas en la discusión de las problemáticas de la crisis, tanto como en su origen como en las oportunidades de estas y futuras acciones a realizar.

Aspecto político.

Durante la crisis social, ocurrieron diversos hechos en el ámbito político que fueron de gran controversia y que marcaron hitos generando repercusiones en el ámbito social.

Estos hechos se enmarcan en decisiones y medidas adoptadas por los poderes del ejecutivo y legislativo o por responsabilidades de estos poderes en hechos del ámbito social.

Durante la crisis social, según Egaña (2019) en “Crisis política en Chile: del estallido social al conflicto político”, los sectores políticos experimentaron una severa fragmentación. En el caso de los partidos de izquierda, esta se vio en una alta división de los grupos del sector, ausencia de un liderazgo fuerte y una incapacidad de vincularse a las manifestaciones sociales, generando un extraño fenómeno de politización apartidaria, lo que generó la aparición de la Mesa de Unidad Social como un actor político que agrupó a cerca de 115 organizaciones de diferentes áreas sociales y que mantuvo activa comunicación e injerencia política durante la crisis social. Por otra parte, los partidos de derecha se dividieron en dos posturas: una derecha social; que criticó la ceguera del gobierno ante los problemas sociales y cree en los cambios estructurales, y una derecha doctrinal; que defiende las bases del modelo neoliberal y que apuesta a medidas de beneficencia más que a cambio estructurales.

Una decisión política a relevar es la determinación de declarar Estado de Emergencia por parte del Presidente Sebastián Piñera el 19 de octubre (Zúñiga, 2019). Ejerciendo el mandato de estado de emergencia en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana y Los Ríos. Según el Art 41. de la Constitución Chile dice que “las zonas respectivas quedarán bajo la dependencia inmediata del Jefe de la Defensa Nacional que designe el Presidente de la República. Este asumirá la dirección y supervigilancia de su jurisdicción con las atribuciones y deberes que la ley señala”.

Otro hecho a destacar dentro del ámbito político, es que ante las manifestaciones y las peticiones que se exigían en estas, el gobierno generó un paquete de medidas para la población. En primera instancia, una agenda social que implicó en un conjunto de

beneficios anunciados por el presidente en cadena nacional, los que buscan mejorar elementos de protección social de la ciudadanía, como las pensiones, servicios básicos e ingreso mínimo garantizado (Egaña, 2019). Asimismo dado el carácter violento de las manifestaciones, se elaboró una agenda de seguridad que buscaba penalizar duramente algunas formas de desorden público como barricadas, encapuchados, saqueos, acciones que impidan el libre tránsito y por otra parte, fortalecer con mayor facultades las fuerzas del orden y mejorar el sistema de inteligencia del estado.

El 15 de noviembre del 2019, luego de la constante presión ciudadana manifestada en las calles se anuncia un histórico acuerdo político de una nueva constitución, llamado Acuerdo por la Paz Social y la Nueva Constitución, donde los partidos políticos de ambos sectores (excluyendo a dirigentes sociales y/o representantes de la ciudadanía), se reunieron con el compromiso del restablecimiento de la paz y el orden público (Bruna, 2019).

Dada la inestabilidad que presenta el país, durante este periodo por todos los hechos mencionados el gobierno tomó la decisión de cancelar la COP25 y APEC, dos eventos internacionales medioambientales, en el que Chile tenía la opción de mostrarse como un referente latinoamericano al mundo (Jara, Ferrer & Gaete, 2019)

Por parte en el ámbito político del poder legislativo, se llevó cabo las acciones de discusión y posterior votación de acusaciones constitucionales, donde se acusó constitucionalmente al Presidente Sebastián Piñera, al ex Ministro del Interior Andrés Chadwick, e Intendente Felipe Guevara (ELibero, 2020), solo siendo admitida y sentenciada la acusación contra Andrés Chadwick, siendo declarado culpable con la prohibición de desempeñar un cargo público durante 5 años. Estas acciones se realizan con el fin de que existan responsables políticos por los hechos de violencia ejercidos por agentes del estado durante la crisis social (Latercera, 2019).

Finalmente como un antecedente político y un aspecto a destacar son las violaciones sistemáticas a los derechos humanos por agentes del estado. Hasta el 18 de marzo, el ministerio público ha reportado oficialmente 33 fallecidos, de los cuales 4 han sido por agentes del estado y los otros 29 en incidentes. Por otra parte, según el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), las personas heridas por agentes del estado alcanza las cifras de 3.838 (hombres; 3.088, mujeres; 462 y niños, niñas y adolescentes; 288). Además, siguiendo al INDH reporta que existen 2.146 denuncias por vulneraciones de derechos: 1.272 por uso excesivo de la fuerza; 617 por torturas o tratos crueles; y 257 por violencia sexual. Y por último, se constatan 460 personas con lesiones oculares por uso indiscriminado y fuera de protocolo por armas de fuego y proyectiles. En comparación con los datos nacionales, en Valparaíso obtenemos los siguientes cifras: Personas fallecidos; 2 (6% en relación al total nacional), heridas; 100 (3% relación al total nacional), vulneradas de derechos; 221(10% relación al total nacional) y con lesiones oculares; 4 (1% relación al total nacional). (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2020)

Aspecto económico.

El sector económico, fue de los aspectos que más se afectaron durante la crisis social, siendo un punto altamente discutido por las consecuencias que experimentaría la economía nacional y local. El aspecto económico fue utilizado por sectores políticos como un argumento central para dar fin a las manifestaciones.

El comercio en general, local y de cadenas nacionales, evidenció de manera directa la crisis social, ya que durante los primeros días de manifestaciones y en otras protestas de gran convocatoria, los saqueos fueron una situación que se repitió a lo largo de todo Chile. Conjuntamente de sufrir saqueos, el comercio durante la crisis no pudo funcionar de manera correcta, ya que los disturbios impedían que abriera y que las personas

asistieran a comprar. Es por esto que, según el Banco Central de Chile, el Indicador Mensual de Actividad Económica (IMACEC) que es una estimación que resume la actividad de los distintos sectores económicos, muestra que entre octubre y febrero hay una variabilidad importante, siendo octubre (-3,4%) y noviembre (-4,1%), los meses pic de un receso en la economía nacional, y desde diciembre va en alza hasta febrero. En Valparaíso, el comercio que se vio más afectado por los saqueos fueron las grandes cadenas de supermercados y los comerciantes de calle Condell y Pedro Montt. La Alcaldía, durante ciertos días que el comercio sufrió grandes saqueos, denunció abandono por parte de carabineros a los locales comerciales no impidiendo el robo en estos. Con respecto a la imposibilidad de funcionar de manera correcta según la Cámara Nacional de Comercio, Servicios y Turismo de Chile (CNC), “las ventas del comercio en Valparaíso se derrumbaron 17,2% en el décimo mes del año, lo que supone su peor resultado desde que se realiza la muestra.”

En paralelo, el mercado laboral se vio fuertemente afectado debido a las constantes movilizaciones en todo el país, esto significó para muchas empresas, la pérdida de su mercancía y por consecuencia el despido de sus trabajadores. Según un informe de la Dirección del Trabajo sobre Registro de cartas de aviso de término de contrato, hasta al 31 de marzo se registra un total de 1.550.873 personas que han perdido su puesto de trabajo, relevándose principalmente la alza de despidos por necesidades de la empresa (474.561 personas), mientras tanto en Valparaíso, las cifras alcanzan los 114.688 personas despedidas. Finalmente respecto a la tasa de desempleo de la región, está registró un 7,4% en el trimestre móvil octubre - diciembre de 2019, publicada por el INE, si bien se revela que solo hay un aumento del 0,2 puntos porcentuales en relación al mismo trimestre del 2018, los efectos de un grave deterioro del mercado de la región, se visibiliza con mayor fuerza al compararla con la del trimestre anterior (septiembre-noviembre 2019), lo que

evidencia un ascenso de 0,8 puntos porcentuales. Como síntesis el mercado y comercio se vio fragilizado debido a la crisis social, debiendo muchas empresas recurrir a despedir a sus trabajadores y trabajadoras, generando así el cierre de diversos puestos de trabajos, volviéndose inestable el mercado laboral dificultando el conseguir empleo por parte de los/ las trabajadores/ras.

1.6.3. Consecuencias

La crisis social contenida en los aspectos social, político y económico presentado con anterioridad, expone que este periodo de emergencia, tuvo vastas consecuencias en la vida de las personas, una de estas consecuencias es sin duda la salud mental de la población.

Esto se quedan demostrado en que los y las manifestantes que diariamente se movilizaba en las calles, estaban expuestos a:

En forma sostenida a condiciones de máxima exigencia psicoemocional y al peligro diario de ser afectados por la represión policial. Asistimos a un período en que ocurren eventos traumáticos de distinto tipo y nivel de gravedad, que afectan tridimensionalmente la corporalidad (sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales), del mismo modo que se proyectan en forma expansiva desde el sujeto individual afectado hacia su familia, la comunidad y a la sociedad en su conjunto.

(Madariaga, 2019)

Esta afectación por la represión policial registrada en las violaciones de los derechos humanos que se vivieron durante este periodo, llevó a que las personas durante este transcurso de eventos pudieron experimentar sin prejuicios de ser víctima de represión política directa o no, emociones y sentimientos de angustia, temor, rabia, impotencia, desánimo e inseguridad dados todos los acontecimientos de orden social, político y económico.

Otra óptica de afectación a la salud mental durante la crisis social, son las personas víctimas de violaciones de los derechos humanos durante la dictadura, las cuales bajo esta crisis en algunos casos “experimentaron la evocación intensa de las experiencias traumáticas vividas en dictadura, algunas de las cuales dan cuenta de un trastorno de estrés postraumático de larga data y la reactivación de duelos.” (Madariaga, 2019)

La crisis social impactó la salud mental de la población, generando un aumento de los malestares, una precarización y debilitación del bienestar mental de las personas, ejerciéndose una alta demanda de servicios al sistema de salud durante la crisis, por afecciones a la salud mental de la población.

1.7. Crisis Sanitaria

Bajo esta sistematización se entenderá como Crisis Sanitaria, la pandemia del virus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad conocida como COVID-19, que afectó al mundo y a Chile. Esta fue diagnosticada por primera vez el 31 de diciembre del 2019 en China, y el primer caso confirmado en Chile fue el 3 de marzo de 2020. Por tanto se considerará para esta sistematización todos los hechos ocurridos en Chile desde el 3 de marzo del 2020 hasta el 30 de julio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el COVID-19, es parte de la familia de coronavirus y que puede causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, la afección del COVID-19 implica una infección respiratoria severa, que genera síntomas de tos seca, cansancio y fiebre. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunas personas son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Existen algunas personas infectadas que pueden presentar síntomas menores o ser asintomáticas.

A las personas con mayor tendencia de presentar una sintomatología severa, son las personas mayores y/o aquellas personas que padecen afecciones médicas previas como problemas cardiacos, pulmonares, hipertensión arteriales, diabetes o cualquier tipo de cáncer.

Respecto al origen del COVID-19, existe un consenso desde la comunidad científica internacional sobre el origen a partir de animales salvajes, no obstante no se tiene claridad de cual proviene existiendo investigaciones en torno al origen del virus (Briones & Peretó, 2020)

1.7.1. Antecedentes de Crisis

El 31 de diciembre de 2019 en ciudad de Wuhan (China), fue notificado por primera vez un nuevo tipo de coronavirus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad conocida como COVID-19. Durante los meses de enero y febrero hubo una expansión total del brote de este virus, llegando a la mayoría de las regiones del mundo. Los países internacionales se vieron en la necesidad de generar medidas restrictivas para paliar el estado crisis, es así que en los países con gran número de contagios comenzaron a instaurar medidas de confinamiento o distanciamientos físicos (RTVE. 2020).

Dado estos antecedentes y a la constante expansión del virus por los diferentes continentes es que, el 11 de marzo del 2020 se declara por la OMS, que la enfermedad de coronavirus se considera como una pandemia, debido a la propagación del virus a 114 países, donde el 90% de los casos se concentran en China y Corea a esa fecha (Cruz, 2020).

En Chile, el Gobierno sigue los consejos y posibles medidas sobre la prevención de pandemias establecidas en 1999 por la OMS y que desde el 2005 el órgano internacional mantiene un enfoque de 6 fases para “facilitar la incorporación de nuevas

recomendaciones y criterios a los planes nacionales de preparación y respuestas existentes” (Futuro360, 2020).

Por tanto, desde que se identifican los primeros casos a nivel internacional, Chile considera un enfoque de 4 fases, entrando en primera instancia a la fase 1; fase en donde los ministerios e instituciones implicadas en la salud pública toman medidas preventivas y se preparan para la llegada de casos al país (Instituto de Seguridad del Trabajo, 2020). El 3 de marzo de 2020 se confirma el primer caso de COVID 19, siendo el cuarto país de Latinoamérica en alojar un caso de este brote. A la par el entonces Ministro de Salud Jaime Mañalich menciona el inicio de la Fase 2, la cual consiste en: “en identificar a aquellas personas que traen esta infección importada desde el extranjero y lograr una contención adecuada, es decir, tratar con medidas de aislamiento y control que estas personas enfermas no contagien a otros” (Blanco, 2020). El 14 de marzo, Chile entra en la Fase 3 llamada como “investigación”, esta comienza cuando la persona contagiada no estuvo en el extranjero y que no existe una trazabilidad segura con algún caso del extranjero, por lo que la transmisión se da entre personas del país (Ministerio de Salud, 2020). Es por esto, que se restringen eventos masivos de más de 500 personas y se obliga a personas que lleguen de países contagiados a entrar en una cuarentena. El 16 de marzo se registran 156 casos contagiados a lo largo del país, por lo que se da por entendido que el COVID-19 se ha extendido a la población y se dificulta realizar una trazabilidad de los casos, perdiendo así su cadena de origen. En consecuencia, el gobierno opta por pasar a la Fase 4 e implementa en el territorio nacional, un paquete de medidas que buscan prevenir mayores contagios (Ministerio de Salud (b), 2020). El 18 de marzo el Presidente Sebastián Piñera decretó Estado de Excepción Constitucional por 90 días (Carvajal, 2020).

Durante el periodo siguiente, se realizaron informes diarios sobre el número de personas contagiadas, número de fallecidos y el número de personas recuperadas. Durante el mes de abril Chile según los informes diarios, estaba llevando de manera óptima la pandemia, incluso el Ministro de salud hablaba de una curva estable de contagios que llamaron “meseta” y se habló de un paulatino regreso a una nueva “normalidad” o de un retorno seguro a las actividades del país (Leighton & Segovia, 2020). Pero esto no fue así, y a finales de mayo, específicamente el 31, Chile registra 4.830 contagios en el informe diario y un creciente aumento en la curva de contagios (Retamal, 2020).

El 15 de junio el gobierno renueva el Estado de Excepción Constitucional por 90 días más. Además el presidente se reúne con todos los Jefes de la Defensa “para fortalecer las fiscalizaciones y todos los controles necesarios para poder hacer que las cuarentenas y las medidas sanitarias se cumplan de forma efectiva” (Latercera, 2020)

En la región de Valparaíso por su cercanía con Santiago y dado a los constantes viajes de fin de semana y festivos, como jueves y viernes de Semana Santa, viernes 1 de mayo y el jueves 21 de mayo, llevaron a que la región se convirtiera en uno de los principales focos de la pandemia en Chile. En la ciudad de Valparaíso ante el creciente número de casos y muertes, las autoridades incluida el Alcalde de la comuna, comenzaron a insistir en la necesidad de establecer una cuarentena para prevenir una mayor propagación del virus (Matus, 2020).

A comienzos de junio, Valparaíso se había convertido en una de las ciudades que más había aumentado su número de contagios llegando al 11 de Junio 5.865 casos confirmados, por lo cual el viernes 12 de Junio se da inicio a la cuarentena decretada por el Ministerio de Salud en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, las que presentaban entre ambas más de dos mil casos de COVID-19 (Chile.as, 2020).

Durante el periodo siguiente, ante al aumento en casos en cualquier ciudad del País, se fueron aplicando cada vez medidas más restrictivas, hasta declarar confinamiento obligatorio a través de cuarentena en las ciudad afectadas.

1.7.2. Características de la Crisis Sanitaria

Para efectos de estructura de esta sistematización, destacaremos al igual que en la caracterización de la crisis social, tres aspectos que permitirán englobar y describir la crisis sanitaria, estos aspectos serán: social, política y económica.

Aspecto Social.

La crisis sanitaria produjo que muchos de los ámbitos de la vida cotidiana experimentarían transformaciones, viéndose modificadas las formas de relacionarse y convivir, teniendo que realizarse a través de nuevas modalidades las esferas de la vida social.

La medida sanitaria que más efectividad presenta para detener los contagios del COVID-19, es el distanciamiento social, al aún no existir una vacuna hasta el cierre de esta sistematización (Nania, 2020). Esta medida se desarrolla a través de un distanciamiento físico que no ha conllevado necesariamente a un aislamiento social, si no que ha transformando la forma en que se efectúan las relaciones sociales, concretándose durante la crisis sanitaria a través de la telecomunicación virtual, las diferentes ámbitos de la vida social como el educacional, laboral, familiar, sexo/afectivo, y médico. Esto ha llevado a una reconfiguración de los vínculos, donde no hay un contacto ni presencia física.

La crisis sanitaria al presentarse de manera tan cercana al periodo de la crisis social, oscila entre cierto atisbos de manifestaciones que se desarrollaron en fechas conmemorativas (DW, 2020). Estos atisbos se expresan de manera concreta frente a los primeros vestigios del impacto económico de la crisis sanitaria, que se hicieron visibles a

través de protestas, debido a que en algunas comunas de Santiago la suspensión de las actividades económicas, por las cuarentenas, llevó a que las personas se les acabaran sus recursos y se manifestaran, en palabras de una pobladora al ser entrevistada por el origen de las manifestación, está expuso que protestaban “no en contra de la cuarentena, si no contra del hambre” (Agencia EFE, 2020). En Valparaíso también se experimentaron protestas por el bajo apoyo de las autoridades y por la lentitud de la entrega de cajas de comida por parte del Gobierno. Estas manifestaciones se realizaron en los cerros de Ramaditas y en Rodelillo. Los vestigios de manifestaciones de la crisis social volvieron a hacerse presente la noche del 13 de julio tras un llamado por redes sociales a manifestarse por la votación que se realizaría el día siguiente en la cámara de diputados y diputadas sobre el proyecto de retiro del 10% de los fondos de pensiones. Este proyecto vendría a solventar el impacto económico de la crisis sanitaria en las familias (González , 2020).

En relación al impacto económico de la pandemia, está provocó una baja de los ingresos de la familias o pérdida total de estos, situación que tuvo mayor presencia en los sectores más vulnerables, donde las y los pobladores/ras no contaban con los recursos para alimentarse, lo que género que en poblaciones y territorios se organizaran a través de ollas comunes o de la habilitación de comedores comunitarios (Diario la Quinta, 2020). Estas iniciativas en su mayoría nacieron de las propias comunidades sin ayuda del gobierno o municipio, solventado sus gastos y mantenimiento por medio de colectas o de donaciones o en algunos casos con ayuda de instituciones estatales o privadas donde el trabajo de cocinar y hacer entrega de alimentación era realizado de manera voluntaria por la organización de los y las vecinos/nas. En Valparaíso las ollas comunes y comedores comunitarios se desarrollaron por los cerros y plan de la ciudad.

Aspecto Político.

Para la contención del avance de la crisis sanitaria fue necesario que por parte del gobierno y del sector político se tomarán decisiones y medidas que se ajustaran a la cambiante realidad social del país, por lo cual durante esta crisis, la discusión y debate político fue persistente, generando diversos resultados.

Una de las primeras medidas tomadas por el gobierno fue la declaración de estado constitucional de emergencia. Esta medida implica restringir las libertades de locomoción y reunión, asegurar la distribución de bienes y servicios, proteger otros bienes que son necesarios para la subsistencia de la población y establecer cuarentenas o toques de queda. Una vez establecidas estas restricciones, se adoptan estrategias a través de un “Plan de Acción frente al Coronavirus” (Gobierno de Chile, 2020), que buscan frenar al avance de la enfermedad en la población (toques de queda, cuarentenas, aduanas sanitarias y cordones sanitarios aislamiento domiciliario), la infracción de cualquiera de estas medidas sanitarias, conlleva penas severas que pueden alcanzar los 3 o 5 años de cárcel y multas de hasta 10 millones de pesos.

A la par, debido a la pandemia se genera la activación de la Red Integrada de COVID-19, que nace desde el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo que significa que el MINSAL asume el control de la red en su integralidad, donde a través del apoyo mutuo entre el servicio público y prestadores privados pone a disposición camas y recursos críticos ante la creciente demanda de atención y hospitalización de casos COVID 19.

Otra significativa medida contenida en el plan de acción fue en materia educacional, donde los niveles preescolares y escolares se encuentran suspendidas hasta nuevo aviso. En el caso de la educación superior, se mantiene la suspensión de clases presenciales, sin

embargo esta ha sido reemplazada por la educación a distancia o remota por diversas plataformas online.

Continuando con las medidas tomadas, se comienza hacer entrega de beneficios estatales dadas las consecuencias económicas del país, donde se otorgan fondos estatales para la configuración de bonos y programas de apoyo enfocado en las familias, personas mayores y bebés recién nacidos. Por otra parte, nacen herramientas de información y contención emocional para personas mayores y también para denunciar a personas en situación de violencia por motivos de género. Otra medida, es el programa SaludableMente que se levanta en favor de apoyar a las familias en materia de salud mental a causa de la pandemia del COVID-19 y sus consecuencias. Finalmente, una de las últimas medidas presentadas por el gobierno es el “Plan Paso a Paso al Desconfinamiento”, esta es una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular. Se trata de 5 etapas, que son: Cuarentena, Transición, Preparación, Apertura Inicial y la Apertura Avanzada, cada una de ellas con restricciones y obligaciones específicas. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeta a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad (Mora, 2020).

El Presidente Sebastián Piñera dentro de sus atribuciones durante esta crisis realizó diversos cambios Ministeriales, lo que tuvieron múltiples respuestas en el ámbito público (Garrido, 2020). El cambio de mayor injerencia fue el realizado en el Ministerio de Salud dado que este ministerio tuvo un rol principal en control de la pandemia. El cambio se hace efectivo con la salida del ex ministro Jaime Mañalich cuestionado por la cifras de fallecidos entregadas, y tomando el cargo Enrique Paris. Este último cambio se habría realizado con el fin de cambiar la estrategia de cómo enfrentar la crisis sanitaria, tomando un enfoque más abierto al diálogo e interseccional.

Una fuerza política a relevar en el aspecto político ha sido la injerencia en la opinión pública y toma decisiones del colegio médico de Chile, institución que en conjunto con otras organizaciones como: municipalidades, colegios profesionales, agrupaciones de trabajadores y agrupaciones de organizaciones, comunidad y pacientes. Presentaron y propusieron una reestructuración del sistema de salud público dado el contexto de crisis sanitaria, reconociendo la labor central en el sistema de salud de APS y entregando nuevas atribuciones. Destacándolo como un actor estratégico en el enfrentamiento del pandemia del COVID-19. Dentro de las nuevas atribuciones de APS se encuentra: Reforzamiento de los diagnósticos, estudio de la trazabilidad entre los contactos estrechos, entrega de licencias médicas y un seguimiento sobre el aislamiento efectivo domiciliario (Colegio Médico de Chile, 2020).

Aspecto Económico.

El sector económico, como ya se ha mencionado fue uno de los sectores más afectados, siendo un aspecto a discutir y debatir al momento de decretar medidas de aislamiento social o de cuarentenas obligatorias, dado que estas medidas provocarían un agravamiento en la economía y ciertas repercusiones en el mercado empresarial y en los trabajadores informales.

La influencia de las medidas sanitarias en el ámbito económico se han reflejado en la limitante del funcionamiento por tiempo indefinido a toda aquellas instituciones que congreguen público, obligando a cerrar tiendas, gimnasios, restaurantes, pubs y malls.

Solo permitiendo el funcionamiento de la venta y/o servicios esenciales para la vida cotidiana, solicitándoles el cumplimiento de ciertas medidas de distanciamiento físico que involucran filas para acceder a ciertos recinto.

Estas restricciones han llevado a que, según el Banco Central de Chile, el IMACEC, muestre que entre marzo y abril hay un receso económico importante, alcanzando los -

14,1%, siendo las más afectadas los servicios y el comercio. Prosiguiendo con los efectos económicos, según la Cámara Nacional de Comercio, en la región de Valparaíso la crisis sanitaria ha impactado en el comercio minorista, de manera que ha alcanzado un -45% de Variación Anual respecto al año anterior, esto ha significado que los sectores económicos que componen la región de Valparaíso se han visto limitados debido a las restricciones sanitarias que ha adoptado el gobierno.

Otro efecto se sitúa en el mercado laboral, el que se vio contraído por el cierre de sus dependencias en físico, todo a consta de prevenir mayores contagios por COVID-19, esto ha significado para el mercado laboral reinventarse y utilizar nuevas estrategias para sus trabajadores/ras, una de ellas es utilizar el método online o delivery que sería en otras palabras llevar los bienes y servicios a los domicilios de los clientes. Y por otra parte, estaría el teletrabajo, que según la ley chilena es “trabajo a distancia aquel en el que el trabajador presta sus servicios, total o parcialmente, desde su domicilio u otro lugar o lugares distintos de los establecimientos, instalaciones o faenas de la empresa”. Sin embargo, lo anterior también ha conllevado al despido de sus trabajadores producto del cierre de algunas o empresas o en definitiva por la ausencia de la atención a público, según un informe de la Dirección del Trabajo sobre Registro de cartas de aviso de término de contrato, del 1 de abril hasta el 31 de julio se registra un total de 774.569 personas que han perdido su puesto de trabajo, mientras tanto en Valparaíso, las cifras alcanzan los 56.706 personas despedidas. Finalmente respecto a la tasa de desempleo de la región, está registró un 13,8% en el trimestre móvil mayo - julio de 2020, publicada por el INE, de modo comparativo respecto a su mismo periodo móvil del año 2019, se destaca un aumento del 5,2 puntos porcentuales. Para finalizar, es claro que se evidencia un impacto económico a nivel nacional y local pero esta crisis sanitaria al ser una pandemia, también

presenta consecuencias en la economía mundial, donde el Banco Económico Mundial declara que:

El impacto súbito y generalizado de la pandemia del coronavirus y las medidas de suspensión de las actividades que se adoptaron para contenerla han ocasionado una drástica contracción de la economía mundial, que, según las previsiones del Banco Mundial, se reducirá un 5,2 % este año. De acuerdo con la edición de junio de 2020 del informe Perspectivas económicas mundiales del Banco, sería la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial, y la primera vez desde 1870 en que tantas economías experimentarían una disminución del producto per cápita (Banco Mundial, 2020).

1.7.3. Consecuencias

La crisis sanitaria expuesta en los tres puntos ya mencionados, ha significado para la población chilena una incertidumbre respecto al futuro, dilucidando daños significativos a la salud mental de las personas (Webster, y otros, 2020), los que se suman a los ya presentados por la crisis social.

El distanciamiento físico, el confinamiento domiciliario, la inestabilidad laboral e financiera y el miedo persistente a contraer el virus de manera individual o que un familiar y/o conocido lo contraiga, han sido parte de la cotidianidad de la población durante este último tiempo. La vida a través de las videollamadas, videoconferencias y teletrabajo, se estableció de forma rupturista, reconfigurando todas las relaciones sociales, metas a corto y largo plazo e incluso la actividades diarias de las personas. Esto ha llevado a que según un muestreo por parte de la CADEM, publicada el 29 de junio, se destaque que el 89% de las personas encuestadas declara sentir ansiedad, nervios, angustia, estrés o cansancio por la situación que aqueja al país, y que el 61% asegura que tiene o ha comenzado a tener trastornos del sueño, 56% crisis de angustia y 50% estrés laboral o académico.

Otra encuesta realizada por la Escuela de Psicología de la Universidad Mayor plantea que el “al menos 40% de chilenos que cumplen con cuarentenas preventivas u obligatorias, presentan cuadros depresivos, y otro 66% muestra síntomas de ansiedad, Asimismo, entre las 653 personas encuestadas a lo largo del país, 59% tiene problemas para dormir y un 48% declaró sufrir alteraciones del apetito (Cooperativa, 2020).

Esta nueva realidad en donde las cuarentenas, la distancia física y un constante miedo a poder contagiarse, siga trazando la vida de las personas, esto seguirá conllevando a más afecciones entorno a la salud mental de la población chilena.

Capítulo 2

Marco Conceptual

2. Marco Conceptual

El presente capítulo de marco conceptual, en su desarrollo estará compuesto por ejes conceptuales. Estos ejes serán los articuladores del capítulo, comprendiéndolos como términos que serán la base temática de esta sistematización. Estos ejes dentro de su definición presentarán un despliegue de componentes internos que ampliarán la gama de comprensión del concepto, aportando mayor riqueza a los significados del término, permitiendo realizar una bajada a otros ámbitos que influyen en la comprensión del eje. En el desarrollo de estos, se llevará a cabo un diálogo dentro de los ejes donde se explicitarán tensiones, cuestionamientos y relevancias de los conceptos entendidos como ejes. El desarrollo conceptual del presente marco, se desplegará desde la perspectiva de diversos organismos, instituciones y autores.

Para finalizar, se declara que ciertas citas utilizadas en la presente sistematización, contienen un lenguaje no inclusivo que presenta sesgos sexistas, esto dado al contexto de antigüedad donde fueron planteadas. Como autores de esta sistematización no compartimos este lenguaje y esperamos no promoverlo con su utilización. El uso de estas fuentes se sustentan en la importancia contenidas en la información de fondo de estas citas.

2.1. Eje Conceptual de Salud

Para comenzar, el primer eje de esta sistematización será la conceptualización de salud, donde la principal definición de este concepto es la planteada por la Organización Mundial de Salud (de ahora en adelante OMS), donde su concepción de salud es la que posee una mayor difusión y validación, creando una delimitación homogénea de alcance global del concepto. Esta definición fue acordada dentro del marco de la Conferencia Sanitaria Internacional del año 1946, conferencia donde se constituye la Organización Mundial de la Salud. La OMS y su normativa comienza a regir el 7 de abril de 1948,

como una directriz dentro de las políticas nacionales de los países adscritos a esta organización. La definición acordada en esta conferencia comprende a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. (Organización Mundial de la Salud, 2006)

Este concepto a su vez es adscrito por la Organización Panamericana de la Salud (de ahora en adelante OPS), organismo especializado en velar y mejorar la salud pública, y que además colabora como sede regional de la OMS en las Américas. Chile se encuentra adscrito a la OMS y a su constitución, por lo cual el organismo encargado de la salud en Chile el Ministerio de Salud, se adscribe a esta definición siendo su concepción base de salud para la elaboración de políticas públicas, aplicándolo en sus planes y programas y manuales para los equipos de salud.

2.1.1. Modelo Biopsicosocial

Según la OPS, el concepto de salud establecido en la OMS, es considerado un avance ante el modelo biomédico imperante de salud, modelo que se establece como:

centra el estudio y tratamiento de las enfermedades, considerando a éstas como entidades propias independientes de los pacientes, considera al cuerpo humano como una estructura anatómica con aspectos morfológicos y funcionales bien definidos, a la enfermedad como una lesión morfológica y/o funcional, y al médico como el profesional técnico que la repara (Rodas, 2020).

Este avance que plantea la OPS, se plasma en la instauración progresiva del Modelo Biopsicosocial en los sistemas de salud de las naciones, modelo que según Engel (citado por Borrell, 2002), mencionaba que contribuye a los equipos de salud a comprender la enfermedad desde una perspectiva amplia, este plantea “que todos los fenómenos

importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social”, y por tanto no cabía posibilidad de encasillar la enfermedad en término somáticos o físicos, sino más bien del abordaje integral y holístico de las cuestiones psicosociales de las personas.

Esta concepción de la salud se refleja en el modelo de salud chileno, donde se comprende a la población usuaria, desde la mirada biopsicosocial, pero además incorpora las visiones espirituales y culturales constituyendo la comprensión biopsicosocial-espiritual de la población. Este “considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013)

Por lo tanto según Alcántara (2008), plantea que bajo el modelo biopsicosocial, la salud deja de ser un fenómeno exclusivo de la medicina y amplía su mirada a diversos actores de la sociedad, donde la intersección de las ciencias naturales y sociales contribuyen a estudiar un fragmento de la realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos (García, 1996). Además, pone en énfasis en la interdisciplinariedad, donde interventores y/o investigadores, integran sus enfoques y metodologías para colaborar a la promoción, mantenimiento y preservación de la salud (Martínez, 2006).

2.1.2. Derechos a Salud

Otro aspecto a resaltar del concepto de salud planteado por la OMS, es que enmarca la salud como un derecho fundamental para todas las personas. En este sentido la salud es un derecho irrenunciable e inalienable, que se respalda en el Art 25. de la Declaración Universal de Derechos Humanos pactada en el año 1948. Esta declara que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud

y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”(Organización de las Naciones Unidas, 1948).

El derecho a la salud de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), promueve a que las naciones generen normativas de salud que reconozcan este derecho. En el caso de Chile se plantea la Ley N°20.584 “de derechos y deberes para el paciente”, lo que según el Art.1 de la misma, tiene el objetivo de regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, tanto como para servicios privados como públicos.

2.1.3. Tensiones y Avances del Concepto Salud

Sumando otras visiones a la concepción de salud, la OPS plantea que existen algunos autores que realizan observaciones a esta definición de salud. Generando análisis de carácter críticos, que están dirigidos a que el concepto posee un carácter utópico o más bien a una idealización del bienestar, por lo que no resulta útil frente a la elaboración de indicadores operativos en salud, dificultando su utilización como meta para los servicios de salud (Organización Panamericana de Salud, s/f).

Agregado a lo que expone la OPS, otra observación reflexiva que se le realiza a este concepto, se sitúa desde la estaticidad que presente el concepto a través de los años. Esta estaticidad hace referencia a que la definición del concepto fue acordado el año 1948 y desde ese año la demografía mundial y la naturaleza de las enfermedades han cambiado considerablemente, debido a los avances científicos y tecnológicos (Alcántara, 2008). Esto quiere decir, que los patrones de enfermedad han sido modificados, dado que las medidas sanitarias han sido optimizadas y existen mejores intervenciones para la asistencia sanitaria en relación de enfermedades de carácter crónico. En relación a esto el planteamiento de “completo bienestar” en ciertas situaciones se vuelve contraproducente y desfasado, ya que existen personas que presentan enfermedades crónicas o diversidades

funcionales, las cuales bajo este planteamiento serían personas enfermas, que no presentarían este completo bienestar, aminorando la “importancia de la capacidad humana para afrontar de manera autónoma los desafíos físicos, emocionales y sociales de la vida y para funcionar con sentido de realización y bienestar aún con una enfermedad o discapacidad crónica” (Huber, Knottnerus, & Green, 2011).

Es por esto que San Martín y Pastor (1989), plantean que el concepto de salud “no se ajusta a la realidad biológico-ecológica y social porque el humano y su ambiente están sometidos constantemente a la ‘variación’ que no admite modelos fijos”

Una concepción más completa y que incorpora otras variantes a tomar en cuenta en salud, es lo planteado por la oficina regional para Europa por la OMS en (1985), la que propone que “La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”. Desde esta concepción y base a los planteado por Gavidia & Talavera (2012), se considera la salud contextualizada en la persona y en el momento en el que está viviendo, se entiende como un recurso para la vida dejando de lado la comprensión de salud como un estado utópico y abstracto, dándole importancia a las capacidades individuales de las personas, su relación con su ambiente, cómo este contribuye al desarrollo de las personas y como responde a la situaciones que ocurren en el ambiente.

Salud Multidimensional.

La definición de salud planteada por la OMS, dentro sus tensiones y evoluciones conceptuales ha tenido la aportación de diversos autores que han deconstruido y reconstruido esta definición. Es en esta línea, es que Floreal Ferrara (citado por Achig & Achig, 2019) toma la definición de la OMS e incorpora tres áreas a la salud, estas son:

- La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio con el medio que le rodea y resolver las propuestas que éste plantea. Esto se

explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.

- La salud mental, el rendimiento óptimo de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
- La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre goza de salud social cuando pueda convivir con un equilibrio

En ese sentido, el sanitarista y político argentino Floreal Ferrara (1975), sostuvo que:

la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque con ello deba respetar su situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.

2.1.4. Determinantes Sociales

La OMS, tomando en cuenta la relación e influencia entre las personas y sus ambientes plantea los determinantes sociales de la salud (de ahora en adelante DSS). Entendiéndose como “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud” (Galli, Pagés, & Swieszkowski, 2017). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero y el poder, que en consecuencia presenta la mayor parte de las inequidades sanitarias.

En base al documento “El concepto de Salud. Evolución histórica. Aceptaciones actuales.” (2015) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Argentina (FLACSO), se entiende a los DSS, como las condiciones sociales donde las personas

viven y trabajan, es decir, las condiciones en las que se despliega el ciclo de vida de las personas, las condiciones de su producción y reproducción ampliada, las condiciones de acceso a sus derechos y a la protección social en todas las dimensiones humanas y sociales. En este mismo documento se señala que algunos autores consideran que los determinantes sociales pueden ser “las causas de las causas” de las enfermedades y de las precarias o limitadas condiciones de salud de las poblaciones. Estas causas de las causas comprende lo relativo a: pobreza estructural (vivienda y condiciones ambientales), pobreza por ingresos (trabajo), niveles educativos y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los DSS explica, la inequidad en la distribución del ingreso y de los recursos sociales disponibles en una sociedad dada, relación entre la oferta de servicios de salud y la demanda de servicios de salud por parte de la población; condiciones de migración, condición étnica, condición de género e identidad de género, condiciones de religiosidad, pertenencia a grupos de minorías sociales o culturales, residencia urbano/rural, exclusión, vulnerabilidad y marginación (FLACSO, 2015).

Los DSS son componentes importantes en la vida de las personas, que establecen o predisponen que este se enferme o que sea saludable, de acuerdo a la interacción con cada uno de ellos, en un equilibrio que depende de las condiciones de que sean modificables o no. Por tanto la intervención en salud, tiene la idea de integrar estos componentes, a mejorar las condiciones de vida de los individuos y de la poblaciones, a partir de la identificación y modificación de los determinantes de la salud.

Conforme al informe de Marc Lalonde en 1974, los DSS se agrupan en 4 campos: estilo de vida, biología humana, medio ambiente y sistema sanitario. Estos campos se definen como:

- Medio Ambiente: Son todos los factores relacionados con la salud de las personas que son externas a ella, y que poseen poco o nada control sobre ellas. Como por ejemplo la contaminación del aire-agua, los ruidos ambientales, vertederos legales e ilegales e incluso los desechos y aguas servidas.
- Estilo de Vida: Representación del conjunto de decisiones que toma la persona entorno a su propia salud, y posee un grado de control sobre ellas. En otras palabras, son los hábitos personales como alimentación, higiene, ejercicio físico, sueño, entre otros. Cuando estos hábitos son riesgosos, tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, lo que puede llevar a la afirmación que el estilo de vida de la persona contribuyó a ello.
- Biología Humana: Incluye todos los hechos relacionados con la salud personal, tanto física como mental, estas tienen su origen en el propio individuo y dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica del individuo. A su vez, considera la herencia genética de las personas, las etapas del ciclo vital, y los diferentes aparatos internos del organismo, dada la complejidad del cuerpo humano.
- Servicio de Atención: Es la organización de la asistencia sanitaria o el sistema de atención en salud, en los parámetros de cantidad, calidad, orden y recursos para las prestaciones en salud. Incorpora la multidiversidad de profesiones, niveles de atenciones, medicamentos, infraestructura en salud, entre otros servicios sanitarios (Villar M. , 2011).

Los Determinantes sociales buscan el conocimiento de las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad del individuo y al tiempo de exposición (Morales, Borde, Eslava, & Concha, 2013).

Enfoques de intervención en los DSS.

Respecto a la concepción sobre cómo intervenir en salud desde la visión de los DSS, existen dos miradas: por una parte, la visión de la Comisión de los Determinantes Sociales, la cual queda estipulada en el informe final para “subsana las desigualdades de una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” y la corriente de la Medicina Social Salud Colectiva latinoamericana (de ahora en adelante MS-SC).

Desde la Comisión de los Determinantes Sociales, plantean que su acción se centra en la disminución de la:

Estratificación social, la exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias desiguales de la enfermedad, mediante la generación de políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, el estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades, el control del riesgo y el acceso a los medios y servicios esenciales para reducir la pobreza (Villar, 2007).

La comisión propone que para alcanzar esta disminución de diversas problemáticas sociosanitarias, es necesario desde el ámbito político “la implementación de mecanismos para alcanzar la equidad que están supeditados a la acción del Estado en el mejoramiento del acceso a la educación y al empleo” (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013). Existen críticas a esta visión que declaran “que la Comisión propone subsana la brecha en una generación sin cuestionar la base de la determinación del proceso salud enfermedad” (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013).

Desde la mirada de la MS-SC latinoamericana, las acciones a partir de los DSS debe ir dirigidas a:

favorecer los procesos sociales de emancipación. Procesos, que tienden a la transformación en las relaciones de poder entre aquellos beneficiarios del actual

orden social y la lucha contra todas aquellas formas de explotación que conducen a modos de vida determinantes del deterioro de la salud. (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013)

La perspectiva de la MS-SC latinoamericana, comprende la salud como un asunto de orden político y además entiende la medicina como una Ciencia Social. Asimismo reentende a los DSS a partir de dos connotaciones que centran en lo político (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2015), estas son:

- a. se incluye dentro de los determinantes de la salud la dimensión política.
- b. Se asume que la modificación del conjunto de determinantes de la salud exige la acción política.

Para finalizar los DSS, como una perspectiva para realizar acciones en salud, se convierten en una herramienta eficiente para visibilizar aspectos estructurales que tienen que ver con la ejecución de los servicios sanitarios, y asimismo adjudica mayor contenido político al discurso sobre el Derecho a la Salud (como parte del conjunto de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales), dejando claro que vela por un enfoque de derechos y que su principal aporte es relevar la estructura de las sociedades como un espacio de transformación para subsanar las inequidades en salud (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2015).

2.2. Eje Conceptual de Salud Mental

Para comenzar trazar este eje los primeros indicios y concepción de la definición de salud mental aparecen con la definición de salud planteada por la OMS (1948). En esta definición se incorpora la dimensión mental como parte del bienestar en salud (Organización Mundial de la Salud, 2006). Apoyándose en esta conceptualización de salud, Floreal Ferrara la complementa, incorporando la salud mental, como parte integral de la salud, interrelacionando con la salud física y social (Achig & Achig, 2019). Esto se

fundamenta en que, la OMS reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Siguiendo a la OMS, en el documento “Promoción de la Salud Mental” (2004), propone la siguiente definición de salud mental: “...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En relación a la conceptualización de salud mental dada por la OMS, esta se asemeja a la definición dada por Ferrara, donde para este autor la salud mental tiene relación con el rendimiento óptimo de las capacidades que posee una persona, y la posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen. Ambas definiciones incorporan las capacidades y aptitudes como parte de la salud mental (Ferrara, 1975).

La definición dada por la OMS, se propone con el fin trascender por las diferentes culturas, tomando en cuenta la diferencia de valores entre países, las que hacen difícil consensuar una definición de salud mental, sin embargo esta definición planteada, busca generar un significado universal que no se restrinja a las interpretaciones de las diferentes culturas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La OMS comprende desde un sentido positivo a la salud mental, donde esta es la base del bienestar y el funcionamiento de un individuo y una comunidad, donde las condiciones y las capacidades contenidas en la definición, poseen un valor por sí misma, por lo que en consecuencia “la salud mental es mucho más que ausencia de la enfermedad mental” (Organización Mundial de la Salud, 2004). Por lo cual continuando con esta lógica, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente, reconociendo a la salud como un estado de balance, que incluye las condiciones, capacidades de las personas y su contexto, con el fin de propiciar la búsqueda de mejoramiento de la salud mental de

individuos y comunidades. Avanzando con esta consecución de ideas, según Mebarak, Castro, Salamanca, & Quintero (2009), manifiestan que “la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de éste. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante”. Siguiendo a los y las autores/as, seguidamente en nuestro diario vivir experimentamos variaciones en nuestro estado físico y psicológico, y en nuestras relaciones interpersonales, lo que supone constantes modificaciones en los esquemas internos de las personas, por lo que toma a relevancia nuestra capacidad para relacionarnos con nuestro entorno de manera flexible productiva y adaptativa, tomando en cuenta la percepciones de sí mismo/a .

Retomando con lo expuesto por la OMS en el documento “promoción de salud mental”, la salud mental contribuye en aspectos importante para la vida humana, teniendo valores sustanciales: para el individuo, la sociedad y la cultura. La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y se puede apreciar la importancia de esta de diversas formas, desde su indivisibilidad con la salud general contribuyendo al funcionamiento de la sociedad. Su valor asimismo se expresa en la calidad de vida de las personas, en el abarcar a todas las personas ya que se genera en la vida diaria y en la espiritualidad. En este último componente su importancia se visualiza en que la espiritualidad contribuye en el fomento de la salud mental y la salud mental puede influir en la vida espiritual. Para completar la salud mental, también es entendida como una emoción positiva, teniendo relación con los afectos, tal como el sentimiento de la felicidad, inclusive como una cualidad de la personalidad con recursos psicológicos de autoestima y control, y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad. Esto se complementa con la idea de que la salud mental es un:

recurso individual que contribuye a la calidad de vida del individuo y puede aumentar o disminuir de acuerdo con las acciones ejercidas por la sociedad. Es un

aspecto de la buena salud mental que es la capacidad para mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Bajando el concepto al contexto de Chile el Ministerio de Salud (MINSAL), en el Plan Nacional de Salud Mental (2017), define la salud mental como:

la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

Esta definición fue visualizada desde el Ministerio de Salud de Canadá, donde fue adaptada para Chile. Esta pone especial énfasis en la persona, su constante interacción con el medio y su relevancia en el desarrollo de las personas. Esta visión se sobrepone a la lógica de salud-enfermedad mental relacionada tradicionalmente con la medicina, y además restringe a la psiquiatría de ser el principal actor interventor en esta temática, sino que más bien amplía la mirada de análisis e intervención a otras disciplinas. (Gatica-Saavedra, Vicente, & Rubí, 2020)

2.2.1. Determinantes Sociales en Salud Mental

Como se ha plasmado a lo largo de esta sección, la salud y particularmente la salud mental está asociada a múltiples factores, encontrando su asilo en la conceptualización de los determinantes sociales. Bajo esta lógica entonces, según una relación que realiza la OMS (2018) en el informe “Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta”, menciona que una salud mental deteriorada podría encontrar su relación con los cambios sociales rápidos y repentinos de la vida de las personas, estas se podrían manifestar en: la situación socioeconómica, laboral, discriminación de género, exclusión social, estilos de vida poco saludables, riesgos de violencia e incluso las violaciones a los derechos humanos. A la

par de cómo se mueve la sociedad por medio de los cambios sociales, también inciden los tipos de personalidades y factores psicológicos específicos, los que tienen injerencia en que una persona sea más vulnerable o no a los trastornos mentales. Asimismo, estos trastornos mentales también poseen causas biológicas, dependientes de los factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales (Organización Mundial de la Salud, 2018). De modo que en relación a los determinantes sociales en salud mental, según House, Landis & Umberson (1988), los individuos de una sociedad que se encuentren aislados socialmente y que posean una desventaja socioeconómicas frente a otros, tenderán a tener mayores problemas de salud mental que el resto.

Lo anterior refleja las desigualdades en acceso a la salud mental por la amplia gama de factores sociales, que en definitiva son consecuencias preestablecidas por los determinantes sociales, como el mero hecho de nacer en un ambiente vulnerable, con dificultades para acceder a la educación e inestabilidad laboral familiar, predefine en cierta medida las capacidades y condiciones para acceder a la salud, por esta razón, en la medida en que “las desigualdades sean una consecuencia de la injusticia social, no solo existe la desigualdad, sino también la inequidad” (Organización Mundial de la Salud, 2004). Por tanto la salud mental de las personas queda sujeta a los entornos sociales, económicos y físicos que influyen en las experiencias de salud mental de las personas.

Como anteriormente se mencionaba, las desigualdades en salud mental son una injusticia social bajo lo establecido por la OMS, en ese sentido para que las personas alcancen un estado de bienestar de acuerdo a sus capacidades, la sociedad debe garantizar los derechos humanos básicos, para ofrecer un alto estándar de salud mental teniendo en cuenta que en la ausencia de estos, la salud mental será una constante injusticia social (Gostin, 2001). Por lo cual, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en base a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), representa

para la salud mental un estándar útil que permite evaluar las acciones de una sociedad entorno a la promoción de la salud mental. También los derechos humanos entorno a la salud mental, ayudan a garantizar que el foco se centre en grupos vulnerados y que bajo los intereses de los mismos, se consideren las líneas y estrategias de acción relacionadas con su propia salud.

Los determinantes sociales en salud mental, desde la óptica de la política pública en salud mental de Chile, plantean que los determinantes sociales pueden ser entendidos de dos tópicos, determinantes estructurales y determinantes intermedios (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

Desde esta visión los determinantes estructurales son entendidos como las “condiciones etnia, género, nivel de ingreso, nivel educacional y ocupación”(Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018). Por contraparte los determinantes intermedios “tienen relación con las condiciones de vivienda y trabajo, acceso a servicios básicos y bienes de consumo”. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018)

Estos determinantes presentan dos factores que influyen en su injerencia en la salud estos son factores conductuales y biológicos y factores psicosociales. Los primeros se asocian a los patrones de consumo alimentario, consumo de drogas y hábitos de ejercicios y los factores psicosociales tiene correspondencia con la red social y de apoyo de la personas, factores de estrés y acceso a servicios sociales y sanitarios (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

Para finalizar la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018) plantea algunos grupos poblacionales donde en el ámbito de salud mental, se expresan en los efectos de los determinantes sociales y las inequidades en salud, estos grupos son los siguientes: trabajadores, mujeres y equidad de género, diversidad sexual, pueblos indígenas,

migrantes, refugiados, personas en situación de calle, personas privadas de libertad, población de niños, niñas y adolescentes en protección de derecho por el estado, población de adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia y población adolescentes en conflicto con consumo de alcohol y otras drogas.

2.2.2. Ámbitos de la Salud Mental

Dos ámbitos que presentan una injerencia e importancia en la comprensión y tratamiento de la salud mental para la presente sistematización son la cultura y las crisis sociales. Estos dos ámbitos manifiestan una relación con la salud mental que se presentará con un apartado que amplíe la visión en salud mental desde estos dos aspectos.

Salud mental y cultura.

La definición planteada por la OMS de salud mental fue proyectada para generar una comprensión universal del concepto, pero de igual forma en su manifestación, la salud mental difiere según el individuo, la cultura y según su relación con diferentes contextos, por cual existe una dificultad para generar una comprensión universal de salud mental.

Sostener una mirada cultural de la salud mental amplía la naturaleza del concepto, implicando no solo la incumbencia exclusiva del profesional de salud mental, sino que también admitiendo como cada cultura influye en la forma en que las personas entienden la salud mental y la consideración que tienen sobre ella. Una mirada cultural en salud mental genera un entendimiento y una sensibilidad a los factores valorados por diferentes culturas, aumentando la importancia de estos y el éxito de las intervenciones potenciales. (Organización Mundial de la Salud, 2004). Es por esto que la atención en salud mental idealmente debe ser realizada con “con pertinencia cultural a lo largo de todo el curso de vida, contar con facilitadores interculturales en la atención e incorporar los saberes y conocimientos culturales” (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2018).

Salud mental y Crisis sociales.

La salud mental en su definición se relaciona con la capacidad de interactuar del individuo con su medio, para el logro de metas individuales y colectivas esto en base al MINSAL (2015). Continuando en base a esta perspectiva, si este medio presenta situaciones de alteraciones fuera de su rango regular de acciones, estas manifestaciones tendrán injerencias en la salud mental de las personas, ya que estas manifestaciones intervendrán en el logro de las metas, y por otro lado influirán en el uso de potencialidades de los individuos. Estas afirmaciones permiten “apreciar en todo su sentido el impacto que sobre la salud mental de un pueblo pueden tener aquellos acontecimientos que afectan sustancialmente las acciones humanas, como son las catástrofes naturales, las crisis socioeconómicas o las guerras” (Baró, 1993).

Estos acontecimientos y alteraciones hacen referencia a las crisis sociales Svampa (2016), plantea que estas son una fractura entre lo que acontece en el tiempo presente, los patrones precedentes y las posibilidades que arroja el futuro cuando no cabe pensar en una continuidad. Lo que en ese sentido, convierte la cotidianidad en un estado de situación incierta, donde las cosmovisiones sobre la estructura social y los paradigmas presentan alteraciones y son repensados.

A su vez, sumado a lo planteado a las crisis pueden ser definidas como “una turbulencia o perturbación importante del sistema social considerado más allá de su duración y extensión geográfica, que puede llegar a poner en peligro su propia existencia, sus mecanismos esenciales de reproducción” (Beinstein, 2005).

La ocurrencia de una crisis social, genera determinados efectos en la salud mental de las personas, debido a la debilitación de las capacidades de las personas que impiden la adaptabilidad frente a estas perturbaciones del medio. Las respuestas conductuales de una personas antes estas situaciones suele ser dispares respecto al espectro común de

comportamientos de las personas. Estos comportamientos se asumen como respuestas emocionales normales antes una situación de crisis, donde la respuesta de “la mayoría de las personas pueden presentar reacciones psicológicas o conductuales negativas y que estas son probables y saludables ante un evento altamente estresante” (Ministerio de Salud, 2015). Es por esto, en que se establece una tendencia natural de las personas, hacia la búsqueda en el plano individual, familiar y social, de soluciones adaptativas para afrontar el evento vivido.

Finalmente, cabe declarar que ante una crisis social y todas sus repercusiones en la salud mental de las personas, abre oportunidades potenciales para la recuperación y fortalecimiento de sus capacidades adaptativas.

2.3. Eje Salud Mental Comunitaria

Para comenzar a trazar la concepción y definición de la salud mental comunitaria (de ahora en adelante SMC), se remontaran los antecedentes históricos en Chile del trabajo en SMC. Esto antecedentes se remontan comienzos de la década de 1960, donde se produjo un conjunto de experiencia que enlazaban la salud mental y la comunidad desde la psiquiatría, estas prácticas se sitúan principalmente en los trabajos de Martín Cordero y la experiencia en Psiquiatría Comunitaria en Temuco; con Mario Vidal y Fanny Pollarolo en el desarrollo de Salud Mental Poblacional; y la experiencia de Juan Marconi, con el Programa de Salud Mental Intracomunitaria, iniciado en el año 1968 (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018). Todas estas incipientes prácticas finalizaron su labor con la instauración de la dictadura cívico militar en el año 1973, desmantelándose e interrumpiendo todo el proceso que lleva construyendo la innovadora SMC Chilena de los años 60 y principios del 70.

Desde estas experiencias surgen conceptualizaciones de salud mental comunitarias: Luis Weinstein basado en Juan Marconi conceptualiza la “salud mental

comunitaria como aquella en que tiene una participación preponderante la ‘comunidad’ (Cárdenas, 2017), en base a sus propios organismos ‘intracomunitarios’ “entendiendo como intracomunitario como “la anatomía interna de la comunidad” (Mendive, 2004). Asimismo se entiende la SMC desde “el trabajo de las comunidades terapéuticas; las redes de servicios en la comunidad; el tratamiento de enfermos con la participación de su comunidad; la comprensión de la comunidad como unidad de trabajo” (Mendive, 2004).

Tomando estas definiciones y ampliando el espectro del total de trabajos en SMC de los años 60 y 70 en Chile, se sitúan como elementos centrales de la labor de esta época, la concepción general que comprende la SMC:

El respeto por las formas culturales de la comunidad, la estrategia de intervención centrada en los recursos existentes en la comunidad, el trabajo conjunto con la comunidad para proveer soluciones y, fundamentalmente, el reconocimiento y superación de la barrera cultural entre los profesionales interventores y la comunidad (Cárdenas, 2017).

Estas definiciones y elementos centrales de la SMC enmarcadas en el contexto histórico de esas experiencias, son el antecedente principal para la construcción del actual definición de SMC planteada Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018) del Ministerio de Salud de Chile, la que comprende y plantea la SMC como un el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (de ahora en adelante MCASM), el que fue definido y situado en el capítulo de contextos de la experiencia en el apartado de contexto de Política Pública.

Aportando a la conceptualización de SMC desde la óptica del modelo chileno, esta se basa en el principio de fomento de “prácticas en salud basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo” . Acompañado de este principio la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018), en el MCASM describe tres componentes claves en SMC: participación activa de la comunidad; transformación de los lazos

comunitarios hacia vínculos solidarios; y constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, esto con el fin de “la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que, para que las personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, esta también debe estar preparada.” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

Desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, plantea que la atención en salud mental comunitaria desde MCASM:

Se centra en la persona que presenta un problema o enfermedad mental y su contexto, a fin de que esta mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros, le permita desarrollar un proyecto de vida y participar de la vida en comunidad. La atención y el cuidado contemplan el trabajo con la persona, su familia, red de apoyo y comunidad como parte fundamental del proceso de recuperación (2018).

Prosiguiendo con los planteado, esta atención adquiere un sentido terapéutico, ya que un ámbito de la vida que afecta la aparición de enfermedades en salud mental son las condiciones subjetivas para vivir con los otros y soportar los conflictos de la vida en común, como también el desarrollo y la mantención de las habilidades para generar vínculos satisfactorios.

2.3.1. Tensiones y Avances del Concepto de SMC

Tomando distancia de la comprensión de SMC como modelo o forma de atención en salud mental y accediendo al propósito de una conceptualización de SMC, luego de una ardua revisión bibliográfica y en base al documento de “Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria” de la Escuela de Salud Pública Doctor Salvador Allende (2014), se apoya en la idea que la SMC presenta un carácter inacabado donde de igual forma esta puede ser percibida como un campo particular de ciencias y como una disciplina

específica de la salud (...)identificando una racionalidad interna como objeto y concepto. Lo que sitúa SMC como una categoría abierta que lo torna polisémica, por ello se evita hablar de SMC desde la visión como modelo.

Siguiendo el documento de la Escuela de Salud Pública Doctor Salvador Allende (2014), la salud mental comunitaria puede ser entendida como una:

Praxis en salud mental desde un enfoque de protección del sujeto enfermo a otro de apoyo, esto es: el recurso a las potencialidades; el cuidado de sí mismo; la autoconstrucción de proyectos de vida; aspiración al bienestar social, al vivir bien; la autonomía en las decisiones acerca de su salud y de su vida; capacidad jurídica en la protección de sus derechos, etc.

En tanto, desde una visión epistemológica la salud mental comunitaria, avanza:

Desde el hombre enfermo, desde el discapacitado mental hacia el sujeto-ciudadano, afectado en su salud psíquica, pero depositario de derechos, ciudadanizado, rescatado a sí mismo y por sí mismo desde los extramuros, liberado de una condición in-humana de no-sujeto y de no-ciudadano para que pueda llegar a ejercer sus derechos y participar en la producción de verdadera democracia (Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G, 2014).

Avanzando y sumando otros antecedentes para una exponer una comprensión más ampliada de la SMC, desde de diversos autores, se han generado propuestas para otorgarle mayor riqueza a la definición, por ejemplo Gofin y Gofin (2011), mencionan que la SMC es una expresión colectiva de las personas y grupos de una comunidad definida, y que se manifiestan a través de la trazabilidad de variables personales, familiares , ambientales y los servicios de salud. Además, a estas variables se le incorpora los factores más inmediatos de la política nacional e internacional, generando determinados efectos en las comunidades. Lo anterior vuelve a retomar a la SMC como

modelo, cuyas variables como de esta comprensión estarían bajo una modalidad intersectorial, siendo abordadas para así regular o extinguir los efectos adversos de la salud mental. Así pues, para Desviat (1982) esto sería “(...)aceptar los factores ecológicos y sociales que se asocian, influyen, participan o generan los trastornos orgánicos y psíquicos y, en consecuencia, asumir un modelo de salud integral y positiva(...)”.

Por otra parte San Martín y Pastor (1988) en su libro “Salud Comunitaria. Teoría y Práctica”, planteaban que la idea de SMC, recae propiamente en los miembros de una comunidad, donde “conscientes de constituir una agrupación de interés comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades”, lo que mediante un trabajo participativo mediado entre la comunidad y las instituciones, planteaban las soluciones a sus problemáticas. Para los autores, esta idea de SMC, en esencia es el programa de salud local, donde a través de un levantamiento diagnóstico, se anticipan las problemáticas y necesidades de la comunidad, aplicando diversas estrategias locales para el abordaje de las mismas, otorgándole así un nuevo valor a la SMC, y restándole a la medicina tradicional biomédica.

Ambos postulados, reafirman una idea de modelo en SMC, donde su conceptualización queda definida por los componentes propios de las comunidades, como las condiciones sociales, organizativas y técnicas. En ese contexto, el protagonismo de la comunidad es relevada debido a los valores que otorgan las personas sobre su salud y sobre las políticas que afectan en sus vidas. Para Cano & Cantisano (2012), la existencia de la SMC precisa de un entramado poblacional que permita la participación, facilita el acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse en las decisiones locales de salud mental, esto representa el poder colectivo que ejercen las comunidades sobre sus individuos y en su propio entorno.

Por otra parte, para Bauleo (2012), la SMC se centra en la organización de los servicios territoriales, considerando elementos epidemiológicos y sociológicos de las comunidades. Plantea que la clave para entender el ámbito de la salud comunitaria es importante visualizar el territorio, la cultura y las personas como ejes dinámicos interrelacionados donde la confluencia entre los niveles de participación, empoderamiento, conocimientos y experiencias, de cada una de las personas integrantes aportan hacia a la eficacia de los objetivos sanitarios.

2.3.2. Componentes de la SMC

En el marco del MCASM, establece sus acciones para la prevención de la discapacidad, que según la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018), este concepto se entiende como:

un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo que se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc.

En ese sentido la persona con discapacidad, será aquella que teniendo una o más deficiencias físicas y/o mentales, de carácter temporales o permanentes, se vea impedida o restringida su participación en la sociedad, por causa de diversas barreras contextuales.

El MCASM incorpora la prevención a la discapacidad como una acción de la atención en salud mental, donde a partir del primer contacto con las personas con problemas o enfermedades mentales en la red, se introduce la rehabilitación y recuperación en todo el continuo de la atención de las personas en la red de salud mental. Teniendo una mirada donde la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial influida por la

perspectiva de los derechos humanos y de apoyo al ejercicio de estos, busca la recuperación e inclusión sociocomunitaria como metas de una intervención adecuada en salud mental (Subsecretaría de Redes Asistenciales 2018).

Rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial es un componente del modelo de salud mental comunitaria planteado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales(2018). Este se entiende como “un conjunto de estrategias e intervenciones orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones entre el individuo y su medio” (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2018). También se entiende como un proceso “que implica la apertura de espacios sociales de negociación para la persona usuaria, su familia, la comunidad que lo rodea y los servicios que le apoyan” (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2018).

La rehabilitación psicosocial en el marco de SMC “opera como un factor clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectadas por un trastorno mental grave y persistente” (Hernández, 2017).

En la Declaración de Consenso WAPR/WHO (1996), sobre la rehabilitación psicosocial, mencionan que son “actividades capaces de maximizar las oportunidades de recuperación para las personas y minimizar los efectos incapacitantes de la cronificación de enfermedades a través del desarrollo de insumos individuales, familiares y comunitarios”.

En tanto, para Pitta (1996), la rehabilitación psicosocial se centra en alcanzar un nivel óptimo de salud mental, potenciando la autonomía de las personas en el desarrollo de sus comunidades, en pos de abordar las demandas particulares y colectivas, de manera personalizada y dinámica, lo que través de un enfoque integral y de apoyo mutuo, centrado desde lo social y educativo.

Bajo la revisión de diversos autores, la rehabilitación psicosocial en la SMC, se establece desde una mirada en la que incorpora la multidimensionalidad contextual de las personas en sus comunidades, centrándose en el desarrollo y mejora de las habilidades y capacidades de una personas con alguna situación de salud mental, teniendo en consideración los factores individuales, familiares y comunitarios.

Por último la rehabilitación psicosocial comprende una “serie de intervenciones, servicios y sistemas de apoyo social orientados hacia la recuperación de cada persona, es decir, a la búsqueda de la identidad dentro de la comunidad, siendo la rehabilitación un factor que contribuye a esa Recuperación general.” (Subsecretaria de Redes Asistenciales 2018)

Recuperación.

En base a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018), el proceso de recuperación basado en el MCASM reconoce a la persona con enfermedad mental como la principal protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. Desde esta óptica la recuperación es comprendida no solo una como terapia ni una intervención, sino que es entendida como “un proceso personal, propio de cada individuo, de vivir la vida con el mayor sentido y realización, a pesar de la enfermedad mental.” (Subsecretaria de Redes Asistenciales 2018).

La recuperación en relación a la salud mental es distinta a las recuperaciones de otras condiciones médicas, ya que las personas con una enfermedad mental grave no alcanzaran un grado completo de recuperación que lleven a la ausencia de todos los síntomas, esto lleva reconocer el rol activo de la recuperación en la búsqueda de cómo vivir con una situación mental grave, donde las personas a pesar de no ser curadas completamente pueda acceder y reclamar a la vida plena. En relación a esto Anthony (1993; citado por Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018) concibe la Recuperación como:

Un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La Recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental.

Las enfermedades o situaciones que afecten la salud mental presentan efectos que van más allá del estado de la enfermedad, ocurriendo consecuencias respecto a la forma en que se reacciona y comprende socialmente la enfermedad mental, estigmatizándose la persona. En este ámbito la recuperación apunta a que la persona pueda desarrollarse como miembro de una comunidad, a pesar de su situación y presente la formalización de espacios para la participación en el desarrollo de la atención.

La recuperación debe apoyar incentivar y facilitar que cada persona con alguna condición de salud mental lleve a cabo este proceso de crecimiento, respetando “su voluntad, deseos, motivaciones e intereses para irse proporcionando un nuevo sentido y propósito de vida.” (Subsecretaría de Redes Asistenciales 2018).

Inclusión Sociocomunitaria.

La inclusión sociocomunitaria según Martínez (2016), se entiende como un “proceso que moviliza recursos en el sujeto y en los sistemas de actuación, articulando el mundo de vida del sujeto (comunidad) y las instituciones que pueden contribuir a mejorar su condición en la sociedad”.

Con lo anterior, el MCASM en base a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018) incorpora al modelo de salud chileno, la propuesta orientadora que realiza Martínez sobre considerar el análisis e intervención para la inclusión sociocomunitaria, estas son fundamentado en:

- Las capacidades de las personas para la inclusión comunitaria, en esta encontramos: la salud física y mental; la autoestima e identidad; las habilidades relacionales, los valores, actitudes, creencias, opiniones, sentimientos de pertenencia, apego, estilos de afrontamiento de la salud, rutinas de actividades de la vida diaria, estrategias de resolución de problemas, capacidad de resiliencia, entre otras.

- La capacidad de los sistemas comunitarios para la inclusión de las personas, algunos puntos de anclajes son: las familias y otras redes de apoyo; las comunidades territoriales como el pasaje, vecindario, comuna, ciudad, entre otros; las comunidades de interés, como los grupos de pares, pandillas, tribus urbanas, comunidades virtuales; y las organizaciones comunitarias, pudiendo ser estas políticas, religiosas, culturales, deportivas, etc.

- La capacidad de las instituciones para la inclusión de las personas , esto se expresa en: políticas públicas inclusivas que consideren el ejercicio de ciudadanía y un enfoque de derechos, con gestión inclusiva de la diversidad, con articulación institucional-comunitaria, con enfoque participativo, territorial, de género y de derechos humanos

- La capacidad de las personas para su inclusión institucional, que se denomina el ejercicio de la ciudadanía, y que se define como: la capacidad de las personas para hacer uso de sus derechos en los distintos ámbitos de su existencia social conectándose con la oferta institucional. Es decir, en la medida en que la persona puede cumplir con sus roles ciudadanos.

Lo que en definitiva, cada eje se adaptará de acuerdo a cada realidad de los individuos, bajo sus contextos específicos de intervención y comunidad, y finalmente de acuerdo al desarrollo o fortalecimiento de las capacidades en uno o varios de los ejes indicados. Por tanto, la inclusión sociocomunitaria bajo este modelo, implica favorecer la adaptación de las personas a los contextos comunitarios e institucionales y también desde los mismos

contextos hacia las personas, propiciando así a mejorar su situación en la vida en sociedad.

2.4. Trabajo Social y Salud Mental/ Salud mental Comunitaria

Adentrándose en el foco del ámbito profesional que presentará esta sistematización, se delinearán los roles y funciones que el Trabajo Social realiza en la salud mental y en un modelo comunitario de salud mental.

Un planteamiento genérico respecto a los roles del Trabajo Social que parece interesantes, son los que plantea Aguilar (2013), que serían los siguientes: asesor-orientador-consejero social, terapeuta social, evaluador de servicios y programas propios de intervención social, planificador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida, movilizador de recursos externos e internos, investigador de problemas, necesidades, conflictos sociales, identificador de recursos y potencialidades para la acción, gestor y mediador entre personas e instituciones, reformador de instituciones-defensor activo de derechos, dinamizador comunitario, gestor de políticas sociales y animador social.

En ese sentido Aguilar (2013), plantea que estas funciones son la acción y el ejercicio de la profesional de Trabajo Social, donde considera el campo de la intervención social como un escenario complejo, en el que diversas profesiones y disciplinas incorporan diversas visiones de análisis e intervención, lo que hace relevante saber diferenciar lo que podrían ser funciones profesionales compartidas con otras disciplinas del área social, y también especificar cuáles serían las propias del Trabajo Social en la SMC.

Con lo anterior, actualmente bajo el MCASM, la Subsecretaría de las Redes Asistenciales (2018), plantea que las actividades de un o una trabajador/ra social en SMC son la siguientes actividades y/o funciones:

- Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental
- Evaluación Socio Familiar
- Elaboración Plan de tratamiento individual con el usuario
- Consulta de salud mental
- Visita Domiciliaria Integral
- Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros
- Intervención Psicosocial Individual
- Evaluación Social e Informe Social para Tribunales
- Evaluación del PTI con el usuario,
- Intervención Psicosocial Familiar
- Intervención en crisis
- Intervención Psicosocial Grupal
- Intervención Comunitaria
- Gestor Terapéutico.
- Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento)
- Intervención Asertiva Comunitaria,
- Atención en domicilio

Estas actividades siguiendo con lo planteado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se realizan bajo el sistema de una atención integral, donde prevalecen actividades realizadas en equipo, en conjunto con las personas, familias y las comunidades. Estos equipos están conformados por el o la trabajador social y otras profesionales y técnicos/as de diversas disciplinas, “en cuyo quehacer confluyen diversas perspectivas, conformando un equipo terapéutico transdisciplinario” (Subsecretaria de Redes Asistenciales 2018). En ese sentido la metodología propia de la intervención en SMC, es a través de la Transdisciplinariedad. Esta busca orientar a la organización entre

las distintas disciplinas a través de la confluencia y participación entre estas, regulando el funcionamiento del equipo y fomentando la cooperación mutua, a través de diversos enfoques con la finalidad de satisfacer las necesidades/problemas de las personas, grupos y/o comunidades usuarias de los centros.

Desde Trabajo Social en salud luego de una revisión bibliográfica, declaramos que el rol del Trabajo Social en salud mental presenta límites de intervención difusos (Rosas, 2011). Como antecedente histórico del rol de la profesión en salud, es que “el origen del Trabajo Social siempre ha estado muy vinculado a la salud, desde allí incluso la utilización de diversos conceptos en la profesión que provienen del campo de la salud y que han impregnado nuestro accionar” (Rosas, 2011).

Finalmente dado a lo presentado anteriormente, el Trabajo Social en SMC para esta sistematización, reviste aspectos vinculados principalmente a la promoción, visualizando dos líneas de ejecución de la práctica profesional; la primera, velar por la ejecución de programas comunitarios relacionados con actividades de diferentes instituciones y organizaciones sociales; y la segunda, en involucrar a los sujetos de dichas comunidades para mejorar sus condiciones de vida, desde una perspectiva de integral de la vida de las personas (Rosas, 2011).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3. Marco Metodológico

3.1. Fundamentación de la Temática

A partir de lo expuesto en los capítulos anteriores, los contextos de crisis social y sanitaria han tenido consecuencias que han influido de forma nociva en aspectos económicos, políticos y sociales de la población en general, provocando daños significativos a la salud mental de las personas. Desde la crisis social esto se evidencia desde las violaciones a los derechos humanos y las diferentes violencias que se generaron durante este tiempo, y desde la crisis sanitaria las cuarentenas, las distancia física y el miedo a contagiarse o que un familiar y/o conocido lo contraiga, son los aspectos que han estado influyendo desfavorablemente en la salud mental.

Estas consecuencias se evidencian desde el territorio de Valparaíso, donde ambos contextos de crisis tuvieron sus repercusiones en las personas. Estas consecuencias han conllevado a un incremento de situaciones que involucran a la salud mental, lo que acentúa la demanda de los servicios de salud.

Como se ha mencionado, los servicios de salud funcionan desde el Modelo Atención Integral en Salud y en específico la salud mental bajo el modelo del MCASM. Dentro de las profesiones que prestan servicios en salud, se encuentra el Trabajo Social. Para esta profesión significa un desafío importante, debido a que ha tenido que confrontarse a la transformación de diversas prácticas sociales desde el contacto directo con las personas y comunidades, lo que ha significado movilizar sus funciones y actividades, y focalizarlas e adaptarlas a la nueva realidad que es atravesada por los contextos de crisis.

Esto ha llevado a este equipo de Proyecto de Título, a presentar la inquietud de explorar y en base en la metodología de sistematización intentar capturar las prácticas de los y las trabajadores/ras sociales en estas situaciones expuestas, tomando como premisa de que

bajo estas circunstancias y acciones de la profesión, existen nuevos conocimientos desde la práctica social que requieren ser estructurados y transmitidos.

3.2. Fundamentación Metodológica

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, se ha determinado como metodología a utilizar para el Proyecto de Título, la sistematización. La sistematización se entiende como la “estrategia de generación de conocimientos cuyo centro de atención es el análisis de los aprendizajes generados desde la práctica social” (Castañeda 2014), esta emerge como una “forma de rescatar las experiencias de intervención, facilitando su comunicación”. (Castañeda 2014).

El conocimiento desde la experiencia de la práctica social, logra develar las “complejas relaciones de producción de interacción en la realidad social, tendiente a un cambio o transformación de esta misma” (Aguayo, 1992), trayendo consigo la formulación de un quehacer profesional que se ha generado de dicha transformación. Además, la sistematización de experiencias implica un “proceso de reflexión e interpretación crítica de la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos” (Expósito & González (2017).

La utilización metodológica de la sistematización se sustenta en que según Castañeda (2014), esta permite y demanda la “flexibilización metodológica en sus procesos de definición y levantamiento de información y análisis, a fin de capturar con pertinencia la condición de situación dinámica en cambio permanente que caracteriza a la intervención social que la constituye”. Esto encuadra los procesos de contextos crisis expuesto en el capítulo uno, los que se han caracterizado por ser procesos dinámicos de cambios e imprevistos, permeando en las características del territorio definido y en el Sistema de Salud Chileno también presentado en capítulo uno.

La sistematización se sustenta además, en que está pone en valor la práctica y asume que es posible la generación de conocimiento desde la práctica (Castañeda 2014). En ese sentido Perrenoud (1994:25-31; citado por Castañeda, 2014) plantea que la capacidad de hacer evolucionar el desempeño profesional está relacionada con una práctica reflexiva que exige completar el saber y el saber hacer en la medida de la experiencia y de los problemas que ella plantea. El empleo de esta metodología, permitirá enfocarnos en intentar hacer avanzar el desempeño del Trabajo Social en los contextos de crisis planteados. Esto se genera en la medida que seamos capaces de explicitar los métodos y lógicas subyacentes de la práctica(Castañeda 2014), haciendo posible estabilizar los procesos de intervención para la transmisión.

3.3. Delimitación de la sistematización.

Para este proceso de sistematización, el equipo de proyecto de título delimitará la sistematización, en base a los *Aprendizajes que emergen de la experiencia práctica* (Castañeda, 2014). Comprendiendo estos como los aportes principales de las personas participantes de la sistematización, logrando capturar la contingencia social generando pistas para el análisis del proceso social durante su desarrollo, con el fin de la generación de nuevos conocimientos. En base a lo anterior, se identifica como delimitación de la sistematización:

Los aprendizajes de los trabajadores/ras sociales en el sistema público del área de salud mental desde la perspectiva de la norma técnica del MCASM, durante la crisis social y la crisis sanitaria, en la ciudad de Valparaíso.

3.4. Objetivos de Sistematización

Objetivo General.

- Sistematizar los aprendizajes de los y las trabajadores/ras sociales insertos en el sistema público de salud del área de salud mental, desde la perspectiva

de la norma técnica del MCASM, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la ciudad de Valparaíso.

Objetivos Específicos.

- Caracterizar los aprendizajes en relación al componente técnico de rehabilitación psicosocial, en los y las trabajadores/as sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la Ciudad de Valparaíso.
- Caracterizar los aprendizajes en relación al componente técnico de recuperación, en los y las trabajadores/as sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la Ciudad de Valparaíso.
- Caracterizar los aprendizajes en relación al componente técnico de inclusión sociocomunitaria, en los y las trabajadores/as sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la Ciudad de Valparaíso.

3.5. Colectivos participantes

Para el proceso de sistematización se definirá el colectivo de participante a aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos:

Trabajadores/as Sociales que se encuentren insertos en el sistema público de salud con un año de trabajo anteriores a los contextos de crisis social y sanitaria.

Sumado a este colectivo delimitado, se incorporará como colectivo secundario que aporte a través de su relato a la sistematización de la práctica a:

“Trabajadores/as Sociales que se encuentren insertos en el sistema público de salud que hayan ejercido durante los contextos de crisis social y sanitaria sin necesidad de antigüedad en su labor”.

Criterio de inclusión.

- Experiencia en Salud Mental, donde el/la profesional haya realizado funciones y/o actividades desde un enfoque y/o componentes comunitarios.
- Manifestación de él/la profesional para participar en la sistematización de dichas experiencias de forma informada, voluntaria y libre.

3.6. Técnicas con fines de sistematización

Para definir las técnicas a utilizar para esta sistematización, se adoptarán las técnicas planteadas por Castañeda (2014), donde las técnicas se dividen en: técnicas centrada en la revisión documental, entrevistas con fines de sistematización y la observación participante y no participante.

De acorde a esta sistematización se utilizará la técnica centrada en la entrevista con fines de sistematización y de igual forma se plantea la revisión documental como un componente de esta fase pero quedará supeditado la facilitación de la documentación por parte del entrevistado/a.

Entrevista con fines de Sistematización.

En el repertorio de técnicas a utilizar, se establece la entrevista como:

La interacción verbal entre la persona que entrevista y la persona que es entrevistada o las personas que son entrevistadas. Por tanto, la entrevista a través de preguntas, formulaciones, reformulaciones e interpretaciones se buscará reconstruir las experiencias particulares por parte de las personas. Esta entrevista se basará en presentar una estructura definida por los objetivos de la sistematización, “orientando la narración, la apreciación personal, la precisión de datos, (...) de la experiencia, colocando especial atención en aquellos aspectos que requieren ser profundizados” (Castañeda, 2014).

Revisión Documental.

Como se estableció anteriormente la facilitación de documentación quedará supeditado a los/las profesionales, en ese sentido, en el caso de posibilitar el acceso de documentación por parte de los/las profesionales, la técnica a emplear por el equipo de Proyecto de Título será la revisión documental, entendida por: Un proceso de levantamiento de información, que a partir de los registros de la experiencias forman parte de potenciales evidencias, que se insuman al proceso de análisis, permitiendo reescribir la experiencias desde sus propios códigos y otorgarle mayor profundidad al proceso de sistematización. Esta documentación como criterio único deben haber sido generadas en el marco de la experiencia delimitada, pudiendo estar situadas en: Fotografías, fichas, materiales educativos, registros de trabajo, protocolos, entre otros.

3.7. Plan de Análisis de la Información

El proceso de análisis para la presente sistematización se realizará desde la lógica de un *Análisis de integración teórico práctica*, el que se centra en cotejar permanentemente los componentes teóricos conceptuales y los antecedentes prácticos. La realización desde este foco de análisis, se fundamenta en la delimitación de la sistematización la que centra en los aprendizajes que emergen de la práctica, buscando capturar los aspectos metodológicos, teóricos-conceptuales y éticos que se fueron desarrollando a medida que transcurrieron los contextos de crisis. La finalidad del Análisis de integración teórico práctica, se orienta en generar un “relato integrado que entrelaza ambos componentes, generando un relato teorizado de la práctica y un relato operativo de la teoría” (Castañeda 2014).

El otro referente ilustrativo es el *Análisis de secuencia*, este se enfoca en considerar las secuencias que orientan la ruta de análisis, con esto se pretende direccionar el proceso

de análisis a través de los contextos de crisis y el periodo anterior a esta, otorgándole un sentido temporal a las práctica sistematizada.

3.8. Procedimiento de Validación

El procedimiento de validación para la presente sistematización se hará efectivo a través de la *Triangulación de Fuentes*, buscando acceder a información relevante de la experiencia a través del uso simultáneo de dos o varias fuentes de información (Castañeda, 2014), para el caso de esta sistematización dichas fuentes se asociarán de acorde a los niveles de atención en salud que se encuentran los/las profesionales. Esta triangulación de fuentes se llevará a cabo por medio de la validación y cotejo del relato de los equipos profesionales ejecutantes y directivos de la experiencia, que se diferencian por estar insertos en: atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. A través de la conjugación del relato de estas tres fuentes se obtendrá la validación de los aprendizajes levantados.

Sumado a la triangulación de fuentes, se agrega la triangulación de técnicas que hace referencia al uso de dos o más técnicas de recolección de información, para esta sistematización en específico se utilizan la entrevista individual, análisis documental y análisis audiovisual. Al sumar esta triangulación de técnicas permite otorgarles mayor validez a los aprendizajes levantados.

Protocolo de Entrevista con fines de sistematización.

Presentación a entrevistado/a	<ul style="list-style-type: none">● Indique su nombre, título profesional, universidad de origen y año de egreso, cargo actual e institución en la que se
-------------------------------	---

	<p>encuentra inserto/ta y años ejerciendo desde la titulación y en el cargo actual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Podría mencionar las instituciones y cargos que ha tenido que desempeñar desde el momento que se tituló a la fecha?
Objetivos de la entrevista	<p>Sistematizar los aprendizajes de los y las trabajadores/ras sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, desde la perspectiva de la norma técnica del MCASM, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la ciudad de Valparaíso.</p>
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Con respecto a su formación de pregrado ¿Qué formación tuvo con respecto a la salud mental? ¿Y la salud mental comunitaria? • A la fecha actual. ¿ha tenido algún tipo de formación en diplomado, posgrado y/o magister en el área salud mental/ salud mental comunitaria? ¿Cuales? ¿Qué es lo que más destaca de lo aprendido para aplicar en el área de salud mental?
<p>1. Caracterizar los aprendizajes en relación al componente técnico de rehabilitación psicosocial, en los y las trabajadores/as sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la Ciudad de Valparaíso.</p>	
<p><i>Periodo anterior a las crisis (Antes del 18 de Octubre)</i></p>	

- ¿Cómo se desarrolla la atención en salud mental en la institución en que usted se encuentra?
- ¿Cómo se llevaban a cabo las intervención psicosociales individuales en Trabajo Social antes del 18 de Octubre?
- ¿Qué grupo etario presentaba mayor demanda de los servicios de salud en el periodo anterior al 18 de Octubre? ¿Podría mencionar cuáles eran sus principales problemáticas? ¿Qué determinantes sociales influyeron en que se desarrollaran estas problemáticas? ¿Podría diferenciar acciones de intervención específica realizadas para estas poblaciones?
- ¿Cuáles eran las planificaciones de intervenciones en la población a cargo de sus institución para el periodo del del 2019? ¿Se pudieron realizar estas planificaciones?
- ¿Cómo se desempeñó la técnica de visita domiciliaria en el periodo anterior al 18 de Octubre?

Crisis Social: 18 de Octubre al 18 de Marzo

- ¿Cómo se llevaban a cabo las intervención psicosociales individuales en Trabajo Social en la crisis social del 18 de octubre?
- ¿Qué grupo etario requirió mayor atención durante la crisis social del 18 de octubre? ¿Podría mencionar cuáles fueron sus principales problemáticas? ¿Qué determinantes influyeron en que se desarrollaran estas problemáticas? ¿Podría diferenciar acciones de intervención específica realizadas para estas poblaciones?
- ¿Cómo se llevó a cabo la intervención en crisis durante el periodo de la crisis social del 18 de octubre?

- Las redes de apoyo en relación a servicios y personas ¿Qué rol cumplieron durante el desarrollo de la crisis social del 18 de octubre?
- ¿Qué aspectos de las familias de los/las usuarios en salud mental se vieron afectados por la crisis social del 18 de octubre? ¿Cómo se desarrollaron las intervenciones familiares en salud mental? ¿Qué rol tiene usted en estas intervenciones familiares?
- ¿Cómo se desempeñó la técnica de visita domiciliaria a partir del 18 de octubre? ¿Tuvo algún cambio de foco?
- ***Crisis Sanitaria: 18 de Marzo al 31 de Julio***
- ¿Cómo se llevaban a cabo las intervención psicosociales individuales en Trabajo Social en la crisis sanitaria?
- ¿Qué grupo etario requirió mayor atención durante la crisis sanitaria? ¿Podría mencionar cuáles fueron sus principales problemáticas? ¿Qué determinantes influyeron en que se desarrollaran estas problemáticas? ¿Podría diferenciar acciones de intervención específica realizadas para estas poblaciones?
- ¿Cómo se llevó a cabo la intervención en crisis en el periodo de la crisis sanitaria?
- Las redes de apoyo en relación a servicios y personas ¿Qué rol cumplieron durante el desarrollo de la crisis sanitaria?
- ¿Qué aspectos de las familias de los/las usuarios en salud mental se vieron afectados por la crisis sanitaria/pandemia ? ¿Cómo se desarrollaron las intervenciones familiares en salud mental? ¿Qué rol tiene usted en estas intervenciones familiares?
- ¿Cómo se desempeñó la técnica de visita domiciliaria en la crisis sanitaria? ¿Tuvo algún cambio de foco?

1. Caracterizar los aprendizajes en relación al componente técnico de recuperación, en los y las trabajadores/as sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la Ciudad de Valparaíso

Periodo anterior a las crisis

- ¿Qué estrategias de intervención se utilizaban para alcanzar el bienestar en personas con alguna situación de salud mental grave en el periodo anterior a la crisis social del 18 de octubre?
- Respecto al plan de egreso en el periodo anterior a la crisis social del 18 de octubre ¿Qué condiciones se daban para dar el alta? ¿Cómo se desarrolló la derivación asistida? ¿Cómo se desarrolló el seguimiento?

Crisis Social: 18 de Octubre al 18 de Marzo

- ¿Qué estrategias de intervención se utilizaban para alcanzar el bienestar en personas con alguna situación de salud mental grave durante la crisis social del 18 de octubre?
- Respecto al plan de egreso durante la crisis social del 18 de octubre ¿Qué condiciones se daban para dar el alta? ¿Cómo se desarrolló la derivación asistida? ¿Cómo se desarrolló el seguimiento?
- Respecto a la recuperación durante la crisis social del 18 de octubre ¿Hubo retrocesos entorno a este proceso en las personas? y si lo hubiera ¿Cómo se evidenció e intervino?
- En relación a su experiencia durante la crisis social del 18 de octubre tomando en cuenta las manifestaciones durante este periodo ¿Cómo se tomó en cuenta la voluntad, deseos, motivaciones e intereses de las personas con situaciones de

salud mental durante este periodo?¿Qué consideraciones se relevan para la intervención en cuanto a lo anterior?

Crisis Sanitaria: 18 de Marzo al 31 de Julio

- ¿Qué estrategias de intervención se utilizaban para alcanzar el bienestar en personas con alguna situación de salud mental grave durante la crisis sanitaria?
- Respecto al plan de egreso durante la crisis sanitaria ¿Qué condiciones se daban para dar el alta? ¿Cómo se desarrolló la derivación asistida? ¿Cómo se desarrolló el seguimiento?
- Respecto a la recuperación durante la crisis sanitaria ¿Hubo retrocesos entorno a este proceso en las personas? y si lo hubiera ¿Cómo se evidenció e intervino?
- En relación a su experiencia durante la crisis sanitaria tomando en cuenta el confinamiento durante este periodo ¿Cómo se tomó en cuenta la voluntad, deseos, motivaciones e intereses de las personas con enfermedades de salud mental durante este periodo?¿Qué consideraciones se relevan para la intervención en cuanto a lo anterior?

1. Caracterizar los aprendizajes en relación al componente técnico de inclusión sociocomunitaria, en los y las trabajadores/as sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la Ciudad de Valparaíso

Periodo anterior a las crisis

- Con respecto al Trabajo Grupal en Salud Mental en el periodo anterior a la crisis social del 18 de octubre. ¿Cómo se desarrolló este trabajo? ¿Qué objetivos buscan alcanzar? ¿Qué temáticas se trabajan en las actividades?
- Con respecto al Trabajo Comunitaria en SM en el periodo anterior a la crisis social del 18 de octubre. ¿Cómo se desarrolló este trabajo? ¿Qué objetivos buscan alcanzar?
- Entorno al trabajo en red durante el periodo anterior a la crisis social del 18 de octubre. ¿Cómo se realiza el trabajo en red con instituciones durante este periodo? ¿Y el trabajo en red con instituciones intersectoriales?
- ¿Cómo se desarrollaron los espacios de participación para las personas en instituciones formales en el periodo anterior a la crisis social del 18 de octubre?
- Por parte de las personas ¿Ud visualizaba interés por las personas de participar en espacios comunitarios antes de la crisis social del 18 de octubre? ¿Y institucionales? ¿Cómo fortalecen y fomentan este interés?

Crisis Social: 18 de Octubre al 18 de Marzo

- Con respecto al Trabajo Grupal en SM en el periodo de la crisis social del 18 de octubre. ¿Cómo se adaptaron los grupos y/o talleres durante este periodo? ¿Qué efectos produjo en los mismos? ¿Qué temáticas se trabajan en las actividades? ¿Qué aprendizajes obtuvieron frente a los cambios provocados por la crisis en el trabajo grupal? ¿El trabajo grupal tuvo incidencias en espacios comunitarios durante este periodo y de qué forma?
- Con respecto al Trabajo Comunitaria en SM en el periodo de la crisis social del 18 de octubre. ¿Cómo se desarrollaba el proceso de intervención comunitaria en

este contexto? ¿Qué adaptaciones tuvo que realizar ud como profesional para esto? ¿Aparecieron nuevos componentes para intervenir durante este periodo
¿Qué relación le da usted a los determinantes sociales en relación a la comunidad y este periodo?

- Entorno al trabajo en red durante la crisis social del 18 de Octubre. ¿Cómo se realiza el trabajo en red con instituciones intersectoriales durante este periodo? ¿Qué aspectos desde el trabajo social destaca sobre cómo se realizó el trabajo?
- En base a su experiencia. ¿Cómo se desarrollaron los espacios de participación para las personas en instituciones formales en el periodo de la crisis social del 18 de octubre? ¿Se desarrollan durante este periodo espacios específicos para la participación de usuarios/as de Salud Mental? ¿Cómo se desarrollaron estos y qué objetivos tenían? ¿Y qué aspecto destaca?
- Respecto a las organizaciones comunitarias existen o que se constituyeron durante la crisis social del 18 de octubre. ¿Se realizó un trabajo con estas? ¿Qué tipo de trabajo? ¿Cómo se observó la participación de los y las usuarios/as en estas organizaciones?
- Por parte de las personas en relación al periodo de desarrollo de la crisis social del 18 de octubre ¿Ud visualizaba interés por las personas de participar en espacios comunitarios? ¿Y institucionales? ¿Cómo fortalecían o fomentaban este interés?

Crisis Sanitaria: 18 de Marzo al 31 de Julio

- Con respecto al Trabajo Grupal en SM en el periodo de la crisis sanitaria. ¿Cómo se adaptaron los grupos y/o talleres durante este periodo? ¿Qué efectos produjo en los mismos? ¿Qué temáticas se trabajaron en las actividades? ¿Qué aprendizajes obtuvieron frente a los cambios provocados por la crisis en el trabajo

grupal? ¿El trabajo grupal tuvo incidencias en espacios comunitarios durante este periodo y de qué forma?

- Con respecto al Trabajo Comunitaria en SM en el periodo de la crisis sanitaria. ¿Cómo se desarrollaba el proceso de intervención comunitaria en este contexto? ¿Qué adaptaciones tuvo que realizar ud como profesional para esto? ¿Aparecieron nuevos componentes para intervenir durante este periodo ¿Qué relación le da usted a los determinantes sociales en relación a la comunidad y este periodo?
- Entorno al trabajo en red durante la crisis sanitaria. ¿Cómo se realiza el trabajo en red con instituciones durante este periodo? ¿Qué aspectos desde el Trabajo Social destaca sobre cómo se realizó este trabajo?
- En base a su experiencia. ¿Cómo se desarrollaron los espacios de participación para las personas en instituciones formales en el periodo de la crisis sanitaria? ¿Se desarrollan durante este periodo espacios específicos para la participación de usuarios/as de Salud Mental? ¿Cómo se desarrollaron estos y qué objetivos tenían? ¿Y qué aspecto destaca?
- Respecto a las organizaciones comunitarias existen o que se constituyeron durante la crisis sanitaria. ¿Se realizó un trabajo con estas? ¿Que tipo de trabajo? ¿Cómo se observó la participación de los y las usuarios/as en estas organizaciones?

Por parte de las personas en relación al periodo de desarrollo de la crisis sanitaria. ¿Ud visualizaba interés por las personas de participar en espacios comunitarios? ¿Y institucionales? ¿Cómo fortalecían o fomentaban este interés?

Preguntas de Cierre

- En base a su experiencia. ¿Cómo se desarrolla el trabajo transdisciplinario previo a la crisis? ¿Durante las crisis? ¿Que aportó el Trabajo Social durante los periodos de crisis al trabajo transdisciplinar?
- ¿Cómo se visualizó y garantizó el ejercicio de los derechos y deberes de las personas en los contextos de crisis social y sanitaria?
- Bajo los roles del Trabajo Social en SMC ¿Ud ha visualizado alguna modificación en los roles de la profesión en salud mental?
- En base al componente comunitario de la salud mental ¿Qué implicancias visualiza en esta en relación al Trabajo Social?
- ¿Qué aprendizajes del rol del Trabajo Social ud destacaría de los contextos de crisis social?
- ¿Qué aprendizajes del rol del Trabajo Social ud destacaría de los contextos de crisis sanitaria?
- ¿Algún comentario con respecto a su experiencia o aprendizaje durante los periodos de crisis que no haya sido mencionado que le gustaría relevar?

Revisión documental.

Para finalizar con el fin de poder sumar registros y poder otorgarle mayor profundidad al proceso de sistematización de su experiencia como profesional. ¿Usted podría facilitar alguna documentación de la experiencia, que puedan estar situadas en fotografías, fichas, materiales educativos, registros de trabajo, protocolos específicos de la experiencia delimitada?

Este material solo será utilizado para los fines de sistematización.

Estructura de Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado

Yo _____
_____ cedula identidad (RUT) N° _____ Título
Profesional _____ con desempeño actual en
_____ declaro
explícitamente mi autorización para ser entrevistado/a y participar de la sistematización
enmarcada en el levantamiento de información realizado por la asignatura de Proyecto de Título
impartida por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, bajo la
responsabilidad de la académica Patricia Castañeda Meneses (Contacto
patricia.castañeda@uv.cl).

La actividad tiene como objetivo *Sistematizar los aprendizajes de los y las trabajadores/ras sociales insertos en el sistema público del área de salud mental, desde la perspectiva de la norma técnica del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en los contextos de crisis social y sanitaria, en la ciudad de Valparaíso.* En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

La actividad para la cual se le solicita su aprobación consiste en participar de una entrevista con fines de sistematización que tendrá una duración aproximada entre 90 minutos a 120 minutos.

La entrevista se basará en una conversación relacionada con el cumplimiento del objetivo, esta se realizará por medio de una plataforma electrónica (Zoom o Meet) siendo grabada por los entrevistadores y siendo realizada en un horario a convenir. Declaró estar al tanto que mi entrevista quedará a disposición de la actividad académica en curso.

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privado. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines de sistematización. La participación en la entrevista no reportará ningún riesgo para usted, así también que no recibirá ningún beneficio o incentivo económico por su participación aunque sí podrá recibir una copia de los productos generados por la sistematización.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la entrevista con fines de sistematización en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Aceptó conceder y grabar la entrevista

Nombre Profesional Entrevistado/a	
Firma	

Capítulo 4

Análisis de Resultados

4. Análisis de la información

4.1. Caracterización del colectivo participante

El colectivo participante del presente proceso de sistematización se compone de ocho profesionales de diversos dispositivos de atención de salud/salud mental de la ciudad de Valparaíso (véase tabla 1), estos profesionales se organizarán de acorde al nivel de atención en salud donde se encuentren insertos.

Tabla 2 Colectivo participante

Colectivo Principal				
Participantes		Institución de Atención Primaria	Cargo	Antigüedad
Trabajadora Social N°1		CESFAM Marcelo Mena	Subrogante Jefatura de Salud Mental	Desde el 2013
Trabajadora Social N°2		CESFAM Marcelo Mena	Encargada de Salud Familiar y Comunitaria	Desde el 2015
Trabajador Social N°3		CECOSF Porvenir Bajo	Encargado de Promoción y Participación Social	Desde el 2018
Nombre del Profesional		Institución de Atención Secundaria	Cargo	Antigüedad
Trabajadora Social N°4		COSAM Domingo Asún Salazar	Trabajadora Social Clínica y Grupo	Desde el 2016
Trabajador Social N°5		COSAM Domingo Asún Salazar	Encargado de Participación Comunitaria	Desde el 2016
Trabajador Social N°6		Hospital del Salvador / UIJ	Referente SENAME	Desde el 2014
Nombre del Profesional		Institución de Atención Terciaria	Cargo	Antigüedad
Trabajadora Social N°7		Hospital Van Buren / UBP	Encargada de Participación Ciudadana	Desde el 2004

(Fuente: Elaboración Propia)

A modo complementario para el análisis de la presente sistematización de experiencias, se incorpora como colectivo adicional a tres profesionales como menos de un año de experiencia al periodo anterior a la crisis(véase tabla 2), con el fin de complementar el relato de la experiencia del colectivo definido con anterioridad. Este

colectivo complementario de igual manera se organiza de acorde al nivel de atención en salud donde se encuentran insertos.

Tabla 3 Colectivo complementario

Colectivo Complementario					
Nombre del Profesional		Institución de Atención Primaria	Cargo	Antigüedad	
Trabajador N°8	Social	CESFAM Marcelo Mena	Asistente Social del Programa de Salud mental	Desde 2019	el
Trabajadora N°9	Social	CESFAM Reina Isabel II	Encargada de Promoción y Participación Social	Desde 2019	el
Nombre del Profesional		Institución de Atención Secundaria	Cargo	Antigüedad	
Trabajadora N°10	Social	Hospital del Salvador / UIJ	Trabajadora Social	Desde 2019	el

(Fuente: Elaboración Propia)

A modo de triangulación se incorpora al colectivo participante, la experiencia de un profesional que no se encuentra inserto directamente en una dispositivo de salud mental (Véase tabla n°3), sin embargo al ser perteneciente a la CORMUVAL, puede sustentar, validar y complementar la experiencia del colectivo definido. Lo anterior pretende generar una triangulación de fuentes, entre el equipo directivo y los equipos profesionales, donde se pueda acceder y validar la información relevante de la experiencia. (Castañeda, 2014)

Tabla 4 Triangulación

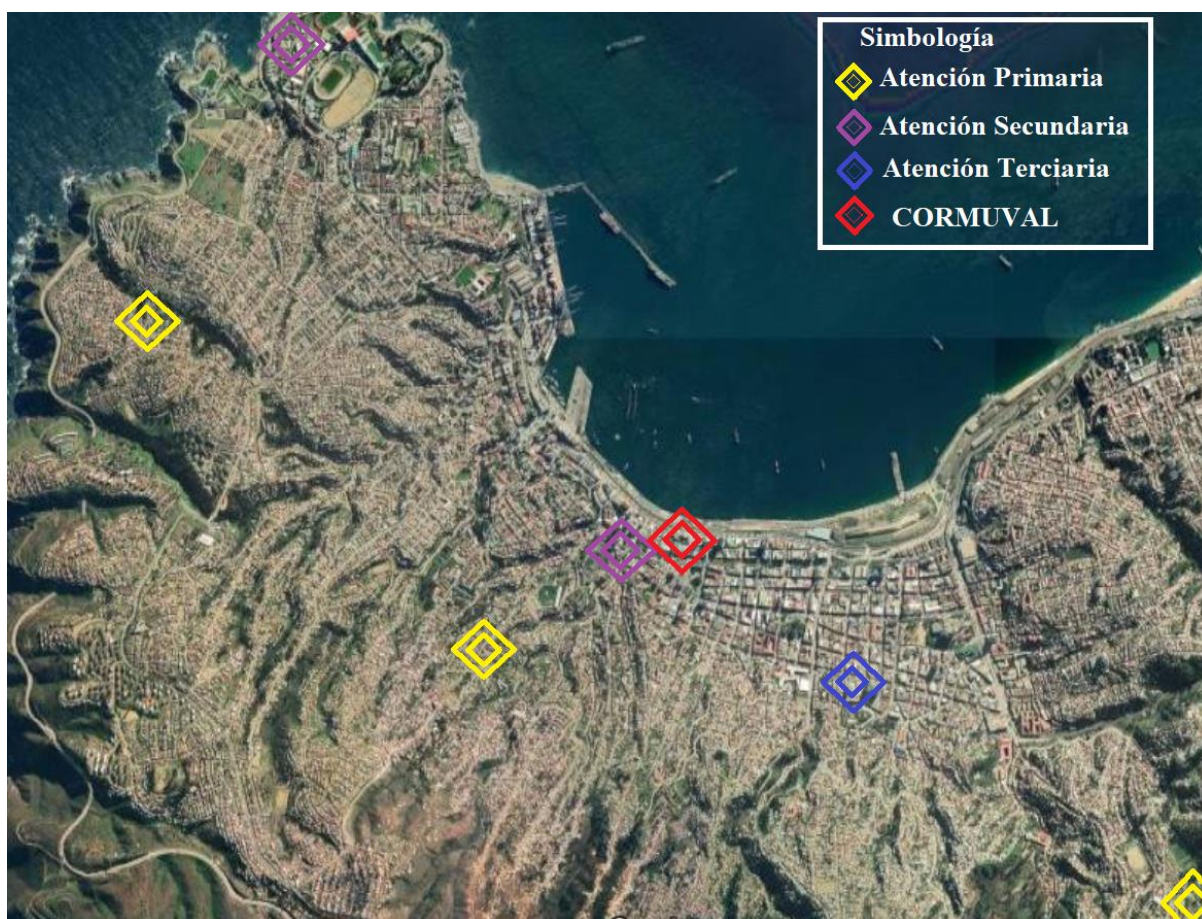
Triangulación					
Nombre del Profesional		Institución	Cargo	Antigüedad	
Trabajador N°11	Social	CORMUVAL / PASMI	Profesional de Apoyo a la Participación Comunitaria	Desde 2016	el

(Fuente: Elaboración Propia)

Los colectivos participantes se encuentran distribuidos por Valparaíso de acuerdo a su institución perteneciente, cada institución se inserta acorde a un territorio donde presenta una población a cargo. Las instituciones a la cual pertenecen los colectivos se

distribuyen algunas en el sector céntrico o plan, y otras instituciones ubicadas en el sector de los cerros de la ciudad. (Ver Imagen N°1).

Ilustración 2 Mapa de las Instituciones



(Fuente: Elaboración Propia)

Continuando con la caracterización de los colectivos, al llevar a cabo la técnica de recolección de información de entrevista con fines sistematización, se puede presentar como antecedentes que inciden en comprender las experiencias sistematizadas, la formación recibida por los/las profesionales en relación a la salud mental y la salud mental comunitaria.

En relación a la formación de pregrado se puede establecer que de parte de los colectivos participantes de esta sistematización, presentan una formación profesional de pregrado que de acorde a las funciones que desempeñan los/las profesionales, no se condice y no aporta lo suficiente a la labor profesional que realiza el colectivo. Habiendo

tenido una formación donde solo la salud mental, es vista como un área de la política pública y del sistema de salud, y no desde un área de intervención directa que permite en un primer momento, dotar de contenido teórico que permita comprender a los sujetos que experimentan situaciones de salud mental y de un componente técnico que permita intervenir en este tipo de situaciones.

“En salud mental tuve un ramo que se llamaba psicopatología y viéndolo con distancia ahora es un ramo que no permite por ejemplo poder adentrarse en cual es la intervención que se necesita en salud mental actualmente, más bien podríamos decir que era una formación bien pobre, quizás si ayudo mas dentro de la formación de pregrado en específico un ramo de salud que tuve, había un ramo que contenía temas específicos, pero tenía un ramo de intervención en salud pública creo que era, y ese ramo si entregaba a grandes rasgos como poder conocer cómo se desarrolla la red de salud pública, podríamos decir que el pregrado entregaba una pincelada de lo que se requiere en desempeño en salud (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“(…)muy baja de por si la malla que yo tuve estaba más enfocado a lo que era administración, gestión de redes, mucho de psicología social y comunitaria, tenía un ramo que fue salud social y familiar pero esta estuvo más enfocada en conocer el flujograma de APS, el flujograma de acción atención, el sistema de protección de Chile, todo fue una pincelada, pero profundizar en el ámbito de salud mental muy vago... (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

La formación de pregrado al colectivo participante de la sistematización no le otorgó los aprendizajes suficientemente robustos que le permitan adentrarse con los conocimientos necesarios en temáticas de la salud mental/salud mental comunitaria.

Los/las profesionales debido a esto, se han formado y cuentan con una formación específica en el área, o visualizan la necesidad de profundizar en los aprendizajes. La adquisición de conocimientos específico se desarrolla a través de tres modalidades: la transmisión de conocimientos, la que se obtiene por medio de las prácticas profesionales y áreas de desempeño anteriores a su labor en salud mental/salud mental comunitaria; capacitaciones, las que tienen relación con jornadas cortas que los/las profesionales se gestionan de manera autónoma y/o jornadas de capacitación otorgadas por las instituciones donde los/las profesionales se ha desempeñado; y por último formación en

postgrado, donde algunos profesionales cuentan con especializaciones en esta área, y otros profesionales que pretenden iniciar un proceso de especialización.

Ilustración 3 Vías de adquisición del conocimiento

Adquisición de Conocimientos desde la Transmisión	Adquisición de Conocimiento desde la Capacitación	Adquisición de Conocimientos desde el Postgrado
<p><i>“(…) la especialización yo creo que la tuve en la medida que pude acceder a los programas de SENAME, un poco de los objetivos que ellos tenían como norma técnica, fue orientando un poco la práctica del que hacer. Fue más desde lo práctico que hacerse una concepción teórica de cómo de ir procediendo”.</i></p> <p><i>(Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)</i></p>	<p><i>“Cuando tú te insertas en una institución pública como un hospital, hay un sistema de capacitación que es institucional, de hecho existe un plan anual de capacitación que se priorizan ciertos temas y nosotros como funcionarios vamos participando, esas capacitaciones son breves”.</i></p> <p><i>(Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)</i></p>	<p><i>“Yo soy terapeuta de dialéctica conductual, me forme en el año 2013 en la universidad de Chile, tengo un postítulo en terapia conductual y dialéctica, que es un tipo de terapia basada en la evidencia.”</i></p> <p><i>(Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)</i></p>

Fuente: Elaboración Propia

Estos antecedentes presentados permiten situar una base de entendimiento en relación a los estudios realizados por los y las profesionales, y las implicancias que estos estudios tengan sobre los roles, actividades, intervenciones, que exponen en sus relatos en base a la formación que presentan.

A continuación se llevará a cabo el desarrollo de los resultados de este proceso de sistematización, el que se realizará por medio de un *análisis de categorías*, estas categorías son: rehabilitación psicosocial, recuperación e inclusión sociocomunitaria. Dentro del análisis de estas categorías, se subdividirá en base a los *niveles de atención en salud* que se encuentran insertos: atención primaria, atención secundaria y atención terciaria y al interior de cada categoría se identificarán las experiencias relatadas por los/las profesionales, en base a un *análisis secuencia* dada por la temporalidad de: periodo anterior a la crisis, crisis social y crisis sanitaria. Al finalizar cada análisis de categoría y secuencia por nivel de atención se presentarán los principales aprendizajes identificados en la presente sistematización.

4.2. Categoría de Análisis Rehabilitación Psicosocial

En primer lugar se describirán los resultados de la primera categoría de análisis que es la rehabilitación psicosocial. Esta categoría bajo la normativa técnica del MCASM se entiende como el conjunto de estrategias e intervenciones que están orientadas a potenciar las oportunidades de recursos y emociones entre las personas usuarias del sistema de salud y su contexto. Por tanto, dentro de esta categoría se evidenciará dentro de los tres periodos de tiempo y en base al nivel de atención las actividades, estrategias y gestiones específicas relacionadas por los colectivos participantes, que tienen relación con su labor en el área específica de salud mental.

4.2.1. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Primaria

Periodo anterior a la crisis.

Los y las trabajadores/ras sociales insertos en CESFAM y CECOF de la ciudad de Valparaíso, que realizan funciones dentro del ámbito de salud mental, se insertan dentro del programa de salud mental de atención primaria, que es parte de la política pública en salud. El/la trabajador/ra social dentro de este programa, realiza la actividad específica denominada por los colectivos participantes como: “la primera acogida”, “entrevista de ingreso”, “entrevista inicial de salud mental” y “entrevista de tamizaje”. Esta actividad se inserta dentro del flujograma del programa de salud mental que cuenta con además de la atención del trabajador/ra social, con una atención de psicólogo/ga y médico/ca general.

“Mira el CESFAM está organizado por programas de atención y en el programa de salud mental de atención primaria, se ingresa al programa por una entrevista inicial de una asistente social (...) (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

“Desde el ámbito de la salud mental nos situamos dentro de una cadena de protocolos y flujogramas, que cumplimos un rol inicial, (...)el Trabajo Social realiza la entrevista de tamizaje o la entrevista inicial (...) (Trabajadora Social N° 3, Atención Primaria)

“Es un ingreso de 3 fases, siendo la primera de ellas el ingreso con asistente social(...)” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

Esta primera actividad realizada por los/las trabajadores/ras sociales del programa de salud mental, es de especial relevancia dado que en el flujograma, es el Trabajo Social la puerta de entrada y que realiza la primera acogida de la persona para iniciar un proceso de ingreso al programa de salud mental. Sin embargo, quien realiza un diagnóstico en salud mental y quien por normativa técnica hace el ingreso formal al programa de salud mental es el médico o médica general del equipo.

“(...)le llamamos entrevista inicial a la nuestra porque está definido que si no tiene diagnóstico no es parte del programa, por las estadísticas que exigen y el único que hace diagnóstico en el país es el médico, y como las horas de los médicos son más caras, el primer filtros lo hacemos los trabajadores sociales, y nosotros debiésemos decir por ejemplo usted no corresponde que vaya a salud mental.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

“(...) parte con nuestra primera entrevista, pero no se llama ingreso de salud mental que es importante señalar, se podría denominar como la primera acogida del programa, porque el ingreso al programa de salud mental por protocolo y por norma la hace el médico (...)”. (Trabajadora Social N° 3, Atención Primaria)

En esta primera entrevista o primera acogida realizada por el/la trabajador/ra social, se centra en pesquisar aspectos generales del ámbito social, como: motivo de atención, situación familiar y laboral que influyen en las situaciones de salud mental.

“(...)preguntarle aspectos generales, de aspectos de la familia, aspecto de las relaciones, donde trabaja , cómo lo resuelven todo desde lo financiero, patologías crónicas, como desde otra perspectiva, un panorama general de la persona y una vez hecha esa conceptualización se empieza a indagar más en el motivo de consulta.” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

En conjunto de pesquisar y levantar la situación social de la persona, la primera acogida realizada por el/la Trabajador/a Social, conlleva el completar la cartola familiar acompañado por la aplicación de una serie de instrumentos que buscan pesquisar a través de parámetros las situaciones de salud que atraviesan las personas.

“(...)luego si el asistente social considera que hay un tema de salud mental, deriva a médico general que hace una entrevista de salud mental, incluso si hay más tiempo, en ambas entrevista se aplican ambos cuestionarios el AUDIT, ASSIST CRAFFT y en eso la corporación nos ha capacitado, la encuesta de salud familiar y la cartola de salud mental”. (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

“(…) como el test GOLDBERG que pesquiza alguna situación global de salud en términos de funcionalidad, el test de ASSIST que pesquiza a alguna problemática de consumo de abuso de sustancia y alcohol y drogas, y en el caso de los niños también aplicamos otros test”. (Trabajadora Social N° 7, Atención Primaria)

Los instrumentos utilizados y aplicados en el marco de este programa, son aprendidas por los/las profesionales a través de las capacitaciones gestadas por las instituciones. Estos test y cuestionarios se diferencian según el objetivo en relación a la situación que busca pesquisar y a los sujetos según el rango etario de aplicación. A continuación se presentan los instrumentos expuestos por los colectivos participantes según su objetivo y población completado por medio de un análisis teórico práctico. (Véase tabla 4)

Tabla 5 Instrumentos

Nombre del Test	Objetivo	Población
AUDIT	Identificación de los trastorno debidos al consumo de alcohol	Adultos y Adultas
ASSIST	detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias	Adultos y Adultas
CRAFTT	Detectar riesgos y problemas relacionados con sustancias	Adolescentes (14-18 años)
PSC	Identificar posibles problemas cognitivos, emocionales y conductuales	Niños y niñas (5-9 años)
PSC-I	Identificar posibles problemas cognitivos, emocionales y conductuales	NNA (10- 14 años)
GOLDBERG	Destinada a determinar si existen o no síntomas de depresión	Personas de 15 años +

(Fuente: Elaboración Propia)

A modo de contrastar y validar la información sistematizada en relación a la primera acogida del programa de salud mental de atención primaria, se presenta a modo de triangulación el relato de un profesional directivo.

“(…)el primer profesional que tienen, somos nosotros y hacemos como una recolección de información general, viendo todo el tema de los riesgos psicosociales, evaluando cómo están los determinantes sociales de la salud influyendo en la situación problema, y ahí se puede producir una diferencia entre

centros pero hay un instrumento que se aplica que es el PSC que por sobre todo se aplica en la población infantojuvenil, después de los 18 no se aplica, ya que se aplica el Goldberg que es otro tema pero el PSC está orientado al tema de la hiperactividad y la energía.” (Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

“(…)nosotros no hacemos ingreso al programa, la política; el plan de salud nacional establece que todo ingreso lo hace un médico o médica, porque tiene que tener un diagnóstico médico y nosotros no hacemos diagnóstico clínico”. (Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

Simultáneamente en relación a la primera acogida del programa de salud mental, de acorde a esta y según el grado de complejidad de cada caso, los/las trabajadores/as sociales gestionan acciones complementarias asociadas a incorporar información específica de las personas que son ingresadas al programa de salud mental, esta acción se centra en la realización de la técnica de la visita domiciliaria.

“(…) los casos más complejos vamos a hacer la visita domiciliaria la cual es super importante para ver los factores protectores y los factores de riesgo que tiene y ahí tu te das cuenta la diferencia que es hacerle una entrevista en tu box a una familia y lo que es hacerla en una visita domiciliaria donde se hace evidente más el enfoque de determinantes sociales.” (Trabajador Social N° 2, Atención Primaria)

La visita domiciliaria como técnica y en relación a lo planteado por los colectivos participantes, posibilita construir una visión integral de las persona de su situación y su contexto, en sí permite “conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.” (Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, 1993).

Como levantamiento de aprendizaje de este proceso de sistematización se pueden presentar dos formas diferenciadas de realizar esta visita domiciliaria: la primera, es llevar a cabo la visita domiciliaria de manera programada, en esta visita, el/la profesional coordina con la persona y/o familia para realizar esta técnica; y como segunda forma de llevarla a cabo, es realizar una visita de manera espontánea donde no se coordina con la

persona y se utiliza para corroborar de primera fuente la situación que la persona relata, con el fin de que la persona no realice ningún ajuste a su situación.

“(...) a veces es espontáneo, ósea yo no le aviso a la persona antes de ir, lo que me permite poder corroborar de primera fuente, que la situación que me relata la persona es efectivamente así, y de no avisar cautelo que en este caso las personas no realicen ningún tipo de ajuste para cambiar su situación o a los ojos míos, como yo evaluó la situación (...)”. (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

En correlación a lo descrito anteriormente, el/la profesional busca conocer la relación entre las personas y sus ambientes, y cómo estas influyen en sus sintomatologías que lo llevan a solicitar atención, por lo cual el/la profesional busca indagar e identificar los determinantes sociales que se evidencian en las personas.

“(...)son los determinantes sociales que dicen relación con la condiciones que viven las personas, y sobre como el siguiente nivel del modelo que son las condiciones más estructurales de la sociedad, el ingreso, el trabajo, y claro ver de qué manera esas comorbilidades de la persona logran acentuar en este caso la sintomatología. De qué manera el ambiente influye que la persona presente dicha sintomatología y pueda favorecer o perjudicar en base al ambiente la situación de la persona.” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

La profesión al trabajar en salud mental está lo realiza teniendo presente el enfoque curso de vida, donde en los relatos de los colectivos, se evidencia cómo los sujetos y sus diferentes rangos etarios y sus condiciones cambian según la particularidades territoriales de cada centro de atención primaria, lo que lleva que en relación a la población a cargo beneficiario del centro de salud, se presentan diferencias respecto al motivo y solicitud de atención en salud mental.

Tabla 6 Ejemplificación del enfoque de curso de vida APS

APS	Ilustración de diferencia de población según rango etario entre centros de atención de salud primaria.
CECOF	<i>“Adulto mayor, ellos son los que presentan más dificultades en salud mental o quizás no son los que más presentan pero son los que más llegan a consultar, ahora me iba a pasar los adultos ellos llegan por hartas cosas igual en Porvenir existen varios índice de consumo problemático de alcohol y drogas.” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)</i>
CESFAM	<i>“Adultos, una demanda bien importante en relación a depresión, te hablo desde mi visión, no te voy a mostrar números... pero siempre ha habido una demanda estable</i>

<p><i>de consumo de drogas y alcohol en adultos jóvenes, estamos hablando entre los 28 y 30, porque afecta su funcionalidad laboral, de vida, de proyecto familiar, etc. Entonces en general hombres adultos consultando mayoritariamente en esa etapa, en relación a esa problemática de consumo de drogas y alcohol, bastante.” (Trabajadora Social N° 3, Atención Primaria)</i></p>
--

Fuente: Elaboración Propia

Otras acciones relatadas por los/las profesionales son actividades realizadas con el intersector, todas estas acciones se realizan para generar beneficios para la persona que se encuentra bajo una situación de salud mental, estas actividades se hacen efectivas a través de: gestionar acceso a apoyos estatales, fortalecer las competencias laborales e ingreso al mundo laboral y en casos de un nivel de complejidad mayor en temáticas de salud mental, el favorecer acceso a un nivel de atención especializada.

“(…)desde el área social es variado el repertorio de utilizar, de repente es gestión, coordinación con la oficina de intermediación laboral, cursos de capacitación, apoyo estatal con los beneficios existentes, orientación al acceso.” (Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

En cuanto al acceso de atención primaria a un nivel de atención especializada, esto se realiza por medio de un espacio formal el que cuenta con requisitos para acceder. Este momento es denominada por los equipos como la “Consultoría”, que en términos de la respectiva norma técnica se define como:

Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales. (MINSAL, 2015)

Las consultorías son un espacio recurrente donde APS al momento que no cuenta con las especializaciones necesarias para tratar una problemática de salud mental grave, se procede a presentar los casos en las consultorías, donde se destaca esta como una

instancia que posibilita el ingreso a un nivel de atención especializada que puede atender de mejor manera las necesidades de cuidado de una persona con una situación grave de salud mental.

“Cuando es una situación grave, nosotros como APS no tenemos mucho que hacer, lo que toca hacer ahí es hacer la derivación correspondiente al Hospital del Salvador, nosotros vemos caso de no muchas complejidad en salud mental, en APS los diagnósticos no tenemos cómo abordarlos, porque son casos que necesitan atención especializada de psiquiatra y que en APS no se cuenta.”
(Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

La consultoría se constituyen como un espacio de derivación asistida, donde en algunas situaciones la derivación no es aceptada por parte del equipo del nivel secundario, constituyéndose para APS en un nudo crítico, debido que a APS no cuenta con los recursos y resolutivez suficiente para hacer frente a aquellas personas que presenten alguna situación de salud mental grave.

“(...)entonces ¿mandamos este paciente?, ¿lo presentamos a consultoría?, pero no tienen para donde mandarlo, y nos mandaron a nosotros a hacerle seguimiento hasta que les saliera la hora, y eso para nosotros es un problema, porque cuando contra referimos, asumimos que el caso pasa a nivel secundario, que tiene mucha mejor capacidad de respuesta... pero muchas personas quedaron en el tintero.”
(Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

En este espacio, el/la trabajador/a social desarrolla un rol de facilitador y promotor del acceso a un mejor nivel de atención, donde el/la profesional de trabajo social es quien realiza la contextualización social y familiar ante el equipo de atención secundaria, donde debe argumentar en base a la gravedad del caso, la necesidad de este de ser ingresado a un nivel de atención especializado. Esta acción se realiza en un espacio de gestión en red y de transdisciplinariedad, donde confluyen las distintas disciplinas involucradas en el tratamiento de la salud mental de las personas.

“Y regularmente es el social que presenta el caso en la consultoría, que es todo por contar los datos generales del paciente, genograma, y explicar cuales son las sospechas en torno al caso, que es más que todo contar los antecedentes.”
(Trabajador Social N°8, Atención Primaria).

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza funciones en atención primaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo anterior a las crisis en relación a la rehabilitación psicosocial, centra sus acciones en ser un profesional parte del programa de salud mental, insertándose en la primera etapa del flujograma de atención, donde esté aplica instrumentos, levanta antecedentes familiares, de acorde a la gravedad realiza visita domiciliaria, facilita el acceso a las redes de protección y asistencia, posibilita el acceso a un mejor nivel de atención en salud mental y visualiza la injerencia de los determinantes sociales frente a la situación/problema de la persona. Estas acciones en cuanto a la rehabilitación psicosocial en el periodo anterior a las crisis, serán posteriormente cotejados y estabilizados los cambios que estas acciones tuvieron en los períodos posteriores de la crisis social y sanitaria.

Periodo de la Crisis Social.

Durante el periodo de la crisis social, los colectivos participantes de esta sistematización insertos en atención primaria, experimentan el hito histórico de la crisis social ocurrido en el país y en Valparaíso, como profesionales en ejercicio de trabajo social y como ciudadanos. Durante este periodo el área de salud es atravesada por un paro transversal donde se suspenden el desarrollo de las actividades laborales de los servicios de salud de APS perteneciente a la CORMUVAL durante un periodo aproximado de tres meses.

“(...) en octubre, tuvimos un paro bastante largo, fueron casi octubre, noviembre y diciembre, app, casi 3 meses... se paralizan las funciones, por tanto no tienes contacto directo con el usuario. Entonces si me hablas de la misma crisis, no pudimos atender por un tema de gremio.” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

Esta paralización se debió a la negociación del presupuesto de salud para el año 2020, paro que luego se extiende dada las implicancias de la crisis social. Lo anterior

conlleva a que las prestaciones realizadas por APS y en específico el programa de salud mental quedarán suspendidas, cancelando horas programadas por las personas.

“(...)todo ese tipo de prestaciones y principalmente social y psicosocial quedaron suspendidas, entonces toda la gente que tenía las horas, las perdió po, ya que los profesionales no podíamos atender (...) prestaciones suspendidas, las personas perdidas en el tiempo y en el espacio y claro en una población de 20.000, es super fácil que los usuarios desaparezcan y no hay forma de hacerles un seguimiento.”(Trabajador Social N°8, Atención Primaria).

Durante la paralización se desarrollan turnos éticos que buscan cubrir la demanda en salud y no dejar a la población sin prestación de salud. No obstante el trabajo social no estaba incluido dentro de estos turnos éticos dado a que no responde a lógicas de urgencia biomédica que son las que buscan cubrir los turnos éticos.

“(...)tu al pertenecer a un gremio y estar todo bloqueado tu no puedes atender, no está permitido, cuando tu entras a un paro como funcionario, los turnos éticos no los ocupa el trabajo social, el turno ético en salud siempre será biomédico.” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

De igual forma algunos profesionales, desde una perspectiva valórica y ética presentaban la iniciativas de asistir, buscando propiciar y validar la importancia de las prestaciones sociales como una atención que aporta a la labor de generar salud para la población a cargo de los centros. Esta iniciativa tensionaron los márgenes que definen turnos éticos, que están orientados más a una perspectiva biomédica que a lo psicosocial.

“Yo iba a turno ético porque me ofrecía ir, pero en el fondo tú no tienes permitido atender, para mi personalmente deberíamos estar en turno ético(...).” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

Los/las profesionales al relatar las acciones de rehabilitación psicosocial durante este periodo y al analizarla de manera retrospectiva, expresan que esta paralización durante la crisis social, imposibilitó el desarrollo de sus funciones durante este proceso histórico obstaculizando los servicios de atención desde al ámbito social de las personas y deteniendo el desarrollo de las funciones del profesional, lo que en definitiva generó que no se desarrollaran innovaciones de funciones durante el periodo de la crisis social.

“(...) no fue el mejor momento para estar en paro, entendiendo este descontento social que en APS siempre hay problema con las personas, siempre hay paro, las personas se molestan porque no se le atiende de la mejor forma.” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

Una vez finalizado el proceso álgido de movilización social y la paralización del sector de público de salud, los/las profesionales retomaron sus funciones, encontrándose con las personas con situaciones/problemas de salud mental, en algunos casos agudizadas, debido a no tener atenciones en meses y acrecentado por todo lo vivido durante la crisis social.

Dentro de las consecuencias que los/las profesionales relatan que pudieron constatar en las personas, es que estas si bien presentaban nuevos malestares, situaciones de estrés, incertidumbre, existía de igual forma en la población una sensación de esperanza y protección dada por toda la organización colectiva que se observó y fue posible experimentar durante la crisis social.

“(...) las personas sintieron mucha frustración pero se conectaron con los demás debido al sentimiento compartido.” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

Este sentir de frustración, de malestar, se tensiona con pesquisas de estrés postraumático de personas mayores que a causa de la crisis social, rememoran episodios vividos en la época de la dictadura militar.

“Yo soy delegada PRAIS, en algunas situaciones puntuales, adultos que fueron víctimas de la dictadura, vieron su sintomatología agudizada que tuvieron rememoraciones traumáticas del pasado, con esta sensación de un golpe militar nuevamente, sensación de desprotección.” (Trabajador Social N°3, Atención Primaria)

La población además, presenta problemática del orden económico donde se desarrolla la pérdida del empleo, debido a la destrucción del lugar de trabajo y dado las condiciones sociales no se podía desempeñar el comercio ambulante, fuente de trabajo de un gran número de población en Valparaíso.

“(...) en Valparaíso mucha gente se dedica al comercio, comercio ambulante, afectó mucho a su desarrollo laboral e ingreso, dado que su actividad comercial es la calle, entonces al haber ocupación de las calles no pueden desarrollar su

actividad laboral y eso derivó en estrés económico.” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria).

Durante la crisis social, por parte del estado no se hizo entrega de beneficios sociales a pesar de la influencia de la economía en la crisis social. Al no contar con una bolsa de beneficios sociales, las acciones realizadas por los/las trabajadores/ras sociales para abordar la problemática de pérdida del empleo se centraron en la coordinación y gestión en red, para propiciar la reintegración de las personas en el campo laboral.

“debemos articular la red con ellos derivando a la OMIL o si conocemos alguna bolsa de trabajos o vecinos que entreguen algún empleo, entonces ahí vamos intentado que recuperen su estabilidad económica a través de algún trabajo.” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

A raíz de la problemática de la pérdida de empleo, se produce un fenómeno de cambio de sujeto de atención en APS, donde debido a que muchas personas quedaron sin trabajo, estas contaban con mayor tiempo, lo que les permitió poder acceder a los servicios de atención primaria, a los cuales al estar trabajando no accedían, debido a que su horario de término de jornada laboral era la misma hora de cierre del CESFAM o posterior al cierre de este. Lo anterior conllevó a que hombres se presentaran al servicio con mayor frecuencia para solicitar atención de salud mental.

“Producto de toda esta gente que empezó a quedarse sin trabajo, claro empezó a llegar más paciente(...) mucha población masculina ya que lo regular la población masculina es más reticente de consultar sobre las cosas, al final eso, en ese sentido fue positivo ya que se llegó a una población que nunca se había atendido.” (Trabajadora Social N°8, Atención Primaria)

Este cambio de sujeto y en específico al fenómeno dado de la asistencia de hombre a solicitar atención en salud mental puede entenderse argumentativamente por los “factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud”. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018). Este fenómeno relatado por los/las trabajadores/ras sociales, articula el género y el trabajo como determinantes sociales, que dificultaban el acceso de los

hombres a los servicios de salud y en específico a los servicios de salud mental. Desde el género los hombres presentan mayores dificultades para expresar su emocionalidad, esto a raíz de una cuestión individual pero por sobretodo de carácter social y cultural, lo que es atravesado por el componente laboral que recae en la incapacidad de compatibilizar los horarios de trabajo con la posibilidad de recibir una atención de salud mental. La crisis social produce una tensión entre los determinantes de género y laboral generando que hombres influidos por su entorno familiar accedan los servicios de salud.

“(...) la mayoría de estos hombres que yo atendí fueron porque las señoras los mando, pero claro ahí el tema el abordaje es algo distinto, porque cuesta mas sacarles la cuña por decirlo así, para que realmente empiecen a contarnos qué es lo que sienten, claro la castración emocional en la población masculina es un tema (...)” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

Esto lleva a que los/las trabajadores/ras sociales deban desplegar otras estrategias para generar el vínculo profesional-persona, que posibilite desde la óptica del profesional generar una relación que propicie una atención de salud mental óptima de acorde a los requerimientos de la persona.

“(...)una población masculina que es más reticente, pero desde lo social es más fácil debido a que hay acercamiento con la población, entonces cuesta menos. La forma cambia netamente en como realizamos en la entrevista, las formas para llegar al rapport.” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

Continuando con las prestaciones que los/las trabajadores/ras sociales realizan, estos/as durante la crisis social y situándose en la visita domiciliaria como técnica, esta quedó supeditada su realización de acorde a como las implicancias de la crisis social se hacían visible en el territorio, en relación a los enfrentamiento entre manifestantes y carabineros. Esto se expresa en que centros de atención primaria que se encontraban más alejados del plan de la ciudad, los/las trabajadores/ras sociales no tuvieron inconvenientes en realizar esta técnicas, sin embargo aquellos centros que se encontraban cerca del plan, los/las trabajadores/ras sociales se veían imposibilitados de realizar la técnica de visita domiciliaria.

“(...)seguimos haciendo visitas domiciliarias en muchos espacio, sin embargo en otros nos decían “saben que mejor no vengan porque está medio complicado” (Trabajador social N°11, CORMUVAL)

Los/las profesionales que de acorde a la ubicación geográfica de su institución que les permitió continuar realizando la técnica de la visita domiciliaria, vieron enriquecida su labor y acciones debido a que en las viviendas se encontraban un mayor número de integrantes del grupo familiar debido a la crisis social, esto se tradujo en una entrevista con mayor profundidad, mayor antecedentes y la posibilidad de generar un análisis más íntegro de la dinámica familiar.

“Pero a nosotros no, de hecho creo que fue mejor porque al haber más gente en la casa, la entrevista era más integral, si podíamos conversar con la mama, el papa, el hermano, era mucho mejor... creo que nuestra ubicación geográfica nos favoreció bastante en ese momento.” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, los/las trabajadores/ras sociales que realizan funciones en atención primaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo de la crisis social en relación a la rehabilitación psicosocial, estos vieron dificultades el ejercicio de sus funciones en salud mental, debido a una paralización de funciones, durante el periodo inicial de la crisis social. Las instituciones públicas de salud, realizan turno éticos en los cuales el trabajo social no es parte de las profesiones incluidas en estos turnos, ya que estos turnos se privilegia la atención biomédica, y no la psicosocial, por tanto esto llevó a que algunos trabajadores/ras sociales disputarán este espacio y exigieran estar dentro de esta atención.

Al volver de la paralización los/las trabajadores/ras sociales se encuentran con un escenario, en constante transformación donde aparecen nuevos sujetos de intervención con situación/problema diferentes, llevándolos a adaptar sus estrategias de intervención.

La atención en algunos sectores de acorde a la territorialidad y a la población a cargo que tienen los/las trabajadores/ras sociales, se vio influida de acorde a los hechos que ocurrían en el territorios (manifestaciones, barricadas, saqueos y enfrentamientos),

en ese sentido la visita domiciliaria fue una técnica que en algunos casos pudo desarrollarse y en otros no. Cuando esta técnica pudo desarrollarse, esta presentó una mayor utilidad y fue beneficiada debido a que dado el contexto, en la vivienda se encontraba mayor integrante de la familia al momento de realizarla.

Periodo de la Crisis Sanitaria.

Durante el periodo de la crisis sanitaria, los colectivos participantes de esta sistematización insertos en atención primaria, experimentan la pandemia de manera transversal en la realización de la profesión, bajo una adecuación de estrategias desplegadas para la atención clínica, la gestión y el trabajo en red para con foco en la persona, lo que conlleva la apertura metodológica del teletrabajo.

“(…)en mi caso a mí me mandaron a teletrabajo, entonces yo estuve hasta junio en mi casa, entonces todas las atenciones mediante teletrabajo, llamar a la persona, hablar con ella.” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria).

Esta decisión de enviar los equipos a teletrabajo se debe a que los CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL, se transformaron en Centros estratégicos de atención respiratoria (CEAR), los que tienen el objetivo de “priorizar las enfermedades de carácter respiratorias tanto en aquellos casos Covid como los que nos son Covid” (CORMUVAL, 2020)

“(…) ya estaba instalado la estrategia del teletrabajo y se mandaron muchos equipos a las casas, sobre todo porque de los 12 CESFAM que hay aquí en Valparaíso que son de administración municipal, 7 se transformaron CEAR.(Trabajador Social N°11, CORMUVAL).

El COVID-19 al ser una enfermedad que requiere ser tratada de manera biomédica generó que en un comienzo los/las trabajadores/ras sociales tuvieran que realizar un reconversión de sus funciones, esto dado que lo social no atiende desde una perspectiva biomédica y de cierta manera los CESFAM al convertirse en CEAR, estos requerían un perfil de profesión que tuvieran competencias biomédicas.

“(…)entonces se enfoca un rol comunicativo con el usuario, nosotros asumimos como este rol de comunicarnos, en mi caso particular, yo me hice cargo de la línea 800 al principio, todas las consultas, contención de los usuarios, explicación del funcionamiento de la institución, en el fondo del rol como más informativo y orientación. Me hice cargo de las redes sociales, y compartía mucha información por allí.” (Trabajador Social N°3, Atención Primaria)

El Trabajo Social de igual forma emerge debido al aumento de las problemáticas de salud mental, dada a las consecuencias de la crisis sanitaria. El programa de salud mental en el periodo de la crisis sanitaria llevó a cabo una modificación de su flujograma de atención donde los/las trabajadores sociales quienes realizan la entrevista de acogida al programa, pasaron en algunos CESFAM a realizar una segunda entrevista luego de la realizada por el/la psicólogo/ga.

“El programa de salud mental tuvo varios cambios, ahora no empieza la entrevista de asistente social por las distintas vías de contacto que establecimos.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

“(…) tuvimos un cambio en el flujograma del programa de salud mental el que fue decidido en conjunto con el CESFAM Quebrada Verde que los ingresos iban ser directo con psicólogas y después nosotros entrabamos a aplicar test y ver si desde el área social podemos trabajar algo.” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

Esta modificación dada la crisis sanitaria conllevó a la pérdida de la atención presencial, lo que generó que el equipo de salud mental reajustará sus funciones dentro del flujograma y que en razón de la necesidad y urgencia buscarán dar una mejor respuesta al aumento en la demanda en la atención, a la complejidad de los casos y a la pérdida de la presencialidad. Este ajuste lleva a poner en prioridad la atención médica y en otras situaciones lleva a los tres profesionales a situarse en un mismo nivel de atención y pesquisa.

“Si es un poco más complejo, primero es atención con médico y después con asistente social o si ya no tengo atención para esta semana, se llama la psicóloga. Entonces en Pandemia se ha logrado superponer los tres profesionales, yo llamo y las persona me dicen “no si recién hable con la psicóloga” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

Este cambio en el flujograma conlleva a que los/las trabajadores/ras sociales realicen un control en el programa de salud mental, dándose este control por medio de las llamadas telefónicas, siendo estos controles por teléfono los equivalentes a las atenciones en box realizadas antes de la crisis sanitaria.

“(…)por estadística o por rendimiento, tú tienes que rendir una atención que hiciste en box, porque tu no pueden consignar en una ficha clínica que atendiste a una persona por teléfono. En cambio por la pandemia, se valida el teletrabajo y teleasistencia.” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

Además, esta modificación permitió que los tiempos de espera de atención se vieran favorecidos dada la apertura de vías de comunicación online, lo que generaba que las personas tuviesen mayor facilidad de contacto con APS, y que por tanto recibiesen una hora en un periodo a corto plazo.

“Entonces el médico, cuando la agenda en su casa ya tiene lista anotada una persona y eso está siendo muy rápido y en condiciones normales una persona va pedir hora y para asistente social en dos meses con suerte y con médico en un mes más en cambio ahora está siendo una semana dos semanas. Entonces está siendo mucho más rápido.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

Para la realización de este control y dada la modalidad del teletrabajo se dispuso de la posibilidad de realizarlo a través de llamadas telefónicas o videollamadas. Los/las profesionales relatan utilizar mayoritariamente la llamada telefónica, esto dado que la videollamada supone que los usuarios y/o sus familias presentan las condiciones para realizar esta atención por videollamada, entendiendo estas condiciones como: acceso a internet, estabilidad de la conexión y aparatos tecnológicos que permitan realizar videollamadas.

“(…)se nos ofreció la opción de hacer videollamadas, pero hasta el día de hoy no las hago, debió que en conjunto con mis colegas pensamos que es un error pensar que toda la población a cargo que tenemos tienen posibilidad de ingresar a internet o tener la tecnología para…” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

Este control o primera acogida realizada por llamada telefónica, presenta la misma estructura que la realizada antes de la pandemia, levantamiento de información general y la aplicación de instrumentos acorde a los motivos de consulta.

“ (...)hice por teléfono dos entrevistas iniciales del programa, muy parecidas a las de la oficina previo estallido social, con cartolas, con cuestionarios, con AUDIT, con el ASI, con contención, con hablar de las recaídas, en el fondo con el mismo formato pero sin en usuario presente.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

La atención realizada por llamada telefónica, al no poder observar presencialmente a la persona, lleva a que los/las profesionales deban poner mayor foco a realizar una comunicación efectiva a través del lenguaje y una escucha activa que sea percibida por la persona en atención, esto debido a la imposibilidad de percibir la comunicación no verbal de las personas, la cual era una comunicación que entregaba gran cantidad de información para la pesquisa de situaciones de salud mental.

“Nosotros estamos muy acostumbrados a tener el usuario en frente, disponible para todo y donde somos capaces de verlo, además tenemos la creencia de que al verlo lo vamos a leer muy bien en su integralidad (...), y como ahora no tenemos esa posibilidad, como que lo escucho más desde el o desde ella. Entonces ahí uno vuelve a preguntar, presta mayor atención para que el usuario te entienda correctamente, de repetirle las opciones.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

Dentro de este proceso de adaptación de la atención telefónica, las acciones que involucran a los/las trabajadores/ras sociales están enfocadas durante la crisis sanitaria en validar, potenciar y orientar las estrategias que están conllevando las personas usuarias. En este sentido los/las profesionales al escuchar el relato de la persona y ver en este un potencial de autocuidado, gestado desde la propia persona, este lo rescata y lo valoriza, destacándole a la persona que la acción que ella realiza presenta un gran potencial para la promoción y prevención de su salud mental.

“(...)de valorar las estrategias que están desplegando para salir adelante, hay mucha que en la conversación logra darse cuenta y sus acciones, y yo le dije oh pero eso super bueno que bien que lo está haciendo y me dice si verdad no me había dado cuenta”. (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

Otra acción desplegadas durante este periodo a través de la llamada telefónica, se enfoca en la transmisión de información entorno a técnicas de contención y/o relajo emocional que son importante para estabilizar los procesos de salud mental de las personas, esto demuestra cómo el/la trabajador/ra social despliega su rol de educador y promotor social adaptado a las necesidades de sus usuarios y sus contexto, buscando desarrollar en las personas, un rol activo de su propia salud mental.

“(…) que te vayan comentando que es lo que les pasa, en algunos casos desarrollar orientación a algunas estrategias de tolerancia al malestar, relacionadas con la emergencia, de respiración profunda.” (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

En relación a la visita domiciliaria como actividad asociada, durante el periodo de la crisis sanitaria esta queda sujeta a las condiciones y a la complejidad de cada caso. En el caso de que la gravedad de la situación/problema de la persona sea necesaria la visita, los/las trabajadores/ras sociales acuden a las viviendas bajo su propia responsabilidad de cuidado ante la enfermedad de COVID. Por tanto realizan las visitas domiciliarias con el equipamiento necesario, que según la normativa vigente se denomina como EPP, que son los “elementos de protección personal”, que van desde un protector facial, mascarilla, guantes, pechera y el uso de alcohol gel.

“(…) fui la primera que hizo una visita domiciliar a fines de abril, por vulneraciones de derechos graves, tomando todas las medidas necesarias, solicitando un permiso especial para hacer dicha función, y del cuidado del equipo también, desde el punto de vista laboral... (Trabajadora Social N°3, Atención Primaria)

Dentro de esta misma línea de control, se establecen como actividad asociada y frecuentemente requerida por las personas, gestar y facilitar el acceso a beneficios otorgado por el estado, en este sentido se destaca el rol y la facilitación de la asistencialidad otorgada por el estado como un derecho de los y las ciudadanos/as. El facilitar este acceso a los beneficios sociales le retribuye a la profesión la validación y reconocimiento por parte de la población, siendo esta como un labor clara y visibilizada

también por parte de los equipos profesionales, generando un aporte para contribuir a los cuidados de la salud mental de las personas.

“Nuestro rol va desde la pandemia, que me ha tocado mucho el acceder a los benéficos sociales que han sido la gran merma que han tenido las poblaciones en la pandemia.” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

Finalmente esta gestión de beneficios se ve fortalecida y favorecida por el trabajo en red ejecutado en conjunto de los CESFAMS y las Oficinas Municipales Zonales (OMZ), oficinas instaladas durante la crisis sanitaria a través de la aplicación del Modelo de Confinamiento Comunitario, que tiene por objetivo “contribuir en la disminución del riesgo de contagio y proteger a la población comunal.” (CORMUVAL, 2020). Este modelo se despliega en los sectores de los CESFAMS, los que son la unidad base para las acciones del modelo.

“(…)ahora en pandemia se empezó a gestionar el modelo de confinamiento comunitaria, donde hay oficina municipal en cada territorio en razón de cada polígono de los CESFAMS, y eso ha sido muy útil ya que la gente va a un espacio en su territorio a hacer sus renovaciones de subsidio de agua, subsidios familiares, u otras temáticas.” (Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

“(…)el bono covid en sus momento y los bonos que va apareciendo toda esa información hay que bajarla de cierta forma atendiendo casos particulares, haciendo la derivaciones OMZ.” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

Sumado a la gestión en red, este el espacio de consultorías, este trabajo se continúa realizando durante la crisis sanitaria, pero pasa de la presencialidad hacia la modalidad online. En este periodo se visibiliza que sigue existiendo el nudo crítico que en algunas situaciones los casos no son aceptados para realizar interconsulta a atención secundaria y se solicite que los cuidados se desarrollen en APS, y dentro de los relatos de los/las trabajadores/ras sociales constatan que no cuentan con las especialidades ni recursos para intervenir de manera adecuada casos de alta complejidad, lo que genera que este nudo crítico se convierta en un estresor profesional para los equipos de atención primaria.

(...) nosotros recibimos asesorías por parte de la especialidad, y bueno son 2 opciones que son, que envió la interconsulta o se asesora entorno a qué procedimientos o qué tipo de intervención se podría hacer para favorecer el bienestar para la persona, y siempre ha sido así, ahora sigue siendo igual, pero de repente uno que otro caso, que reviste realmente la gravedad para el hospital no va po, queda ahí, y eso igual es un estresor, a nosotros se nos agotan las chances de intervención en APS”. (Trabajador Social N°8, Atención Primaria)

Con respecto a la población usuario de APS durante la crisis sanitaria, se lleva a cabo un fenómeno donde existía una población que por condiciones económicas, laborales y sociales, jamás habían asistido ni buscado atención en un servicio público de salud. Durante este periodo y debido a un cambio de sus condiciones socioeconómicas, se ven en la necesidad de buscar y recibir atención por parte de APS, siendo este un nuevo sujeto de atención, el cual debido a un desmedro de sus situación socioeconómica, genera este enlace con APS.

“Hemos tratado a más personas entre la edad media, entre los veinte y los sesenta, porque incluso tenemos hasta personas con mejor condición socioeconómica, porque antes el que está trabajando por rapidez se organiza con un médico particular después del trabajo. Ahora que está en la casa con menos recursos se dedica a buscar la atención que haya.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

“Habían muchos hombres que contacte que se sentían inútiles, porque siempre fueron los proveedores de la familia y ahora se quedan en la casa sin llevar ingresos, y claro con mucha vergüenza, gente pidiendo canastas, personas que en su vida habían pisado el consultorio” (Trabajador Social N°8, Atención Primaria).

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, los/las trabajadores/ras sociales que realizan funciones en atención primaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo de la crisis sanitaria en relación a la rehabilitación psicosocial, estos en un comienzo debieron adoptar la modalidad de teletrabajo, viéndose configurada la totalidad de sus funciones, lo que conllevó que adaptaran sus estrategias y técnicas para realizar su trabajo, además viéndose el Trabajo Social reformado su rol dentro del programa de salud mental, donde en algunos centro la primera acogida se convirtió en una atención de control o de contención y escucha.

Dentro de este periodo el Trabajo Social vuelve a sus inicios de la profesión, desempeñando un fuerte rol en la facilitación y gestión de beneficios sociales otorgados por el estado, correlativamente se fortalece el trabajo y gestión en red por la aplicación del modelo de confinamiento comunitario, que conlleva en la instalación de oficinas municipales en el territorio.

A su vez la consultoría continúa desarrollándose, sin embargo se ve trastocada por el contexto de la crisis sanitaria. Este espacio se adapta y es llevado a la modalidad online y adicionalmente se cronifica el nudo crítico donde ciertas derivaciones no eran aceptadas por atención secundaria, lo que llevó a una afectación de la salud mental laboral de los equipos de APS.

Finalmente la profesión se ve afectada en la realización de la técnica de visita domiciliaria, la cual es dejada como una acción que solo es utilizada cuando exista una situación/problema de alta complejidad y a la responsabilidad de cada profesional.

Síntesis de aprendizajes.

Desde el relato y análisis de experiencias del nivel de atención primaria en salud de los periodos anteriormente descritos, a continuación se presenta una síntesis del principal aprendizaje rescatados a través de la presente sistematización.

Primera acogida a dispositivos de salud mental por el trabajo social.

Como relatan los/las trabajadores/ras sociales en el programa de salud mental de APS dentro del flujograma de este, llevan cabo un entrevista denominada como primera acogida, donde se desprende la mayoría de acciones que tienen relación con la salud mental de las personas y que durante los períodos en cuestión, presentan variadas modificaciones. Esta experiencia se presenta estabilizada en la presenta ficha de trabajo:

Tabla 7 Ficha de Trabajo “Primera Acogida”

Ficha de Trabajo

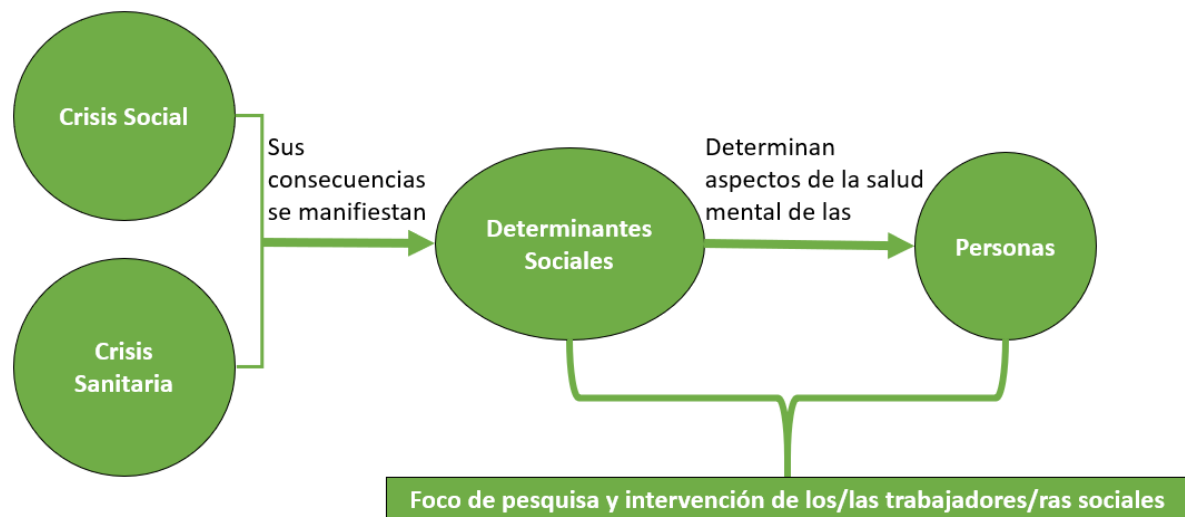
Institución	CESFAM /Programa de salud mental		
Actividad	Primera acogida/ entrevista		
Periodo	Anterior a las Crisis	Crisis Social	Crisis Sanitaria
Objetivo	Indagar en el motivo de consulta y en los aspectos generales de la persona desde el área social para decidir si corresponde ingreso al programa de salud mental	Indagar en el motivo de consulta y en los aspectos generales de la persona desde el área social tomando como en cuenta los hechos ocurridos en la crisis, para decidir si corresponde ingreso al programa de salud mental	Indagar en el motivo de consulta y en los aspectos generales de la persona desde el área social, conteniendo y realizando acciones que respondan a las necesidades urgentes de las personas
Estrategias Utilizadas con mayor foco	Socioeducación Contención Emocional	Socioeducación Contención Emocional	Escucha Activa validar estrategia de la persona
Lógica de Trabajo	Presencial	Presencial /limitado por Paralización (turnos éticos desde octubre a diciembre)	Contacto telefónico/Videollamadas
Instrumentos	AUDIT-CRAFFT-ASISST-GOLDBERG-CARTOLA FAMILIAR	AUDIT-CRAFFT-ASISST-GOLDBERG-CARTOLA FAMILIAR	AUDIT-CRAFFT- ASISST-GOLDBERG- CARTOLA FAMILIAR
Tiempo de espera de Atención	2 Meses	Pérdida de las horas de atención. 2 meses	Una o dos semanas
Participantes	Trabajador/a Social y Usuario/a	Trabajador/a Social y Usuario/a	Trabajador/a Social y Usuario/a
Actividades asociadas	Visita domiciliaria de acuerdo al nivel de riesgo. Gestión en red.	VDI con mayor relevancia dada el encuentro de más personas de la familia en la vivienda	Gestión de Beneficios Sociales y vinculación con las OMZ VDI en caso de alta complejidad

Fuente: Elaboración Propia

La primera acogida realizada por los/las trabajadores/ras sociales de APS, va presentando modificaciones en su objetivo de acorde al periodo. Esta modificación del objetivo muestra como las características del contexto influyen en cómo se llevan a cabo las atenciones dentro de un box en una institución. Esta modificación del objetivo se debe a que los sujetos sociales quienes reciben la atención son permeados por su entorno, y por

tanto cambian los motivos de atención de acuerdo a las características del contexto. Esto se fundamenta en que el contexto social de los sujetos manifiestan sus consecuencias en los determinantes sociales los que deterioran la salud mental, siendo los determinantes sociales el foco de pesquisa e intervención de los/las trabajadores/ras social en salud mental.

Ilustración 4 Enfoque del Motivo de Atención



Fuente: Elaboración Propia

Estrategias utilizadas.

La modificación de los motivos de atención general de acorde al periodo lleva a que los/las trabajadores/ras sociales adopten estrategias de acorde al contexto, donde en los periodos anteriores y sociales, prepondera utilizar estrategias que impulsen generar contención emocional en las personas usuarias, debido a las diferentes condiciones sociales que se vivían. Otro estrategias utilizada es la socioeducación la que se modifica y realiza de acorde a las características del contexto y lo que la persona usuaria requiera. Además estas estrategias se daban bajo el contacto presencial que lograban generar el rapport con las personas de una manera más directa, desplegando diversas técnicas para propiciar una buena comunicación y relación profesional. Sin embargo, dado a la llegada de la crisis sanitaria y la apertura al teletrabajo, si bien no desaparecen las estrategias de

contención emocional y socioeducación ni se dejan de realizar, durante este periodo los/las trabajadores/ras sociales impulsan y desarrollan con mayor énfasis estrategias orientadas a poner en valor y relevar las acciones realizadas por las personas para favorecer sus procesos de salud mental, situando a las personas como un sujeto activo de sus propios procesos de cuidado. Esta estrategia se pone en valor debido a la pérdida del contacto directo y a no poder visualizar la comunicación no verbal, otorgando mayor valor a la comunicación verbal de las personas.

Tiempo de Espera de Atención.

Otro aspecto que se destaca en las experiencias de los/las profesionales, tiene relación con la periodicidad de atención, donde en el periodo anterior y la crisis social las personas poseen un tiempo de espera de atención de alrededor de dos meses, lo que podría implicar en una agudización de la sintomatología desde el periodo que se solicitó la hora de atención al periodo en que efectivamente se concreta la atención. Lo anterior, en la crisis sanitaria no ocurre, donde la primera entrevista realizada por el trabajo social, ahora es realizada por los distintos profesionales partes del equipo de salud mental con el foco de dar cabida a la mayor demanda que se expone en APS, y que en definitiva a través de dicho cambio, se abren nuevas vías de comunicación que favorecen un tiempo de espera de atención menor siendo este de dos semanas.

Actividades Asociadas.

Asimismo durante los diversos períodos, las actividades asociadas a la entrevista de primera acogida, presentan diversas modificaciones en ese sentido la técnica de la visita domiciliaria se ve influida, debido a las condiciones sociales que se presentaban en la ciudad. En la crisis social, la visita domiciliaria se visualiza por parte de los/las trabajadores/ras sociales como una técnica que cobra mayor relevancia debido a que se

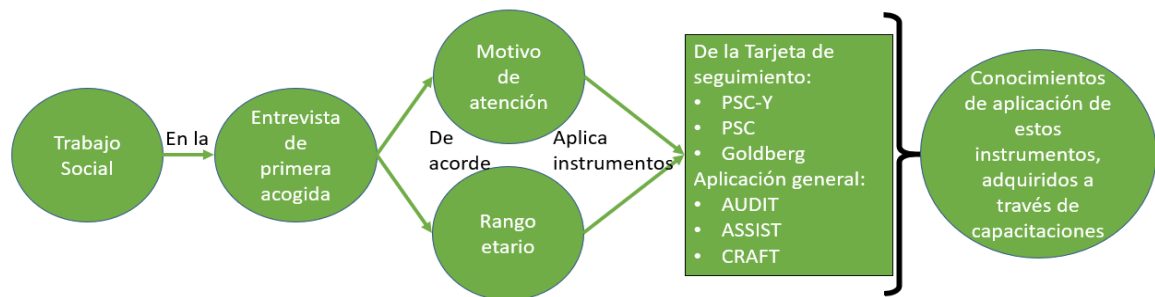
encuentra un mayor número de integrantes del grupo familiar en la vivienda, posibilitando realizar un abundante levantamiento de información que posibilita realizar un diagnóstico más completo de la situación problema. Sin embargo durante la crisis sanitaria, la técnica de la visita domiciliaria pierde fuerza debido a las restricciones que estipula la política nacional a raíz del resguardo integral de la salud de las personas usuarias y de los/las trabajadores/ras sociales que conllevan esta técnica, no obstante la realización de esta queda supeditada a situaciones de alta complejidad que pudiesen estar presentando las personas y que requieran de asistencia.

Por otra parte, la gestión en red durante los periodos, se va realizando a medida que se van identificando nudos críticos en la población, gestionando y articulando beneficios sociales y acciones que procuren subsanar una afectación que tenga en algunas de las esferas de la vida de las personas. Una experiencia relevante dentro de la gestión en red ocurre en la crisis sanitaria con la implementación del modelo de confinamiento comunitario y la incorporación de las OMZ al territorio, generando una mayor articulación entre la municipalidad, APS y la comunidad, favoreciendo la ejecución de trámites y beneficios sociales en los territorios.

Instrumentos: test y cuestionarios.

Un elemento que no presenta modificaciones de acorde a los periodos pero que se resalta como un aprendizaje que se puede levantar de esta sistematización, es la aplicación de instrumentos como test y cuestionarios que posibilitan recopilar la información para categorizar y evaluar el estado de salud mental de una persona al momento de ingresar al programa de salud mental. El conocimiento de aplicación de estos instrumentos es adquirida por los colectivos participantes a través de las capacitaciones gestadas por los servicios de salud.

Ilustración 5 Instrumentos

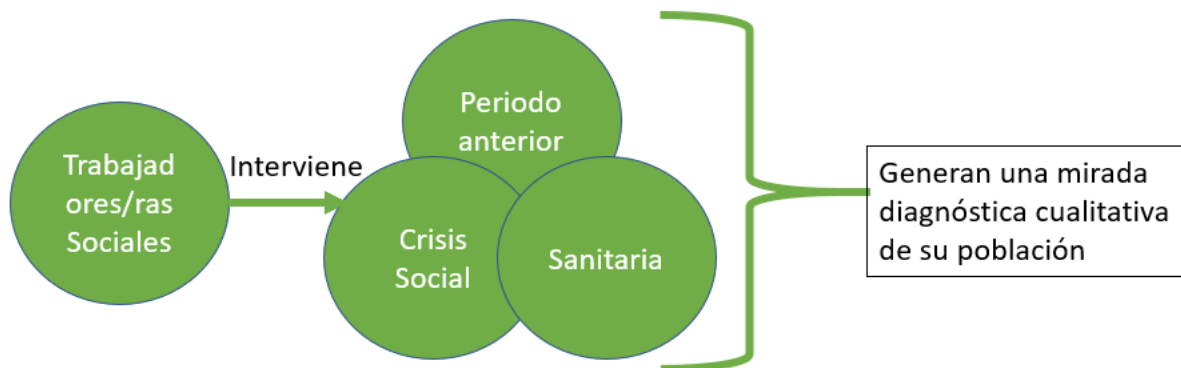


Fuente: Elaboración Propia

Trabajadores sociales y mirada diagnóstica de su población.

Al sistematizar el relato de los/las trabajadores/ras sociales, es posible levantar como aprendizaje que estos presentan una perspectiva diagnóstica cualitativa general de su población a cargo de acuerdo a la territorialidad de su institución y en base a las personas que atienden en el box, lo que se conjuga con los conocimientos de la ciencias sociales de los diferentes sujetos sociales. Esto se manifiesta por medio de que durante los tres periodos sistematizados, es posible caracterizar la población que presentaba atención durante los periodos acompañado de un análisis de sus características y condiciones que lo llevan a requerir atención.

Ilustración 6 Mirada transversal



Fuente: Elaboración Propia

4.2.2. Relato y Análisis de Experiencias de Atención Secundaria

Periodo Anterior a las Crisis.

Los y las trabajadores/ras sociales que realizan funciones dentro de atención secundaria, se insertan en instituciones especializadas en la atención, diagnóstico y

tratamiento de salud mental. Los/las profesionales participantes de los colectivos de esta sistematización se encuentran insertos en el Hospital del Salvador de la Unidad Infanto Juvenil y COSAM de la ciudad de Valparaíso.

Desde atención primaria se realizan consultorías para realizar interconsultas con el Hospital del Salvador. Siendo las consultorías la principal modalidad de ingreso a este hospital, además de interconsultas por urgencia por parte del Hospital Carlos Van Buren.

“Cuando APS se da cuenta que pese a sus pesquisas, que pese a sus competencias, visualiza que necesita una evaluación de especialidad se establece un espacio de consultoría.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(…)la otra vía de ingreso es a través del Hospital Van Buren, cuando vemos que hay un niño, niña y adolescente que llega bajo alguna agitación, es decir descompensación física o también de salud mental (...), se evalúa la necesidad de mantenerse la primera estabilización de urgencia por allá, y se evalúa la posibilidad de cuidados con nosotros con una interconsulta o una hospitalización en el hospital de acá en El Salvador.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

El espacio de consultoría desde el Hospital del Salvador se lleva a cabo a través de una agenda preestablecida. En esta agenda se organiza y programa un espacio de encuentro y colaboración y retroalimentación entre los equipos conformados por; psicólogos, psiquiatra y trabajador social por el Hospital del Salvador, y por parte de APS; trabajador social, psicólogo y médico general. El Hospital del Salvador debe propiciar una cobertura para doce CESFAM de la ciudad de Valparaíso, donde para cada caso se presentan antecedentes tanto familiares, sociales, médicos y la hipótesis diagnóstica.

“(…) iba de manera presencial a los consultorías que son divididos por territorio, en esa instancia el consultorio presenta al caso y el médico Psiquiatra del equipo evalúa la pertinencia de la derivación al Hospital del Salvador y ahí se hace una interconsulta.” (Trabajador Social N°6, Atención Secundaria)

En la actividad de las consultorías entre los equipos y en relación a una persona, se puede establecer el tipo de atención que se realizará, una de las decisiones que se puede tomar, es que esta termine como una atención mixta, donde la persona agente de su

proceso de rehabilitación, queda con atenciones en el Hospital del Salvador y con algún seguimiento o pesquisa realizada por APS.

*“(...) se toman decisiones con respecto a que puede ser una atención mixta, es decir que podamos mantenerse con nosotros pero algunas orientaciones para el equipo o se mantenga en APS con algunas orientaciones del equipo de acá del salvador o directamente uno diga ya pasa a atenciones con nosotros.”
(Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)*

Desde la modalidad de ingreso mediado por el Hospital Carlos Van Buren, y al realizar la interconsulta al Hospital del Salvador, esta persona puede ingresar bajo dos modalidades acorde a su sintomatología, que son: atención abierta, que es de carácter ambulatoria ;y la atención cerrada, que es de carácter residencial.


A continuación se profundizará en la atención llevada a cabo por el COSAM, la que debido a la recolección de información a través de entrevistas con fines de sistematización y la documentación facilitada por los colectivos participantes, es posible estructurar su atención con mayor claridad para su comunicación.

Desde el COSAM este recibe interconsulta a través de APS desde tres CESFAM de Valparaíso, estos son: Plaza Justicia, Las Cañas, Jean y Marie Thierry. A su vez, el COSAM realiza ingreso por el nivel de urgencia del Hospital Carlos Van Buren, y en algunos casos reciben interconsulta de personas que realizan cambios de CESFAM, de uno de los dependientes del Hospital del Salvador al COSAM.

Profundizando en la atención del COSAM este divide las etapas de: ingreso, evaluación y presentación del plan de tratamiento. En la etapa de ingreso, se realiza una entrevista interdisciplinaria entre trabajo social, psicología y psiquiatría, llevando a cabo este momento desde una perspectiva biopsicosocial, contemplando los antecedentes generales de las personas, antecedentes comunitarios y familiares, antecedentes acorde a la temática (suicidalidad, consumo de sustancia y violencia intrafamiliar), factores de riesgos y protectores, entre otros.

“Los usuarios que requieren especialidad de salud mental, una vez que ingresan al centro por interconsulta, se priorizan de acuerdo a la gravedad de su caso, y con esa priorización se le asigna una hora de ingreso, esa hora de ingreso se hace en tripleta; psiquiatra, psicólogo y asistente social.” (Trabajadora Social N° 4, Atención Secundaria)

Ilustración 7 Ficha de Ingreso



**FICHA INTEGRAL DE INGRESO
ADULTO**

Centro de Salud Mental
Comunitaria
CSMC – COSAM
“Domingo Asún Salazar”

|

FICHA CSMC N°: FECHA:
ENTREVISTADORES:

I. ANTECEDENTES GENERALES.

NOMBRE CIVIL USUARIO/A					
NOMBRE SOCIAL					
SEXO	M		F		Identidad De Género
RUT					NACIONALIDAD
EDAD					Fecha de Nacimiento
DOMICILIO					
Teléfono Usuario/a				Nombre, Parentesco y Teléfono de Referente	
Estado Civil				N° HIJOS/AS	
Escolaridad				Ocupación Actual	
Pueblo Originario				RELIGIÓN	
CESFAM al que pertenece		Sistema Previsional Salud		Sistema Previsional	
Consideraciones Especiales				Causas Judiciales	
Discapacidad		Sí	No	RIT n°:	
Tipo				Credencial de Discapacidad/Porcentaje	

II. MOTIVO DE CONSULTA Y/O DERIVACIÓN.

Del Referente
Del Usuario(a)


(Fuente: Trabajadores/ras Social del COSAM Domingo Asún Salazar)

Posteriormente, se realiza un proceso de evaluación donde cada profesional realiza una evaluación acorde a su disciplina, por parte del Trabajador/a Social esta realiza una entrevista que busca conocer por el ámbito social, las redes de apoyo en relación a las personas, las redes comunitarias y evaluación de la dinámica familiar. Esta evaluación del trabajador/a social, se realiza con el fin de levantar información para luego poder intervenir de forma clínica en razón de los datos levantados.

“(…)el trabajo social ve la parte más social de redes y como está el tema de conflicto familiar o también del miembro con algún otro espacio que pueda estar trastocado.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Para respaldar esta información se presenta la ficha de evaluación que aplican los trabajadores y trabajadoras sociales en el COSAM Domingo Asun Salazar (ver imagen 2). Esta ficha fue construida por los propios trabajadores/as sociales de la institución, ya que este centro se constituye de manera reciente el año 2016 y en ese momento no presentaba un protocolo de procedimiento para conllevar sus acciones, a raíz de esto los y las profesionales construyen sus propios instrumentos de evaluación social.

Ilustración 8 Ficha de Evaluación de AS



CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
"Domingo Asún Salazar"
Valparaíso

FICHA DE EVALUACION ASISTENTE SOCIAL

NOMBRE PROFESIONAL:

FECHA DE EVALUACIÓN:

I. IDENTIFICACION GRUPO FAMILIAR

N°	Nombre	RUT	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	INGRESOS
1							
2							
3							

II. DESCRIPCION DE LA SITUACION SOCIO – ECONOMICA

III. ANTECEDENTES DE HISTORIA FAMILIAR

IV. ANTECEDENTES DE LA VIVIENDA

V. SITUACION DE SALUD FAMILIAR

VI. ANTECEDENTES DE VIINCULACION CON REDES SOCIALES / COMUNITARIAS

VII. CONCLUSIONES

•

VIII. PROYECCION DE INTERVENCION DESDE EL USUARIO Y/O PROFESIONAL

(Fuente: Trabajadores/ras Social del COSAM Domingo Asún Salazar)

Dentro de los elementos a destacar de esta ficha de evaluación social, más allá de los ítems de un informe social como los son los antecedentes históricos familiares, de vivienda u otros. Se destaca el punto número “VI. Antecedentes de vinculación con redes sociales / comunitarias”, donde en este ítem se manifiesta de forma explícita la incorporación de la perspectiva comunitaria y su influencia en la rehabilitación psicosocial de las personas usuarias del COSAM, y como los y las trabajadores/ras son

quienes ponen en valor este aspecto de la rehabilitación buscando conocer este ámbito de la persona para luego intervenir o profundizarlo en el plan de tratamiento individual.

“(...) entonces darte cuenta que el tema de salud mental no es algo solitario, no es ese sentimiento de isla, es algo que tiene que ver con la familia, que tiene que ver con la comunidad, que tiene que ver con los espacios que se generan fuera del box (...).” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Esta incorporación de la perspectiva comunitaria en la rehabilitación psicosocial se visualiza de igual forma en el Hospital del Salvador, donde los/las trabajadores/as sociales buscan como uno de los objetivos finales del proceso de rehabilitación, es dejar insertadas a las personas en organizaciones comunitarias.


“(...) porque nosotros siempre pensamos en la comunidad como en el objetivo final, dejar reinsertado a... lo vemos como parte, como algo que va configurado a la persona” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Continuando con la atención realizada por el COSAM, esta etapa de evaluación además contempla los antecedentes de la vivienda, información que es levantada a través de la visita domiciliaria. Esta técnica bajo el COSAM, se desarrolla como una visita domiciliaria integral, la que es realizada por un Trabajador/a Social y otro miembro del equipo.

“las visitas domiciliarias son en equipos, incluso en algún momento también por tema de programación y de agenda se me designó una mañana de visita para casos sociales, entonces en esa visitas yo no voy sola, voy con TENS o con el que esté para acompañarme pero no voy sola” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Una vez finalizada la evaluación por las distintas disciplinas, confluyen en la construcción colectiva entre el equipo tratante y la persona, donde esta última se convierte en agente de su proceso de rehabilitación accediendo a la realización del plan de tratamiento individual donde esta decide y consciente su participación activa en el proceso de intervención a través del contrato terapéutico.

Ilustración 9 Contrato Terapéutico



CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIA

CSMC
"Domingo Asún Salazar"
Valparaíso

CONTRATO TERAPÉUTICO

En Valparaíso, con fecha _____,

Yo _____

Manifiesto de forma voluntaria, mi compromiso de iniciar un proceso de Tratamiento en el Centro de Salud Mental Comunitario "Domingo Asún Salazar" de Valparaíso de manera confidencial; donde se evaluará cada 3 meses en conjunto con el equipo terapéutico los avances y/u obstáculos presentes en mi proceso.

Me comprometo además, de manera voluntaria, a incluir en mi proceso de tratamiento a algún familiar o adulto referente significativo, a mantenerme y participar en lo posible, de todas las actividades definidas en conjunto con el equipo tratante de acuerdo a mis metas y objetivos personales.

Junto a lo anterior, declaro conocer y entender las normas de funcionamiento del centro como también los Derechos y Deberes* que tengo como usuario, así como los de mi Familia, y/o adulto significativo y de los Profesionales del Equipo de Tratamiento; los que me fueron leídos y entregados de manera escrita para mi conocimiento.

Firma Usuario

Firma Adulto Responsable

Firma Profesional

(Fuente: Trabajadores/ras Social del COSAM Domingo Asún Salazar)

Al firmar el contrato terapéutico se debe quedar un referente de caso, quien cumple el rol de gestor terapéutico siendo el nexo entre la persona y el equipo tratante. El/la trabajador/a social puede quedar a cargo y ocupar este espacio de gestor terapéutico, rol que puede ser asumido también por las demás profesiones partes del equipo del COSAM.

"(...) tú quedas en una figura que se llama gestor terapéutico, nosotros trabajamos con ese modalidad donde el total de usuarios que hay en el centro, tenemos asignado una cantidad donde actuamos de enlace entre el equipo y el usuario, donde el primer llamado es responder a alguna necesidad del usuario como gestor terapéutico, ahí tenemos otro rol desde el trabajo social, el que no es particular del trabajo social sino que también del psicólogo y el resto de los compañeros terapeutas ocupacionales." (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Luego de haber generado estos procesos de ingreso general, se comienza el proceso de tratamiento del COSAM. Donde las atenciones se empiezan a desarrollar mediadas

por una solicitud de hora por parte del SOME y de acorde a la disponibilidad de hora del profesional, se le asigna una hora de atención.

“(...) operan con la modalidad de citación, en el sentido que pasan por el SOME, retiran sus hora, tu vas y atiendes no más.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria).

En tanto en el procedimiento para solicitar atención del Hospital del Salvador, se realiza acorde a un sistema de agendamiento acorde a las fichas clínicas de cada persona.

En el COSAM, parte del proceso terapéutico que cada uno de los profesionales desarrolla, involucra la transversalidad del individuo, incorporando estrategias desde lo clínico, grupal y comunitario. El trabajo social en su intervención dentro del proceso terapéutico individual de la persona, focaliza sus acciones desde los requerimientos y deseos del propio individuo, planteando un proceso de colaboración y construcción terapéutica en conjunto entre el profesional y la persona.

“(...) centrarnos del poder trabajar con las personas desde potenciar sus habilidades, desde poder ir descubriendo juntos cual es la mejor salida muchas veces a las problemáticas que están pasando, y centrarte como desde lo que necesita esa personas, y eso enfocar tu intervención, no desde el saber, yo sé lo que es bueno para ti, sino que lo que la persona requiere.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Este proceso terapéutico está dirigido en realizar una intervención desde el acompañamiento, la cual busca avanzar desde perspectivas asistenciales hacia un procedimiento que presente una mirada que fortalezca el entender a la persona como un agente de su propio proceso de rehabilitación, donde esta misma vea favorecida su capacidad de realizar acciones de salud para su autocuidado y para su entorno.

“(...) era terapéutico, donde la idea era focalizar la intervención más allá del asistencialismo, por lo menos que es parte de lo que nos toca y que las personas con la que trabajamos lo requieren, también desde el acompañamiento (...).” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Otra esfera desde el trabajo social que es de gran relevancia para el proceso terapéutico y que donde el/la profesional interviene, tiene relación con la inclusión sociocomunitaria, donde se busca facilitar la participación de las personas en organizaciones sociales, esto se realiza desde la perspectiva donde la participación es comprendida como una esfera terapéutica a trabajar dentro de la rehabilitación psicosocial.

“El tema de la participación es un tema que se trabaja en la dimensión terapéutica individual(...)” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

En relación a los colectivos participantes de atención secundaria, inserto en el Hospital del Salvador y COSAM, se establece que en los relatos de este, los principales sujetos de atención con sus problemáticas y su etapa de ciclo vital son: niños, niñas y adolescentes con vulneraciones derechos, personas cuidadoras de personas bajo alguna situación de salud mental y mujeres adultas con problemáticas asociadas a violencia intrafamiliar o abuso sexual.

“(...) tenemos la parte de infanto-juvenil y adulto, mayoritariamente desde la estadística que recuerdo como de los últimos censos pre estallido social, teníamos mayoritariamente una población femenina, adulta sobre los 50 años y de ahí hasta casi 80 años(...)” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“(...)también nos toca hacer qué es el de acompañar el proceso de rehabilitación de consumos de drogas” (Trabajador Social N° 5, Atención Secundaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza funciones en atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo anterior a las crisis en relación a la rehabilitación psicosocial, centra sus acciones en ser un profesional que forma parte de los procesos de tratamiento en una institución especializada de salud mental, donde este forma parte del proceso de derivación y ingreso de una persona a una institución especializada de salud mental, donde realiza levantamiento de datos con instrumentos confeccionados por ellos mismos y realiza un

proceso de rehabilitación centrada desde el acompañamiento, donde promueve que la persona sea su principal agente de su propia rehabilitación.

Periodo de la Crisis Social.

Durante el periodo de la crisis social, los colectivos participantes de esta sistematización insertos en atención secundaria en el Hospital del Salvador en la Unidad Infanto Juvenil y en el COSAM de la ciudad de Valparaíso, experimentan el hito histórico de las crisis social ocurrido en el país y en Valparaíso como profesionales en ejercicio de trabajo social y como ciudadanos. Durante este periodo el área de salud es atravesada por un paro transversal, sin embargo estas instituciones al ser dependientes del servicio de salud Valparaíso-San Antonio, su paralización no tiene una extensión de tiempo tan prolongada a diferencia de cómo fue desde la CORMUVAL y en específico en APS.

Desde la Unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador, en la progresión de la crisis social, los/las trabajadores/ras sociales sumado al equipo de la unidad, se incorporan a las reflexiones, cuestionamientos y debates que se estaban dando en el ámbito social y político de parte de la ciudadanía, aportando desde la propia visión que el equipo realizaba: datos desde una perspectiva crítica que demostraban las falencias de la política pública en salud

“como unidad lo primero que hicimos fue hacer una pequeña sistematización de aquellos nudos críticos y vacíos que tiene la salud mental y sobre todo la salud mental que tiene relación con niños y niñas y jóvenes.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Desde esta óptica, los/las trabajadores/ras sociales buscan visibilizar las problemáticas de su atención y las carencias que estas tienen, en relación a una atención de calidad para sus usuarios y demostrar cual son las condiciones en que los/las profesionales se desempeñan. Esto lo realizan haciéndose partícipe de los distintos procesos sociales que se estaban viviendo, como lo eran las marchas específicas de salud.

“El primer rol que tuvimos como trabajadores sociales fue tener un rol crítico con respecto a la carencia de la política pública en cuanto a que no hay una política de salud mental específico para niños niñas y jóvenes,(...) dar cuenta de todos estos tópicos que por ejemplo que muchos niños que ingresan a hospitalización en sala aca en el Salvador tiene incorporado una vulneración de derechos.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“Lo que hicimos fue dar cuenta y que se pudiera difundir un poco la situación de salud/salud mental que afectaba principalmente al Hospital del Salvador en la Unidad Infanto Juvenil, hicimos un video y los profesionales que podíamos bajar teníamos horas protegidas para poder manifestarnos, pero esta manifestación fue con carteles, fue con información.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Junto a lo anterior y dada las condiciones sociales y institucionales que se estaban viviendo, el equipo de salud mental en base al contexto reformula su plan de tratamiento individual, en el que se identificó que desde la perspectiva evaluativa del psicólogo y psiquiatra faltaban componentes comunitarios por incorporar, por lo que se decide que en cada plan de tratamiento se debe dejar incorporado a una actividad en la comunidad y que por tanto se le atribuye dicha gestión al Trabajo Social debido a su cercanía a los territorios.

(...)tratábamos de saber que nuevo estaba haciendo la comunidad y esa información bajarla al equipo y que se pudiera considerar parte del plan de tratamiento individual, ya que mucho del trabajo del equipo psicólogo-psiquiatra quedaba cortos si no tenían la mirada por ejemplo dejarlo vinculado a alguna actividad en su comunidad, y para eso nos consultaban que estaba pasando en los territorios considerando el estallido social, que podemos ofrecer... de ahí el trabajador social en reunión clínica daba cuenta de cómo en los territorios que nosotros trabajábamos con mi colega, se estaba desarrollando diversas actividades potenciales para las personas.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

En relación al COSAM, este dado por su ubicación geográfica calle Condell a pasos de la Plaza Aníbal Pinto, zona central donde ocurrían la mayoría de las manifestaciones y tipos de violencia, este centro se vio afectada en variadas oportunidades, viéndose en la necesidad de enviar a los equipos de salud y funcionarios a su hogares y cerrar el centro de manera obligatoria. Con lo anterior los/las trabajadores/ras sociales pudieron realizar sus funciones dentro de las condiciones que la contingencia posibilitará.

“(…)ya que nuestra ubicación es en Condell a la altura de la Aníbal pinto, entonces llegaba la hora de almuerzo y era un incertidumbre total lo que podía pasar en la tarde, al menos a mi no me tocó vivirlo pero compañeros se fueron entremedio de balazos, estaba muy álgido, nosotros estábamos casi en la zona cero trabajando, las tardes eran muy inciertas.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“En un principio tuvimos bastantes problemas el humo de la lacrimógenas lo que significaba tener que evacuar si no que también hubieron situaciones que pusieron en riesgo la integridad personal”(Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Estas complicaciones dada la ubicación geográfica del COSAM, llevan a que durante los meses más álgido de la crisis social, las atenciones fueran inciertas teniendo un funcionamiento irregular con un horario que centraba las atenciones en las horas de la mañana, debido a que la tarde era un horario impredecible para el trabajo.

“Entonces octubre, noviembre y parte de diciembre era muy incierto nuestro panorama en las tardes, entonces trabajamos medio día porque teníamos que irnos por seguridad, no podíamos otra veces atender porque había que cerrar el centro porque estaba todo pasado a lacrimógena, era imposible intervenir, no puedes ni siquiera tomar exámenes.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Dada la crisis social y la incertidumbre de tener que abandonar el centro y no poder realizar la atención en el COSAM, los/las trabajadores/ras sociales durante la mañana centraban sus acciones en realizar contención y acompañamiento a las personas que llegaban en situaciones de crisis dado a los acontecimientos que estaban ocurriendo.

“(…) intentamos mantener la mayor cantidad de controles durante las mañanas para poder ir apoyando nuestro usuarios, había mucho atención de shock, había varias personas que estaban muy mal, tratamos también de ir haciendo acompañamiento en los grupos que estábamos a cargo porque también el trabajo de los grupos estaba casi todo destinado a horario PM.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Las atenciones en el COSAM en el periodo anterior de la crisis poseían una estructura donde la persona iba al SOME y solicitaba una hora, esta quedaba agendada y luego se le atendía, en el periodo de la crisis social esto se modifica ya que las persona presentaban problemas para acceder al centro, por lo que se desarrolla un cambio en la

estrategia de atención, donde los/las profesionales van hacia la persona, utilizando la técnica de visita domiciliaria, la que se ve favorecida con los recursos que cuenta el centro, ya que este cuenta con un vehículo para realizar desplazamientos a los territorios.

“(...)en la práctica tuvo implicancias en la asistencia de nuestros usuarios la que ya no se fue dando de manera natural donde la gente iba tenía su atención y luego se iba, sino que también hubo que hacer más esfuerzos para hacer visitas domiciliarias y concentrar la atención en el centro eso va generando una merma donde las personas tienen más temor de acercarse.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

A su vez esta modificación al cambio de la atención en el COSAM, también se ve influida por el paro transversal en el que se encontraba APS, donde los procesos de ingreso y derivación a los programa de salud mental no se estaban efectuando, y por tanto esto afectó la cantidad de interconsultas recibidas por los centros de salud familiar que trabajan con el COSAM.

“(...)hubo un poco de baja en las derivaciones de APS, también APS entre que no atendía y estaban en paro, entonces no teníamos derivaciones por lo menos nosotros que en el equipo que estoy yo, era del cesfam las cañas... entonces estuvimos como medio corto en ese tiempo.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Paralelamente en el Hospital del Salvador dicho paro transversal también generó las mismas modificaciones en la atención, donde las atenciones presenciales se comenzaron a realizar por la necesidad de atención de acorde al caso, lo que generó que durante el periodo de la crisis social, las acciones realizadas por los/las trabajadores/ras sociales del Hospital del Salvador se centraran más bien en rol de educador social de acorde a la temáticas atingentes que atravesaban el periodo de crisis social.

“se cruzó con que las atenciones tuvieron que resguardar la integridad física mental lo NNA y sus familias en donde priorizamos las atenciones presenciales teníamos que asumir un rol educativo, nosotros a cuál era el contexto político que estaba sucediendo, cuál eran las normas de seguridad que habían, explicar que es un estado de excepción.”(Trabajador Social N°10, Atención Secundaria)

También los/las trabajadores/ras sociales del Hospital del Salvador comienzan a realizar atenciones remotas, donde implementan las videollamadas por zoom y el contacto telefónico para pesquisar situaciones generales de las familias que tenían a cargo, y favorecer una contención emocional en personas que se veía agudizada su situación dado por la crisis social.

“(...) en el Hospital del Salvador tuvimos que ir a dar medicamentos, las llamadas telefónicas y los videos por zoom nos comenzaron a funcionar mejor, provocó mayor contención emocional en los pacientes, el hecho de estar, de conversar a diario, les ayudó.” (Trabajador Social N°6, Atención Secundaria)

Las atenciones presenciales que realizaron los/las trabajadores/ras sociales se focalizaron en generar y robustecer un espacio de seguridad y de acompañamiento para las personas donde a través de un proceso de contención afectiva se buscaba asimismo mantener la relación profesional/usuario.

“Igual tuvimos pacientes de atención presencial pese la estallido social, eran muy mínimos, tratábamos de resguardar la integridad de las personas de la familias , de los paciente, igual había pacientes que necesitaban la interacción cara a cara con el profesional, la contención verbal, la contención corporal afectiva, en orientación y en tener esta interacción con el equipo.” (Trabajador Social N°10, Atención Secundaria).

La crisis social generó que la atención clínica del trabajo social se viera coarta y limitada, ya que en ese momento la atención remota solo se centraba en realizar controles y para acciones muy específicas, y en tanto la atención presencial en algunas situaciones se veían suspendidas ya que el equipo de salud hacía abandono del Hospital. Esto llevó a que algunos vínculos profesional/usuarios se vieran afectados dado este contexto.

“teníamos que salir rápidamente porque había una barricada y alcanzamos a dejar algunos carteles afuera a las personas informando que tuvimos que irnos, y justo la persona venía retirar algo y se enojaban por esas cosas, porque para ellas fue un gasto de movilización, dejaron de hacer cosas pero uno trataba de solventarlo con otras cosas. (Trabajador Social N°10, Atención Secundaria)

Entre los efectos que tuvo la crisis social en la población a cargo del Hospital del Salvador, esta se visualiza principalmente en que muchas personas usuarias se vieron

envueltas en una agudización de su sintomatología o bien en un retroceso de sus procesos de rehabilitación psicosocial, esto dado a las limitaciones de las atenciones clínicas que se tuvieron durante este tiempo, por lo cual los/las trabajadores/ras sociales debieron impulsar y favorecer la gestión de la red para subsanar dichas descompensaciones.

“Muchos pacientes se descompensaron, los cuales tenían ansiedad generalizada, muchos adolescentes presentaron mucha sintomatología, dado todo lo que implicaba el estallido social el sentir ruidos, carabineros, barricadas, generó en ellos mayor descompensación, te ponía en un contexto donde tenías que favorecer la atención presencial, mirar, objetivar acá, pero no podían trasladarse las personas, entonces ahí el trabajador social activo redes para favorecer el traslado de ambulancias, traslado con APS u otros.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria).

Esta agudización en la sintomatología produjo que muchas personas al trasladarse al Hospital del Salvador a su retiro de medicamentos, solicitaron atención espontánea con el/la trabajador/as social, atención que no se encontraba dentro de la agenda del profesional la cual era solicitada dado que la persona explicitaba que presentaban una situación urgente, generando que el profesional hiciera sobrecupo en su atención para contener y dar respuesta a la situación de la persona.

“Mucha gente llegaba acá pedir las recetas o se atrasaban o este caso querían atención espontánea para hablar contigo no podía recepcionar la indicación de la secretaría o de que tenía que agendar una hora, mucha gente no requería ese conducto de esperar dos tres meses por que para ellos desde su óptica te tenían que conversar una situación importante y tu tenías que ver a grandes rasgos ver que te podían decir de la situación y uno obviamente tenía que hacer un sobrecupo tener esta instancia para escuchar para poder organizar” (Trabajadora social N°10, Atención Secundaria)

En relación a las consultorías, este fue un espacio entre APS y el Hospital del Salvador que se continuó realizando, donde el hospital visualiza la importancia de este espacio por parte de APS, como una instancia donde se realiza la derivación asistida y que involucra una comunicación entre los equipos, donde durante este periodo las consultorías comienzan a tratar otros temas, se agrega el componente de capacitación donde entre los equipos existe una transmisión de conocimientos.

“(…)se manifestó mucho la instancia de capacitación, lo bueno de los compañeros de APS es que trataron siempre de cumplir con ese espacio y no desaprovecharlo, ese espacio de consultoría trato de revisar casos que ya estaban con seguimiento y egresos, también ellos pensaban “mira tengo algún paciente me gustaría conversar con usted para ver si lo presentamos”, también una instancia de diálogo de capacitación sobre todo lo que fue estrategias de contención de manejos de crisis” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Como anteriormente se ha descrito, la contención emocional fue una estrategia que se utilizó durante este periodo, tanto para atención secundaria como APS. Asimismo en el espacio de las consultorías, se gestó la transmisión de conocimientos que se centró en fortalecer dicha competencia de contención.

Conjuntamente a esta transmisión de conocimientos, el equipo del Hospital del Salvador manifiesta que realiza una contención afectiva a los equipos de APS, por tanto presentaban una doble afectación: desde el ámbito laboral y personal, donde el equipo de atención secundaria no solo visualizaba profesionales de salud sino que también como personas que estaban en un contexto de crisis social, y que se encontraban dando respuesta como en “primera línea” a personas que requerían atención dada la crisis social.

“(…)el trabajo más bien como con los compañeros de APS fue más bien de contenciones de apoyo de asesoría sobre todo porque estaban en primera línea, porque sus funciones también se readecuaron y se limitaron a la atención de algunos paciente descompensados o población bajo control de acuerdo al el perfil de hechos y esa angustia también es transmitida es sentida es percibida y nuestra rol también fue contenedor de escucha de mirar a la persona detrás del profesional por esa parte esas fueron las funcione que bajaron durante el estallido” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza funciones en atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo de la crisis social en relación a la rehabilitación psicosocial, centra sus acciones en ser un profesional que readapta sus estrategias para dar cuenta a las necesidades que emergen dada la diversas violencias que se presentan en este periodo.

La principal vía de intervención se centró en generar contención socio afectivas a las personas y socioeducar en técnicas de autocuidado. También se destaca la evolución del espacio de consultoría, que en primera instancia es un espacio dirigido principalmente a la derivación asistida, y que producto de la crisis social, muta hacia un espacio más bien orientado a la capacitación y socioeducación afectiva.

Periodo de la Crisis Sanitaria.

Durante el periodo de la crisis sanitaria, los colectivos participantes de esta sistematización insertos en atención secundaria, experimentan la pandemia de manera transversal en la realización de la profesión, bajo una readecuación de estrategias desplegadas para la atención clínica, hasta la gestión y trabajo en red para la persona, lo que conlleva la apertura metodológica del teletrabajo.

Desde la Unidad Infanto juvenil del Hospital del Salvador se opta por una lógica de trabajo por turnos cada dos semanas. mientras que el COSAM se opta por el teletrabajo total.

“Un asistente social por turno dos semanas adentro y dos semanas afuera, eso era un psiquiatra por turno, un psicólogo por turno y posteriormente se hacía teletrabajo y otro grupo venía presencialmente.”(Trabajador Social N°6, Atención Secundaria)

Al comenzar el teletrabajo y las acciones de control o intervención remota desde la atención secundaria, los equipos identifican y visibilizan la problemática de la brecha digital en la población, situada en el acceso y manejo a tecnologías de la información y comunicación, problemática pesquisada a través de la posibilidad de realizar controles por videollamada. Controles que en relación a esto, en su mayoría se procedió a realizar de manera telefónica.

Las tecnologías de la información y comunicación pueden ser entendidas según Baelo y Cantón (2009), como una realización social, entendiendo esta como la interacción entre las personas facilitada por medio del desarrollo tecnológico que propicia

los procesos de información y comunicación, buscando la construcción y extensión del conocimiento.

“entonces el hallazgo fue ahí la brecha tecnológica si bien muchos disponen de celular, el celular solo utiliza como espacio de llamado telefónica también hay un porcentaje persona de no tener celular o de no tener internet “(Trabajadora Social N°5, Atención Secundaria)

“el primer nudo crítico fue eso dar por sentado que a veces la atención podía mantenerse remota no considerandos a veces que el perfil de nuestra familias es de una condición económica social altamente vulnerable y de riesgo donde hay gente que no le acomoda al cámara” (Trabajador Social N°10, Atención Secundaria)

Desde el Hospital del Salvador realizan una diferenciación en la atención vía telefónica, estos describen dos tipos de acción dentro de esta forma de llevar a cabo la intervención. (véase tabla 5).

Tabla 8 Acciones vía Teléfono

Tipo de acción	Fragmento	Objetivo
Acción Telefónica	“(…)es cuando tu llamas y la familia no te respondía y tu agotas todas la acciones de rescate con la red para mantener un control.”	Contactar a la persona sin previo agendamiento para retomar la relación profesional/usuario, utilizando las redes de la persona.
Control Telefónico	“(…)eran estas atenciones que tu tenías programadas en tu agenda personal para llamar a esos pacientes que estaban en casa.”	Generar una atención la cual previamente fue agendada y acordada con la persona.

(Fuente: Elaboración Propia)

Dentro de este periodo, los/las trabajadores/ras sociales de la debieron reformular sus acciones para lograr atender y abordar de manera óptima las necesidades del cuidado de las personas, por tanto dentro del periodo de la crisis sanitaria el colectivo participante relata que centró sus acciones desde tres momentos : inicial, se realizan acciones de un primer acercamiento a las crisis; posteriores, se comienza a estabilizar el trabajo mediadas por las tecnologías, y en equipo, donde se reformulan de manera conjunta las formas y estrategias para intervenir.

Las *primeras acciones* que realizaron los/las profesionales del HDS y del COSAM se enfocan en informar sobre la suspensión de la atención presencial dada la crisis sanitaria y conocer la situación de las personas y su familias y las posibles consecuencias que la crisis comenzaba a tener en ellas desde el ámbito social. Esta acción se caracteriza por ser una primera aproximación a lo que sería el ejercicio de las funciones durante la crisis sanitaria.

“En un comienzo cuando partió la pandemia lo primero fue saber si las personas estaban bien control, todo fue por teléfono.” (Trabajadora Social N°5, Atención Secundaria).

“La primera indicación que se nos es poder llamar a nuestros pacientes y poner clarificando muy bajamente lo que era al parecer un situación de excepción y que no podían asistir acá.” (Trabajador Social N°10, Atención Secundaria)

En tanto *las acciones posteriores* se enfocaron desde una perspectiva de entregar información a las pacientes y sus familias centrado en la prevención y cuidado del COVID. Paralelamente los profesionales se ven en la necesidad de adquirir o profundizar sus conocimientos en las tecnologías de información y comunicación, para dar respuesta de buena manera a la atención que están llevando a cabo.

“(…)ahí primero una psicoeducación muy específica a las familias que primero es porque no van a poder venir de manera presencial y de ahí se tuvo que hacer un trabajo intra equipo para poder reformular todas la atenciones presenciales a atenciones remotas.” (Trabajadora social N°5)

“ha sido un periodo desde marzo que ha sido de constante adaptación y de ir conociendo, y educándonos en todo lo digital, nosotros... yo creo que la mayoría de nosotros conocimos este tipo de plataformas ya que no había necesidad de ocuparla.” (Trabajadora social N°4)

Finalmente las acciones de equipo, se centraron en establecer los lineamientos para el protocolo de atención al cuidado de las personas, por parte del Hospital del Salvador se levanta un protocolo de atención COVID.

“(…)tuvimos que volver a juntarnos como estamento; estamento psicólogo, estamento trabajadores sociales, estamentos médicos, para ver cómo íbamos a hacer un protocolo de atención. en ese protocolo primero era contener el control de los pacientes vía remota.” (Trabajadora Social N°5, Atención Secundaria)

Y por otra parte desde el COSAM las acciones se enfocaron en aumentar la frecuencia de reuniones por equipo para compartir la información y para dar respuesta a las constantes necesidades que iban surgiendo por la crisis sanitaria. Donde acorde a la periodicidad de cada profesional, visualizaban las dimensiones afectadas y se reajustaban los tiempos de atención con dicho profesional para dar respuesta a sus necesidades.

“Tenemos reunión de equipo una vez a la semana, eso se ha mantenido durante todo este tiempo desde marzo, antes las teníamos cada 15 días (...), en esa reunión conversamos respecto de los avances o dificultades o todo lo que tenga que ver con los casos, y ahí es donde planificamos el cómo intervenir y abordar los distintos casos.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

En relación al estamento de trabajadores/ras sociales de ambas instituciones de atención secundaria, hubo una organización interna para coordinar el centrar las actividades que realizaban en la pesquisa antecedentes de situaciones influidas por el contexto sanitario. Esta coordinación se realizó con el fin de dar respuesta a las necesidades urgentes y en consecuencia realizar las gestiones para favorecer beneficios sociales y el realizar una atención estandarizada y organizada de manera en conjunta por los/las profesionales del trabajo social.

“(...)al principio los controles era algo que compartíamos con los colegas, estaban enfocados en ver en qué situaciones estaban las familias y poder colaborar en los procesos asistenciales en la que la familia podían tener (...) (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“(...)lo primero que hizo fue hacer una pauta de evaluación de riesgo donde primero era saber cómo estaba la familia primero con respecto a las condiciones estructurales y sanitarias para vivir el confinamiento, considerando que nosotros trabajamos con una población altamente vulnerable territorialmente en lo económico y en lo social entonces tuvimos que con mi colega tuvimos que rehacer nuestra pauta diagnóstico.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

En estos fragmentos queda de manifiesto cómo los/las trabajadores/ras sociales adaptan su quehacer profesional en base a una reformulación de sus pautas tradicionales, buscando comprender y conocer la realidad social que estaban experimentando las personas, para luego desde una óptica asistencial dar solución, en estos actos se vuelve a

visibilizar la importancia de la asistencialidad como un derecho y el rol de los/las trabajadores sociales en facilitar el acceso a este derecho.

“(...) entonces hicimos el acompañamiento de la postulación de los usuarios en ese sentido, también durante este tiempo ha habido alguna dificultades para algunas familias entorno a las pensiones y al cobro, entonces ahí también canalizar el acompañamiento y la obtención de atención desde Chileatiende. (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“(...) el trabajador social tiene ciertos roles asumidos cuando ciertos momentos sociales y políticos o de emergencia donde se adoptan funciones de carácter de asistencialismo de contención para ir articulando el equipo.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Por tanto el aumento de la asistencialidad como foco de trabajo durante este periodo, conlleva también un aumento proporcional entorno al trabajo en red, que busca subsanar las diversas necesidades que se vieron afectadas a la población atendida por parte de atención secundaria.

Luego de un periodo de centrar las acciones desde un ámbito asistencial desde el Hospital del Salvador, al momento que las familias lograban cierta estabilidad económica y que producto de esto, se disminuyeran su sintomatología asociada a ciertos determinantes sociales, los/ las profesionales tenían la posibilidad de generar y comenzar a intervenir desde un acompañamiento propositivo en las dinámicas familiares, fortaleciendo factores protectores y abordando los factores de riesgo.

“Teníamos familias que ya no tenían el mismo discurso de sobrecarga o que los controles se abocaron a ellos sino que tenían organizado seis ocho meses lo económico y tú ya podías entrar a hacer un trabajo de proceso familiar, ya tenías en el relato que ya mentabilizaban visualizaban de cómo estaban lo niños a nivel a pesquisa general de salud y empezar a ver el recurso en los hijo mucho se centraron en la deficiencias o falencias o externalizan mucho cuanto hablabas con ellos, había adultos que a pesar de toda la adversidad podía identificar avances mínimos.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria).

Las actividades realizadas por los/las trabajadores/ras sociales se centraron en validar, potenciar y orientar las estrategias que están conllevando las personas usuarias. En este sentido los/las profesionales al escuchar el relato de la persona y ver en este un

potencial de autocuidado, gestado desde la propia persona, este lo rescata y lo levanta, destacándole a la persona que la acción que ella realiza presenta un gran potencial para la promoción y prevención de su salud mental.

Desde atención secundaria se visibiliza al igual que en atención primaria la estrategia de validar, potenciar y orientar las acciones que estaban conllevando las personas usuarias para el cuidado de salud mental. Los/las profesionales del Hospital del Salvador validaban y fortalecían el recurso de la propia persona antecedido a un procedimiento de contención y validación de las emociones de las personas.

“(...)trabajar con esta estrategia de espejo de poder ir reflejando tomando sus palabras tomando alguna estrategia, entonces la estrategia siempre fue escuchar identificar cuál era la estrategia por más que ellos te decían que había agotado todo, nosotros preguntamos ya que es lo que te ha dado resultado a ti, siempre levantar el recurso y ahí entregar algunas estrategias como psicoeducando” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Al igual que en otros contextos es posible capturar, como los/las profesional del trabajo social, presentan la capacidad de generar un diagnóstico transversal de las características de su población a cargo, esta de acorde a las personas que atienden y las acciones que realizan con ella de acorde a las características de los contextos

“(...)adolescentes que tenían algún diagnóstico de ansiedad generalizada o tenía gestos suicidas lo que ahí amerito no teníamos un contacto físico y en eso tener la contención la orientaciones a través de un teléfono también dificulto sobre todo por la territorialidad la falta de conexión, el acceso de las familias a tecnologías de la información eso fue un estresor para ellos para poder dar cuenta de lo que para ellos era importante como canalizar y como mover pero que no tuviese que salir de tu casa.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(...)mujeres que eran adultas mayores que se veían sobrepasado su trabajo de cuidado.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Las consultorías son otro ámbito dentro del trabajo de rehabilitación psicosocial que vio permeado por la crisis sanitaria, desde el Hospital del Salvador se plantea que el primer mes de la crisis este espacio se vio suspendido debido a que un no estaba establecido con claridad la modalidad de trabajo online, posteriormente se realizan

coordinaciones entre los equipos de APS y el Hospital del Salvador, pasando a modalidad online. A través de esta modalidad, las consultorías retoman su flujo de realización normal, las modificaciones en este espacio se centran en que este incluía mayores gestiones de levantamiento y envío de información. Desde el Hospital del Salvador se destaca además la labor preventiva comunitaria de los equipos de APS quienes exponían el despliegue de estrategia de prevención comunitaria donde se buscaba la inserción de la persona que transitaba una situación de salud mental en un dispositivo de la comunidad para mejorar sus posibilidades de rehabilitación psicosocial, previniendo las condiciones que llevaran a la derivación de la persona a atención secundaria.

Al igual que en la crisis social el equipo de la Unidad Infanto Juvenil visibiliza como un componente que influye en este espacio, la actitud de los equipos de los CESFAM. manifestado esto último en la inquietud por la salud mental de los equipos de APS.

Por último, a diferencia de APS, la técnica de visita domiciliaria se ve totalmente suspendida debido a las condiciones sanitarias de la crisis.

“Por lo menos desde que ha tocado a nosotros como asistentes sociales, no hemos tenido visitas domiciliarias” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, los/las trabajadores/ras sociales que realizan funciones en atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo de la crisis sanitaria en relación a la rehabilitación psicosocial, reconfiguran su atención adquiriendo la modalidad de teletrabajo total o parcializada por turnos. Es posible además estructurar las primeras actividades realizadas al comienzo del periodo de crisis por los/las profesionales, donde inicialmente, se realizan acciones para comunicar la suspensión de las atenciones profesionales; posteriormente se estabiliza el trabajo mediadas por las tecnologías, pasando luego una coordinación intra equipo, donde se construyen pautas y protocolos de atención.

Al igual que en atención primaria el Trabajo Social vuelve a sus inicios de la profesión, desempeñando un fuerte rol en la facilitación y gestión de beneficios sociales otorgados por el estado. Posteriormente del tratamiento de los determinantes sociales que habían agudizado debido a la Pandemia, se procede a realizar acciones de acompañamiento a las dinámicas familiares.

Las consultorías pasan a modalidad online y desde atención secundaria al igual que en la crisis social notan y explicitan las injerencias de las disposición y actitud de los equipos de APS en las consultoría, lo que influyen la forma en que se realiza esta actividad.

Síntesis de Aprendizajes.

Desde el relato y análisis de experiencias del nivel de atención secundaria en salud mental de los periodos anteriormente descritos, a continuación se presenta una síntesis de los principales aprendizaje rescatados a través de la presente sistematización.

Como relatan los/las trabajadores/ras sociales del Hospital del Salvador y el COSAM, el colectivo participante conlleva acciones de salud mental que tienen relación con las consultorías, interconsultas y procedimientos de atención. Estas acciones a lo largo de los periodos descritos, conlleva que los equipos de salud mental vayan introduciendo ciertas modificaciones que van redireccionando el accionar de los/las trabajadores/ras sociales.

En ese sentido la experiencia que se releva desde este nivel de atención, es el espacio de la consultoría del Hospital del Salvador, esta experiencia visualizada en los periodos se estabiliza en la siguiente ficha de trabajo:

Tabla 9 Ficha de Trabajo "Consultorías"

Ficha de Trabajo

Institución	Hospital del Salvador/ Unidad Infanto Juvenil		
Actividad	Consultorías		
Periodo	Anterior a las Crisis	Crisis Social	Crisis Sanitaria
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Optimizar la capacidad resolutive del equipo de atención primaria para la atención de personas con trastornos mentales a través de su curso de vida. Mejorar la oportunidad, pertinencia y calidad del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental atendidas en la red de salud, a través de un trabajo articulado y planificado entre los equipos del nivel primario de atención y los equipos especializados de salud mental. 		
Foco del espacio	Coordinar y establecer los lineamientos de la derivación asistida	Coordinar y establecer los lineamientos de la derivación asistida. Se incorpora el componente de capacitación entorno al manejo de crisis y contención emocional. Se utiliza el espacio para generar contención emocional a los equipos de APS.	Coordinar y establecer los lineamientos de la derivación asistida. Propiciar mayores gestiones de levantamiento y envío de información.
Lógica de Trabajo	Presencial	Presencial /limitado por Paralización (turnos éticos desde octubre a diciembre)	Videollamadas
Periodicidad	Planificación Anual - encuentro de 1 vez al mes	Planificación Anual - encuentro de 1 vez al mes	Planificación Anual- se suspende el primer mes de cuarentena y luego se retoman los encuentro de 1 vez al mes
Participantes	Equipo de APS Equipo de salud mental de la UIJ	Equipo de APS Equipo de salud mental de la UIJ	Equipo de APS Equipo de salud mental de la UIJ

Fuente: Elaboración Propia

El espacio de consultorías del Hospital del Salvador con APS a lo largo de los periodos, va incorporando modificaciones que permitan atender a las necesidades que demanden los equipos de APS en razón del contexto. El espacio de las consultorías si bien durante el transcurso de los periodos de crisis no presenta una modificación en sus objetivos, si se incorpora en el periodo de la crisis social y sanitaria ajustes al foco del espacio.

Durante la crisis social, el espacio de la consultoría además de propiciar y contribuir a la derivación asistida de personas que presentan situaciones complejas de salud mental, este incorpora el componente de capacitación entorno al manejo de crisis y contención emocional, debido a las diversas situaciones que se presentaron en APS por las diferentes violencias en la ciudad. Además durante este periodo, los equipos de APS se ven afectados dada las condiciones sociales que ocurrían en la ciudad, donde los mismos profesionales se veían perjudicados/as en el ámbito laboral y personal, lo que generó que desde atención secundaria se implementaran estrategias y técnicas para favorecer la contención emocional y estabilizar los procesos que los/las profesionales de APS se encontraban viviendo.

Durante la crisis sanitaria, el espacio de las consultorías se ve afectado por la pérdida de la presencialidad y la implementación de la videollamada como modalidad de encuentro para la realización de este espacio. Lo anterior, genera que los componentes que se abordaron durante la crisis social desaparezcan y se incorpore al trabajo de los profesionales mayores gestiones debido a la modalidad online, y que tienen relación con el levantamiento, construcción y envío de documentos a los distintos profesionales parte de los equipos de salud de APS y secundaria.

Ilustración 10 Foco del espacio



Fuente: Elaboración Propia

Otros aprendizajes que son posibles estructurar desde la experiencia sistematizadas del COSAM y la Unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador son:

Construcción de Instrumentos.

Los/las trabajadores al realizar un trabajo desde salud mental generalmente aplican test o cuestionarios de otras disciplinas, paralelo a esto el trabajo social de acorde a la labor que realiza y de acorde a las características de la institución puede elaborar y construir propios instrumentos que le posibiliten el levantamiento de información. Estos instrumentos pueden ser contruidos desde la base de las acciones e intervenciones diagnósticas de la profesión como el informe social, el cual puede ser modificado, profundizado y agregando más aspectos o cuantificando estos aspectos. Esta construcción de instrumentos puede significar la construcción de un protocolo de atención a través de la reflexión y análisis de los estamentos de trabajo social. Esto se sustenta en que desde el COSAM el estamento de trabajo de social al comenzar el funcionamiento de esta institución construye un protocolo de evaluación social para diagnosticar la ingresar al

COSAM, y además desde UIJ del HDS construyen desde cada estamento de la institución un protocolo por profesión para realizar el control de las persona vía remota online en el periodo de la crisis sanitaria.

Modalidad de la Atención.

En relación a la modalidad de atención del COSAM y el HDS, ambas inicialmente poseen un estructura determinada para realizar sus proceso de atención, donde se contempla para dar inicio la atención, en el caso del COSAM: la interconsulta de APS, del Hospital Carlos Van Buren o del mismo Hospital del Salvador. Y para iniciar el proceso de atención en el HDS: por la consultoría con APS y interconsulta desde el Hospital Carlos Van Buren.

Esta modalidad al desarrollo de las crisis, van insertándose modificaciones debido a la diversas situaciones que iban presentando las instituciones. En la crisis social, por parte del COSAM, las atenciones se ven comprometidas de realizar debido a la ubicación geográfica de la institución, lo que podría poner en riesgo la integridad de sus personas usuarias, lo que lleva a que los procesos de atención se realicen a través de la visita domiciliaria, invirtiendo la estrategia entorno al acceso de la persona, donde la institución va hacia la persona y no a la inversa.

En el caso del Hospital del Salvador, durante la crisis social los/las trabajadores/ras sociales establecen las siguientes modalidades de atención para su población: remota, se implementa a través de videollamadas por zoom o directamente por contacto telefónico; y acorde a la complejidad del problema-situación de las personas. Un fenómeno relevante que se da durante este periodo, es la necesidad de instaurar una atención espontánea con el/la trabajador/a social de turno para generar un proceso de contención y dar respuesta a las necesidades que presentaba la persona.

Durante la crisis sanitaria, ambas instituciones de atención secundaria se vieron con la suspensión de la atención presencial dado el mandato de la política nacional en salud, con ello la necesidad de reformular la modalidad de atención para dar cuenta de las necesidades de las personas, era una prioridad para ambas instituciones.

Entonces desde el COSAM, se implementa la modalidad de atención a través del contacto telefónico, y una estrategia para dar respuesta a las necesidades de las personas es aumentar la frecuencia de encuentro del equipo de salud mental con el fin de dar una respuesta integral a la situación-problema de las personas.

Y desde el Hospital del Salvador, la modalidad de atención también se orienta al contacto telefónico, sin embargo se hace una diferenciación del mismo, donde el/la trabajador/a social actúa en razón del fin que busque, con ello se establece: la acción telefónica, que es generar contacto con la persona para retomar la relación de salud; y el control telefónico, que es generar un proceso de atención con fines terapéuticos.

Estas modalidades de atención, dan cuenta de la capacidad de los/las profesionales y de las instituciones para adaptarse al contexto social y procurar brindar una atención oportuna que logre abordar las necesidades de las personas usuarias.

Trabajo social clínico y asistencial en salud mental.

Por medio de la presente sistematización realizada con foco en los contextos de crisis social y sanitaria, es posible estructurar ciertos elementos y dimensiones de intervención que se pueden situar y aportar a la construcción del trabajo social clínico en salud mental el que se enfoca en el trabajo de casos.

Inicialmente el/la trabajador/ra social al desplegar funciones de intervención en caso de salud mental, debe transitar entre una perspectiva asistencial y una perspectiva de acompañamiento, donde primeramente dada las distintas condiciones sociales que se iban presentando en los periodos, la primera acción profesional del trabajo social se enfoca en

pesquisar la situación personal-familiar de las personas usuarias del servicio, con el fin de detectar ciertas complejidades y poder abordarlas mediado por procesos asistenciales y colaboración mutua con la red.

Una vez generado acciones asistenciales en pos de estabilizar las situaciones socioeconómicas que se encontraba viviendo las personas usuarias, los/las trabajadores/ras sociales abocaban su accionar en generar un proceso interventivo mayormente centrado del acompañamiento, con el fin de promover las dinámicas familiares, fortalecer factores protectores y disminuir los factores de riesgos.

Desde la perspectiva de acompañamiento terapéutico se promueve e incentiva que las personas usuarias se conviertan en agentes de su propio proceso de rehabilitación psicosocial, para favorecer su capacidad de realizar y gestionar acciones de salud para su autocuidado y para su entorno familiar y comunitario. El trabajo social construye una relación profesional/persona donde; el profesional propicia generar un espacio seguro para la persona, donde luego este espacio es empleado y focalizado en la realización de acciones desde los requerimiento de la persona, desarrollado a través de un proceso de colaboración y construcción conjunta desde la relación profesional/persona. Se debe posibilitar que esta relación, la persona la comprenda como un lugar de contención y acompañamiento.

Desde la salud mental un procedimiento el cual es posible estructurar desde el relato analizado y sistematizado tiene que ver con la validación y orientación de estrategias de cuidado de la salud mental.

El/la profesional al escuchar el relato de las persona, busca en esta narración el identificar acciones de autocuidado desarrolladas por la persona, las cuales luego de ser identificadas por el/la profesional, esté a través del diálogo le hace notar y distinguir a la persona la importancia de sus acciones debido a que estas presentan un potencial de

prevención y promoción para él y su entorno, reconociendo y acentuándose también la capacidad que él/ella mismo/a presenta para cuidar su salud mental. Para llevar a cabo este procedimiento, el/la profesional debe contar con los conocimientos que le permitan identificar y discernir a través de un juicio experto que acciones realiza la persona presentan un potencial de autocuidado.

Desde esta sistematización igualmente se puede identificar que el trabajo social clínico en salud mental dentro de la rehabilitación psicosocial, se distingue por reconocer y promover la inclusión sociocomunitaria como una esfera terapéutica a intervenir en las personas.

Siendo primeramente este ámbito terapéutico parte del diagnóstico social que se realiza al ingresar a las instituciones, pudiendo ser levantado a través de un ecomapa, donde a través de este instrumento, es posible conocer la vinculación de la persona con redes sociales y comunitarias.

Esta esfera posteriormente es incluida como parte del plan de tratamiento individual donde se incorporan la realización de acciones comunitarias donde el trabajo social gestiona el acercamiento a las actividades gestadas por las organizaciones sociales en los territorios.

Como síntesis integrada se puede plantear que en el relato sistematizado de atención secundaria, se pueden esbozar ciertos principios que aportan a la validación y construcción teórica práctica del trabajo social clínico asistencial en salud mental de Chile, basado en la propia práctica que realizan actualmente los/las trabajadores/ras sociales.

4.3. Categoría de Análisis Recuperación

A continuación se describirán los resultados de la segunda categoría de análisis de la presente sistematización la cual es recuperación. Esta categoría bajo la normativa

técnica del MCASM se entiende como un proceso personal, donde cada individuo, trata vivir la vida con el mayor sentido y realización, a pesar de la enfermedad mental. El rol de los/las profesionales, en la línea de la recuperación, va en el sentido de apoyar, incentivar y facilitar que los procesos de recuperación que cada persona con enfermedad mental en condición de gravedad y vulnerabilidad se respeten su voluntad, deseos, motivaciones e intereses para irse proporcionando un nuevo sentido y propósito de vida. Por tanto, dentro de esta categoría se evidenciará cuáles fueron los aprendizajes entorno como los/las trabajadores/ras sociales se hacen parte y realizar acciones que vayan en la línea de la recuperación.

4.3.1. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Primaria

Periodo Anterior a la Crisis.

En el desarrollo de los procesos de recuperación de las personas de acorde al programa de salud mental de atención primaria en este se debe desarrollar la finalización del proceso de atención a través del egreso. Etapa del proceso de atención de salud mental que significa que las personas dada las intervenciones del equipo, alcanzó y llevó a cabo un proceso personal que significó un avance o mejoras en su situación.

Durante el proceso de atención, los/las trabajadores sociales no forman parte de esta atención donde se lleva a cabo un acompañamiento psicológico/ca, desde el cual en base a los criterios de la psicología, se toma la decisión del egreso, considerando los procesos llevados a cabo por la persona. Cuando se decide el egreso se resuelve si esta requiere o no la atención con el/la profesional de trabajo social, para luego pasar atención de médico/ca, quien realiza el alta de manera formal.

“(…)el plan de egreso tiene el mismo procedimiento, como normalmente los controles los sigue llevando el psicólogo, psicóloga, dice mira sabes qué creo que ya llegamos a un buen puerto y es hora de empezar a soltar, se parte por ir alejando un poco la atención, y después ahí se dice que es necesario hacer el egreso para hacer atención con trabajadores o trabajadoras sociales y finalmente el médico es quien realiza el egreso.”(Trabajadora Social N°11, CORMUVAL)

Los/las Trabajadores/ras sociales durante el proceso de atención de las personas dentro del programa de salud mental centran su acción en realizar la visita domiciliaria de acorde a la gravedad de la situación de la persona, luego de esta acción la profesión deja de tener incidencia en la atención de la persona lo que lleva a que la profesión no forme parte de los procesos de recuperación

“(...)por la naturaleza de nuestras funciones es muy raro que nosotros volvamos a ver a una persona en salud mental, más allá de la primera intervención, a no ser que sea un caso complejo, si una persona está con insomnio es muy difícil que la vuelva a ver por salud mental a menos que sea por una consulta social.”(Trabajador Social N°8, Atención Primaria).

La profesión del trabajo social puede hacerse presente en la atención si la persona quiere una consulta social, la que es entendida como situaciones que requieran una intervención en profundidad en relación a determinantes sociales o intervención en vulneraciones de derechos. Esta intervención es realizada separando el componente de salud mental debido a que solo centra desde ópticas asistenciales, llevando a cabo una disección del entendimiento biopsicosocial de la persona, lo que lleva a una exclusión de la profesión de la atención clínica en salud mental.

De la misma forma el egreso es una fase del programa de salud mental que se lleva a cabo de forma poco efectiva debido a que las intervenciones de salud mental en APS escasas veces terminan por un alta de cumplimiento del proceso, llevándose a cabo solo altas administrativas las que son alta ejecutadas debido al abandono de la persona del proceso de atención, siendo un nudo crítico de gran relevancia el que es identificado en el modelo de gestión de la red temática en salud mental, donde se establece que APS presenta una baja resolutiveidad en salud mental lo que genera una baja cantidad de egresos.

“En el CESFAM es muy poco el egreso que se realiza generalmente la gente abandona no se hace el proceso administrativo del egreso.”(Trabajadora Social N°1, Atención Primaria).

Esta deficiencia en el cumplimiento del egreso se debe también al factor de la gran cantidad de población a cargo que presentan los CESFAM, lo que dificulta el mantener los proceso de continuidad de la atención.

El egreso por alta administrativa se sintetiza en que el encargado del programa de salud mental que generalmente es un profesional psicólogo/ga quien realiza una acción telefónica de contacto con la persona y si esta no responde a esta acción se decide el egreso de la persona.

“(...)la psicóloga llamaba o citaba a los usuarios dos veces y si no asistían se le egresaba del programa.” (Trabajadora Social N°2, Atención Primaria).

En relación a la labor realizada entre los niveles de atención, luego de llevar a cabo un interconsulta la persona lleva a cabo su proceso de rehabilitación en atención secundaria, luego es contrareferida y su atención vuelve a APS, donde se realiza un protocolo de seguimiento de acorde a la indicación de atención secundaria.

“(...)y no vuelve con la contra referencia que dice alta total o que dice siga con acompañamiento psicológico derívase a un taller de adulto mayor manténgase medicación, y ahí intentamos mantener separados los niveles o somos nosotros con asesoría de consultoría si es necesario o la atención es total en el Salvador.(Trabajadora Social N°1, Atención Primaria).

De igual forma los/las profesionales despliegan capacidades de propiciar una influencia en los procesos personales, de cada individuo, en la línea de apoyar, incentivar transformaciones a través de estrategias reflexivas que faciliten el visibilizar por parte de la persona la situación problema. El despliegue de esta acciones se ve limitado por la estructura y la limitante de tiempo que presentan los profesionales en realizar su acciones, estando las atenciones definidas en tiempo de realización en la cual se debe hacer el cumplimiento de aplicación de instrumentos.

“(...)entonces si la persona está cumpliendo asistiendo a sus sesiones no se le va a negar la atención, si se busca la forma de poder avanzar porque claramente sí es una persona que está en una etapa precontemplativa mucho cambio no se va a poder hacer, entonces claramente el trabajo se orienta a generar esta conciencia de que la persona sea consciente de que es necesario un cambio (...)es un trabajo más reflexivo o socioreflexivo, psicoreflexivo de que la persona vaya tomando

conciencia de esto, pero en verdad como que el sistema de atención es tan estructurados que se escapa un poco de ciertas regularidades (Trabajadora Social N°11, CORMUVAL).

Dentro de las acciones que pueden incidir en los proceso de recuperación son las acciones que tengan relación con el cumplimiento de la ley n° 20.584 de derechos y deberes, quehacer que va en concordancia de respetar la voluntad, deseos, motivaciones e intereses de la persona.

“ Documentos de respaldo para entregar información, consentimiento informado, eso sí ahora lo facilitamos ya que las personas no lo tienen, en ese caso lo escriben a mano para autorizar a realizar las gestiones, le sacan una foto- me lo envía y yo lo subo a su ficha.”(Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que es parte del programa de atención primaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo anterior a las crisis presenta un escasa participación en la recuperación de las personas viéndose limitado el despliegue del trabajo social clínico en salud mental, debido a que la recuperación en atención primaria es una deficiencia donde el equipo profesional no presenta la capacidad de resolutiveidad para facilitar la recuperación de las personas, realizando solo un acompañamiento psicosocial, el que pocas veces presenta una continuidad de atención que finaliza en el egreso ejecutado por el cumplimiento de la atención, siendo el egreso un proceso de la atención que no se despliega.

Crisis Social.

A lo largo de este periodo los/las profesionales insertos en atención primaria, como anteriormente fue relatado se encontraba en paralización de sus funciones, paralización que se extendió por tres meses desde octubre en adelante.

Al retomar el relato sobre la recuperación en los/las profesionales durante la crisis social, estos vuelven comentar que en atención primaria el egreso del programa de salud mental mediado por un cumplimiento de la atención, sumado a un proceso personal de

mejora de una persona que transita una situación de salud mental, es una falencia debido a que esto no se lleva cabo en atención primaria de salud.

“Lo que pasa en el cesfam, el tema de egreso nunca se ha usado. Es un tema pendiente ya pero no nunca lo hemos usado, hoy en día no es tema. El tema es acoger al usuario.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

El servicio de salud mental en APS es una prestación la cual no se enfoca en realizar una facilitación de los procesos de recuperación, sino que es un servicio de salud mental que se enfoca en acoger y contener a la persona que transita o presenta un situación grave de salud mental.

Durante la crisis social en la narración de los/las trabajadores sociales sobre sus acciones estos comenta que durante este periodo se produjeron retrocesos en la recuperación de las personas, haciendo esto visible que persona que habían hecho abandono del programa o habían generado progresiones personales vuelven a solicitar atención.

“(...)personas que habían abandonado los tratamientos hace tiempo atrás, ya que habían logrado cierta habilidad así más o menos, ahora si tuvieron problemas, entonces el que está como en una suerte de más o menos, esta crisis le volvió a generar muchos problemas.”(Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

Esto se contrasta donde en otros territorios la crisis social no genera estos retrocesos, lo que se debe a que las personas no presentan un involucramiento activo en los hechos ocurridos durante este periodo. Esto deja de manifiesto cómo los deseos y motivaciones de cada persona influyen en sus progresiones personales.

(...)”si bien tiene una postura política tampoco es que se involucren como más a movilizarse y bajar más que en situaciones puntuales pero en realidad no tuvo mayor impacto lo que fue 18 octubre en la salud mental en tanto a retrocesos de la gente que esta tenga algún diagnóstico”(Trabajador Social N° 2, Atención Primaria).

En este periodo de igual forma se lleva a cabo prestaciones que ponen foco en favorecer los avances personales de las persona en recuperación, esto se realiza desde el fortalecimiento de los propios recursos de la persona.

“(...)desde allí vemos cómo esta persona específica puede defenderse a través de sus redes de soporte, a través de sus recursos personales, puede defenderse de esto... de lo social.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

A modo de cierre se pueden destacar que los/las trabajadores/ras sociales insertos en atención primaria durante el periodo de la crisis social al continuar con los relatos de su incidencia en los procesos de recuperación de las personas estos vuelve a dejar de manifiesto que el egreso sigue siendo una fase de la atención de salud mental la cual no es llevada a cabo por un cumplimiento de un proceso satisfactorio de recuperación, si no que más bien se llevan cabo a través de altas de por abandono.

Durante esta contexto también es posible evidenciar además la influencia de los deseos y motivación de cada sujeto en el desarrollo de la recuperación, donde en personas que no participan activamente de las movilizaciones, su procesos no se ven a afectados mientras que en personas que sí sienten emplazadas por los hechos ocurridos durante este periodo, su recuperación presenta retrocesos.

Crisis Sanitaria.

El presente periodo genera modificaciones en las prestación que involucran a los/las trabajadores sociales en atención primaria en relación a la recuperación. La pandemia y sus implicancias como la realización de todas las acciones desde la modalidad de teletrabajo, lleva a que los procesos de egreso administrativo se adaptaran llevando a una flexibilización de este, posibilitando el despliegue de otras actividades que generan la continuación de la atención. Estas estrategias se enfocan en el despliegue y retomar la relación a través de la redes de apoyo de la persona.

“(…)hay una mayor flexibilidad, no sé, lo llamó dos veces y si no contesta lo egreso, si no que intentamos activar las redes a través de los vecinos a través de familiares para ver qué pasa con los casos que ha sido más difícil de contactar” (Trabajador Social N° 2, Atención Primaria).

Las personas durante este periodo manifiestan un retroceso en su transcurso de recuperación, llevando a cabo cronificaciones en los tránsitos de situaciones y problemática de salud mental. En este periodo se visibiliza una afectación transversal de las personas en comparación al periodo anterior de la crisis social.

“(…)ha visto un empeoramiento respecto a la sintomatología de pacientes que ya estaban en control, me acuerdo de un caso, de una señora que como que había salido de una depresión bastante severa, y había empezado con un emprendimiento y pasó todo esto, y quedo ahí... entonces todos los avances que se pudieron lograr después de muchas atenciones con psicólogos, médicos, visitas domiciliarias, derivaciones a otras instituciones, se fue todo al suelo, porque la persona perdió la luz que la estaba ayudando a salir de su problemática.” (Trabajador social N°8, Atención Primaria).

La realización de las intervenciones desde la modalidad de teletrabajo lleva a que ante situaciones graves de salud mental de los/las trabajadores sociales se propiciará de manera más rápida la atención médica en salud mental, atención que generaba la contención emocional inmediata de la persona, y una vez estabilizado, buscar las vías para intervenir.

“a los médicos que estaban haciendo teleconsulta, también nos permite hacer coordinaciones muy rápidos, yo tenía un usuario decía “está muy mal”, llamaba a mi compañera a un médico coordinador, y le decía “ oye puedes atender esta usuaria que está muy mal”, cosa que jamás, es algo imposible en una atención presencial donde tenían una carga asistencial bárbara, era casi imposible que eso sucediera” (Trabajadora social N° 3, Atención Primaria)

En este punto de la narración de los/las profesionales se expone la problemática que se da entorno a la utilización de psicofármacos para favorecer la recuperación haciendo alusión en específico a la benzodiazepina, fármaco que es utilizado “para el control de varias patologías del sistema nervioso central, tales como ansiedad e insomnio, debido a sus efectos ansiolítico e hipnótico sedante; como también por sus efectos anticonvulsivante y relajante muscular de acción central.”. La utilización prolongada de

este psicofármaco y la automedicación de este puede generar adicción en las personas constituyéndose en otra problemática relacionada a la salud mental a tratar.

“(…)hemos visto una mayor agudización de síntomas, y te voy a decir que nosotros tenemos un problema histórico que es el uso de benzodiazepina, nosotros tenemos una población consultante de salud mental que utiliza mucho benzodiazepina y sobretodo clonazepam, y que obviamente que por la pandemia no hubo desinstalación de fármacos o bajas de dosis, pero si tuvimos casos en particular que de manera muy demandante se automedicaba de manera autónoma. Fármacos que adhieren muchísimo a los usuarios, y es difícil sacarlos de una situación de crisis, esto lo hemos hablado hartito con el equipo. (Trabajador social N°8, Atención Primaria).

A modo de cierre de este periodo los los trabajadores sociales que efectúan o forma parte de la facilitación de prestaciones que vayan relacionadas con la atención en recuperación de las persona, observan la flexibilización de los egresos administrativos donde se practican buscan retomar la atención a través de las redes de apoyo, se observan además retroceso en la recuperación lo que va a por parte de los profesionales problematizar la utilización de los psicofármacos en las persona con problemas de salud mental.

Síntesis de Aprendizajes.

En relación a la recuperación desde la presente sistematización se pueden establecer como síntesis de aprendizajes de la atención primaria de salud los siguientes:

Escasa participación del trabajo social en la recuperación.

Al llevar a cabo las atenciones luego del ingreso del programa de salud mental de APS, el trabajo social de acorde a la gravedad de la situación puede desplegar la técnica de la vista domiciliaria, luego de desplegar esta técnica el/la trabajador/ra social puede volver a realizar prestaciones si es que la persona requiere una consulta social, consulta comprendida como atención asistencial, el proceso de atención dentro del programa se centra un acompañamiento realizado por el psicólogo/ga. Esto genera que el trabajo social presente una escasa incidencia en apoyar, incentivar y facilitar los procesos de

recuperación donde se promueven los deseos, motivaciones e intereses de las personas con enfermedades de salud mental o que transitan situaciones de salud mental con el fin de buscar proporcionar un nuevo sentido de vida. Esto lleva a que exista un impedimento del despliegue sobre el quehacer del trabajo social clínico en salud mental.

Escasa resolutiveidad del programa de salud mental de atención primaria.

Dentro de los nudos críticos identificados en la presente sistematización uno de estos es la escasa receptividad que presenta el programa de salud de APS, nudo crítico reconocido e identificado además por el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Este nudo crítico en la presente sistematización se evidencia a través de que el egreso como última fase del programa, pocas veces es otorgado a las personas por un cumplimiento de una atención que genere la recuperación de estas, realizándose generalmente el egreso a través de una alta administrativa, resultado del abandono de la atención por parte de la personas. Este abandono es declarado en base a que la persona no asiste al acompañamiento psicológico y esta es contactado vía telefónica, donde no se logra realizar el contacto con la persona, lo que lleva a que se concluya en otorgar el alta administrativa del programa.

El programa de salud mental de APS es una prestación la cual no está enfocada en realizar una continuidad de la atención luego del ingreso, lo que genera que este dispositivo de APS no sea un facilitador de los procesos de recuperación, debido a que se centran en acoger y contener a la persona que transita o presenta un situación grave de salud mental, teniendo un alto número de ingresos lo que imposibilita el llevar a cabo egresos que hayan generado recuperación en las personas.

La recuperación como procesos íntimamente personal y social.

La recuperación se entiende con un proceso personal de las personas que presentan una enfermedad de salud mental o transitan situaciones de esta índole generan un nuevo sentido y propósito en su vida a pesar de su situación. Esto se relaciona con la voluntad e interés de la persona donde en el contexto de la crisis social se evidencia como esta voluntad influye en los procesos de recuperación.

La crisis social que involucró aspectos políticos sociales y económicos que movilizaron a la ciudadanía a manifestarse, reunirse en cabildos y reflexionar sobre la realidad social del país, ocasionando consecuencias en las personas, las que esta sistematización son percibidas en los procesos de recuperación. Consecuencias que hacen evidentes, en sujetos los cuales se encontraban recibiendo una prestación de salud mental y debido a sus intereses y motivaciones los que se emplazaron en ser parte de las movilizaciones, sufrieron afectaciones a su salud mental y presentaron retrocesos en sus procesos de recuperación, mientras que otras personas en la crisis social no generan retrocesos debido a que estos sujetos no se involucran activamente en las movilizaciones.

La influencia del contexto social en la recuperación además fue influido por el sector donde las personas habitaban, lo que apunta a que en los territorios de acorde a la población a cargo de los CESFAM y CECOF, la crisis social se manifiesta en algunos territorios con mayor fuerza mientras que en otros con menor intensidad. De igual forma cada persona bajo sus voluntades y motivaciones se hizo o no parte de la crisis social, lo que llevó a que este contexto influyera en sus procesos de recuperación, corroborando y confirmando la injerencia de las voluntades en este proceso personal.

4.3.2. Relato y Análisis de Experiencia de Secundaria

Periodo Anterior a la Crisis.

Los/las trabajadores/ras sociales insertos en las instituciones de atención secundaria para establecer las acciones para recuperación, en primera instancia se debe determinar el fin del proceso de atención del tratamiento integral, con el fin de establecer la acción de egreso en la persona usuaria de la institución de salud, y a raíz de esto señalar las acciones pertinentes para incentivar y facilitar los procesos de recuperación. Dado lo anterior, en las instituciones de atención secundaria el egreso se establece de diversas formas, no obstante entre ambas instituciones las características del egreso se dan de la misma manera.

Tabla 10 Tipos de Egresos

	Institución	
	COSAM	HDS
Tipos de Egresos	Administrativo, Voluntad Propia y Cumplimiento de los objetivos	Administrativo, Voluntad Propia y Cumplimiento de los objetivos
Fragmento	Las altas, hay varios tipos; entonces hay una alta que es por abandono, (...) está el Alta por voluntad propia y está el alta por cumplimiento de los objetivos de tratamiento.	(...)revisando cuáles eran los logros de tratamiento del equipo tratante se visualiza, si está alta fue por abandono de tratamiento, si fue administrativa o si fue una alta que tiene que ver con los logros del tratamiento integral

Fuente: Elaboración Propia

El egreso administrativo, los/las trabajadores/ras sociales refieren a la ausencia de la persona para asistir a los controles en la instituciones, por tanto al no lograr contactar y/o generar algún tipo de contacto con la persona, se establece el abandono del tratamiento por parte de la persona en un oficio y se contrarefiere a APS.

“(...)un usuario después de 3 controles donde no se presenta, se le hace rescate, no es habido, ese usuario está para contrareferir a APS.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

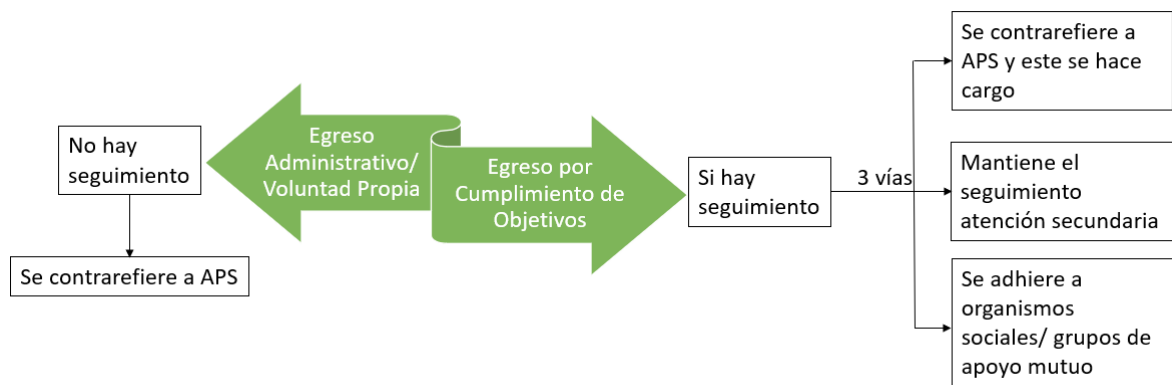
El egreso por voluntad propia, se establece por los/las trabajadores/ras sociales como la situación donde la persona refiere que se encuentra bajo una estado de recuperación satisfactoria, y que por tanto no requiere mayores atenciones por parte de la institución de salud.

“(...) tenemos 3 -4 casos que no se querían atender más, incluso una señora nos dijo “yo ya me mejore”, ella firmó su alta, se dio cuenta en el acta sobre el motivo y se contrarreferencia a APS.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Y el egreso por cumplimiento de los objetivos, hace referencia a la realización satisfactoria del plan de tratamiento previamente acordado entre la persona y el equipo de salud mental de la institución de atención secundaria.

En relación a los tipos de egreso, los/las trabajadores/ras sociales determinan su accionar entorno al seguimiento de la persona, lo anterior se puede ilustrar de la siguiente manera.

Ilustración 11 Organización del Seguimiento



Fuente: Elaboración Propia

Desde el COSAM, los/las trabajadores/ras sociales en conjunto del equipo de salud mental establecen qué vías de seguimiento es más propicia para cada persona. En el caso de mantenerse el seguimiento en la institución, la persona es adherida a un grupo para la continuidad de su proceso de recuperación, permitiéndole a la persona descubrir nuevas estrategias que le favorezcan a fortalecer su bienestar, a través de la socialización y el apoyo mutuo con otras personas usuarias.

“Dependiendo de cómo esté la persona que se mantiene un seguimiento por parte del equipo, o se mantiene una participación en los grupos (...), en un grupo de continuidad y que se desarrolla como un grupo de autoayuda (...), las personas se juntan para tener en la semana un espacio de autocuidado. (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Por otra parte, los/las trabajadores/ras sociales del Hospital del Salvador, dado la gran afluencia de derivaciones que tiene, en razón de la población a cargo, presenta dificultades para continuar los procesos de seguimientos desde la misma institución, por lo tanto prevalecen las vías de contrareferir a APS o propiciar insertar a la persona en una institución y/o grupo social anexa a su territorio para que puede continuar con sus procesos de recuperación.

“(...)de por si quedaba vinculado a APS o quedaba vinculado a otros organismos de la comunidad, no cambió mucho.(..) lo que te permite también la política institucional, que uno igual está limitada, considerando el amplio número de personas que abarcamos, decirle a la redes: “no podíamos hacer otro trabajo, no podíamos mantener a todos visualizados”.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza las gestiones de egreso y seguimiento en el nivel de atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo anterior a las crisis en relación a la recuperación, centran sus accionar de acorde al tipo de egreso que presente la persona, donde los/las profesionales establecen que vías resultan ser más oportunas para seguir en el proceso de seguimiento y propiciar un buen desarrollo de la recuperación de la persona. Sin embargo desde el Hospital del Salvador, frente a la alta demanda que presenta dado a que genera atenciones a doce CESFAM de la ciudad de Valparaíso, se ve dificultado para conllevar las acciones de seguimiento en la misma institución, por lo que la estrategia que buscan los/las trabajadores/ras sociales es una vez generado el proceso de egreso satisfactoriamente, en la medida de lo posible dejar insertado a la persona en una organización social dentro de su territorio en específico y contrareferir el seguimiento a APS.

Crisis Social.

Durante el periodo de la crisis social, los colectivos participantes de esta sistematización insertos en atención secundaria en el Hospital del Salvador y en el COSAM de la ciudad de Valparaíso, se ven envueltos en la crisis social, donde los egresos en las instituciones no sufren ninguna transformación ni modificación en sus lineamientos durante el periodo de la crisis social. Sin embargo el accionar entorno al seguimiento, si se ve afectado y por tanto los/las trabajadores/ras sociales se ven en la necesidad de reconfigurar este aspecto para favorecer los procesos de seguimientos de las personas usuarias.

En el periodo anterior se mencionan 3 vías para establecer el seguimiento; por APS, por atención secundaria, y a través de organizaciones sociales y grupos. Esta última se torna una acción favorecida y viable por los/las trabajadores/ras sociales, dado que un componente que se fortalece en la crisis social son la aparición de nuevas organizaciones comunitarias y grupos sociales que permiten la articulación y favorecer la continuidad del cuidado de las personas.

“En el estallido social lo que se fortaleció harto fue el poder articular una red de apoyo para la continuidad de cuidado del paciente que tenían que ver como con la corresponsabilidad de los miembros de la comunidad (...) como organismos autogestionados que tiene que ver como con la expresión cultural, con la artes, sobre todo para niños más pequeños, entonces creo que no cambió mucho tanto en el antes o el después.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Desde el COSAM, desde la perspectiva del seguimiento por parte de la institución, los/las trabajadores/ras sociales identificaron que a raíz de la crisis social, algunas personas presentaron un retroceso durante su proceso de recuperación.

“Si, ha habido retrocesos y ha habido agravamiento de los síntomas, esto se evidenciaba por el relato, por mi y por las atenciones que reciben con el psiquiatra.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Este proceso de agravamiento dado por la crisis social llevó a que los/las profesionales generan ajustes en el proceso de seguimiento, donde las estrategias se

desplegaron en realizar atenciones presencial para realizar contención emocional respecto a los hechos acontecidos, de esa manera levantar información para el equipo de salud mental de la institución y además para mantener estable los procesos de recuperación por parte de las personas usuarias.

(...)pero más que nada cuando los pacientes están más agudo, tratamos dentro de las posibilidades socioeconómicas que tiene ese paciente de acudir más veces al centro y se deja en atenciones más intensas.”(Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Está estrategia también visibilizó a aquellas personas que no contaban con una situación económica estable o que dada las distintas violencias que se estaban desarrollando en el centro de la ciudad, no daban la posibilidad de que dichas personas recurrieran al centro para recibir una atención. Por tanto los/las trabajadores/ras sociales a raíz de la técnica de la visita domiciliaria, subsanan esta problemática acudiendo a las viviendas de las personas afectadas por la crisis social y realizaban las atenciones desde allí.

“(...) ahora si el paciente tiene acotadisima posibilidad, de lo que yo le contaba, de los casos de adultos mayores que tienen pensiones bajas, uno no puede pedirle que vengan 1 vez a la semana, ya que el gasto de plata de locomoción no está dentro del presupuesto... entonces ahí tenemos que agendar la visita domiciliaria.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza las gestiones de egreso y seguimiento en el nivel de atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo de la crisis social en relación a la recuperación, centra sus acciones en desplegar estrategias de gestión en red, donde a raíz de la crisis social emergen organizaciones sociales y comunitarias que promueven instancias de apoyo mutuo y socioeducación, que para efectos de la continuidad de la recuperación de las personas, se presenta como una oportunidad importante para dicho proceso. Por otra parte, en las situaciones de complejización del proceso de recuperación los/las

trabajadores/ras sociales propiciaban una instancia de atención presencial para generar contención emocional y favorecer la estabilización del proceso, y cuando dicha atención presencial se veía imposibilitada a manifestaciones y/o enfrentamientos, implementan la técnica de visita domiciliaria como método para llevar la atención presencial hacia las viviendas.

Crisis Sanitaria.

Durante el periodo de la crisis sanitaria, los colectivos participantes de esta sistematización insertos en atención secundaria en el Hospital del Salvador y en el COSAM de la ciudad de Valparaíso, al verse enfrentados a una situación sociosanitaria, ambos centros recurren al teletrabajo como opción para continuar sus acciones al cuidado de las personas.

Durante este período ocurre un fenómeno inverso a lo que sucede en la crisis social, donde todo el accionar de inserción de personas a grupos y organizaciones comunitaria conllevado en la crisis social, se ve imposibilitado dado la política de confinamiento durante los primeros meses de la crisis sanitaria, no obstante las acciones de seguimiento entorno a la institución a cargo se continúan gestando. Lo anterior conlleva a los/las trabajadores/ras sociales adaptarse a la situación, y sitúan el trabajo de egreso como eje a abordar, donde se puso especial énfasis en los egresos administrativos y por cumplimiento de objetivos.

“Se fortaleció el trabajo del egreso, desde las altas y la continuidad del tratamiento” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Por parte del egreso administrativo, los/las trabajadores/ras sociales dada la situación sociosanitaria ven imposibilitada la atención presencial, lo que supone que muchas personas que están bajo el cuidado de la institución puedan verse dificultada la continuidad del vínculo profesional-persona dado el contexto, por lo cual se puede generar un posible abandono del proceso de recuperación. Por lo tanto, los/las

trabajadores/ras sociales recurren a accionar la red para lograr realizar rescate de la persona, visualizando la gestión de red entorno a la red familiar y social como un aspecto relevante durante este proceso.

“Sobre alta administrativa tiene que ver con que se hizo mucho rescate, se ha hecho por ejemplo todas las acciones que uno como profesional tiene que realizar; que es rescate con la red con la familia a través del teléfono, si están en tribunal en poder pedir información a tribunales, ha sido súper significativo el tema de cómo la familia se posiciona en la unidad.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(...)los abandonos ha sido mínimos, se agotan todas la acciones de rescate y eso mismo se devuelve a la atención primaria” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Un componente que se pierde en atención secundaria a raíz de la crisis sanitaria, es el rescate por visita domiciliaria como forma para generar el contacto con la persona y de esa manera no accionar el egreso administrativo, que por lo demás involucra todo un proceso de evaluación integral de la persona y además en caso de ser necesario generar contención emocional para estabilizar la situación/problema.

“(...) más que no podíamos hacer visita, estábamos acostumbrados en los rescates hacer visita para también tener la integralidad de por qué había dejado de venir y porque no estaban viniendo.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Por otra parte se continuaron realizando egresos por cumplimiento de objetivos, donde los/las trabajadores/ras sociales a través de un proceso de acompañamiento y monitoreo constante durante el periodo de la crisis sanitaria, comienzan a generar las acciones de seguimiento donde principalmente prevaleció la contrarreferencia a APS para continuar los procesos de recuperación de la persona.

“(...)de ahí en lo sucesivo ha sido un proceso de acompañamiento y monitoreo, que igual la pandemia ha dejado lo suyo” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

“(...) entonces también la instancia de consultoría, uno también dice “mira este caso es super exitoso tiene pocas posibilidades de reingreso es importante que ustedes puedan potenciar esta área”, entonces lo compañeros lo toman y lo realizan sobre todo dentro de los que les permite el contexto sanitario.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Finalmente una labor que tuvieron que desempeñar los/las trabajadores/ras sociales en conjunto del equipo fue dada a la adversidad que presentaba el contexto, y que en ese sentido estimula a los equipos de atención secundaria a realizar seguimientos más intensos para ir pesquisando los procesos de recuperación de la persona, entendiendo que para este periodo se imposibilita el contacto presencial, el trabajo de grupos y con instituciones. Además a raíz del confinamiento, este permite mayor presencia del grupo familiar en la vivienda que puede apoyar los procesos de recuperación, sin embargo también puede significar una complicación dado que la familia en la crisis sanitaria readecua sus funciones a subsanar las necesidades de primer orden, y que de dicha manera a la persona que se encuentra en un proceso de recuperación pueda verse afectado dado al impedimento de desarrollarse en otras áreas.

“(…)la mayoría de lo que hacemos es mantener seguimientos más intensos durante un periodo de tiempo, que lo determinamos en conjunto, la mayoría lo hemos visto de manera mensual.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“(…)teníamos un contexto adverso, que en el contexto de pandemia muchas de las vivencias para la familias era un hito no normativo el tema de la crisis sanitaria, entonces la familia readecua sus funciones haciendo primordial las acciones de sobrevivencia de necesidades de primer orden, y en eso el ámbito de salud mental si no era un ámbito como la salud física” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

En razón a los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza las gestiones de egreso y seguimiento en el nivel de atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, durante el periodo de la crisis sanitaria en relación a la recuperación, se ven en la necesidad de readaptar su énfasis en los procesos de egreso y seguimiento dada por la política nacional entorno al confinamiento. Por tanto desde el egreso los/las trabajadores/ras sociales ponen mayor hincapié en abordar las acciones de rescate para no aplicar el alta por egreso administrativo dada las circunstancia que generan la crisis sanitaria, donde la posibilidad de contacto presencial se veía dificultada

y que por tanto el levantar y mantener la vía de comunicación fue principalmente la tarea esencial durante este periodo.

Síntesis de Aprendizajes.

Desde el relato y análisis de experiencias del nivel de atención secundaria en salud mental de los periodos anteriormente descritos, a continuación se presenta una síntesis de los principales aprendizajes rescatados a través de la presente sistematización.

Función de Egreso.

Los/las trabajadores/ras sociales del Hospital del Salvador y el COSAM, realizan las funciones de egreso y seguimiento asociados a los procesos de recuperación de salud mental de las personas usuarias. Estas funciones a lo largo de los periodos descritos, van adaptándose e introduciendo modificaciones a medida de que aparecen nuevas condiciones sociales.

La experiencia entorno a la función de egreso se estabiliza en la siguiente ficha de trabajo:

Tabla 11 Ficha de Trabajo “Egreso”

Ficha de Trabajo			
Institución	Hospital del Salvador/ COSAM		
Actividad	Egreso		
Tipos	Cumplimiento de objetivo	Administrativa	Voluntad Propia
Variación de los egresos en la Crisis Social	No sufre ninguna modificación en el periodo de la crisis social	No sufre ninguna modificación en el periodo de la crisis social	No sufre ninguna modificación en el periodo de la crisis social
Variación de los egresos en la Crisis Sanitaria	Se enfatiza el monitoreo y acompañamiento de las personas que se encuentran en el proceso de seguimiento de la institución y durante este tiempo aumentan las	Se pone especial énfasis, dado la pérdida de la presencialidad y el contacto con las personas que se	No sufre ninguna modificación en el periodo de la crisis sanitaria

	contrarreferencias a APS por seguimiento.	encuentran al cuidado de las instituciones.	
Acciones principales del TS	Favorecer el vínculo para el acompañamiento y bienestar de la persona en recuperación.	Coordinar y gestionar la red familiar para favorecer el vínculo y no oficializar el abandono.	Desarrollar el acta por abandono y transmitir a los equipos de APS.

Fuente: Elaboración Propia

La función del egreso como parte de la gestión institucional de los/las trabajadores/ras sociales en atención secundaria en salud, durante el periodo de la crisis social continuó realizándose de manera normal, sin mayores afectaciones del medio social. Sin embargo en la crisis sanitaria la función del egreso se debe fortalecer debido a la pérdida del contacto directo con las personas usuarias, a raíz de esto los/las trabajadores/ras sociales de atención secundaria ponen especial énfasis en los egresos por cumplimiento de objetivos y administrativo.

Desde el egreso por cumplimiento de objetivos, los/las profesionales pesquisan mediante el acompañamiento el grado de afectación de la crisis sanitaria, para poder introducir estrategias socioeducativas para favorecer la capacidad de autocuidado de las personas que se encuentran en sus respectivos procesos de recuperación.

Y desde el egreso administrativo, los/las profesionales bajo la premisa de la pérdida del contacto de la persona y la probabilidad de generarse un proceso de abandono por parte de esta, los/las trabajadores/ras sociales gestionan la red social y familiar del individuo para poder recuperar el vínculo con la persona-usuaria y de esa manera mantener el proceso de recuperación.

Función de seguimiento.

Un aspecto que se releva en los relatos de los/las trabajadores/ras sociales, aparece durante la crisis social y la crisis sanitaria entorno a las acciones posteriores al haber realizado un egreso por cumplimiento de objetivos, específicamente bajo la vía de

seguimiento de incorporar a la persona en una organización social o a un grupo de apoyo mutuo.

Durante la crisis social, esta vía se ve fuertemente potenciada debido a la aparición de nuevas organizaciones sociales en los distintos territorios, este hecho genera en los/las trabajadores/ras sociales durante este periodo la necesidad de establecer los vínculos y la gestión de red con estas organizaciones comunitarias emergentes para generar un trabajo organizado para favorecer los procesos de recuperación de las personas, estrategia que además logra propiciar la inclusión sociocomunitaria de las personas a sus respectivos territorios.

Sin embargo, en la crisis sanitaria toda la labor de vinculación y coordinación con los organizaciones sociales y grupos se ve detenida su realización durante los primeros meses de la crisis sanitaria, debido a las medidas sanitarias adoptadas. Lo que lleva a los/las trabajadores/ras sociales durante este tiempo suspenden esta vía de seguimiento y favorezcan las vías de seguimiento entorno a contrareferir a APS.

Ilustración 12 Modificación de la Vía de Seguimiento



Fuente: Elaboración Propia

Finalmente a través de controles individuales realizados a personas en procesos de recuperación que es donde se pesquisa la necesidad de reactivación de los espacios grupales del COSAM, lo que lleva en primera instancia a los/las profesionales a explorar las vías y plataformas para levantar el espacio, y por último socioeducar a las personas entorno a las tecnologías de la información para lograr el acceso a las plataformas.

4.4. Categoría de Análisis Inclusión Sociocomunitaria

A continuación se llevará a cabo el desarrollo del análisis de la tercera categoría, la inclusión sociocomunitaria. Esta se entiende, como el resultado de las capacidades de las personas para su inclusión comunitaria y social, y por otro lado, de las capacidades de las estructuras comunitarias e institucionales para incluir a las personas en un sistema de actuación. La perspectiva anterior busca favorecer la adecuación de las personas a los contextos comunitarios e institucionales y también desde los mismos contextos hacia las personas, propiciando así a mejorar su situación en la vida en sociedad.

4.4.1. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Primaria

Periodo Anterior a las Crisis.

La inclusión socio comunitaria en relación los/las trabajadores sociales insertos en atención primaria de la ciudad de Valparaíso acorde a sus funciones pueden quedar bajo el rol de encargados/as de participación y promoción social teniendo la posibilidad de profundizar en acciones de inclusión sociocomunitaria debido a tener horas específicas dentro de su jornada laboral para estas funciones.

En este línea es posible encontrar perfiles profesionales de acorde a la distribución de sus funciones:

Tabla 12 Distribución de las funciones

Cargo	Horas Asignadas	Fragmento
Trabajadores/ras sociales encargados/das de participación y promoción social	44 Horas de encargado de P.P.	<i>"(...)igual nosotros como encargados tenemos 44 horas, también nos pide varias cosas desde el área de salud" (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria)</i>
Trabajador/a Social del Programa de Salud Mental que complementa con acciones específicas la inclusión sociocomunitaria	44 Horas de Trabajo Clínico	<i>"Entonces los que teníamos 44 horas teníamos asignados 46 casos esa era nuestra población." (Trabajador Social N°11, CORMUVAL)</i>
Trabajadores/ras sociales encargados/das de participación y promoción social	22 Horas de Trabajo Clínico	<i>"44 horas de trabajo, 22 destino en trabajo clínico que es lo que hago en el box al programa de salud mental y las otras 22 las</i>

	22 Horas de encargado de P.P.	<i>destinó al cargo de promoción y participación social” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)</i>
--	-------------------------------	---

Fuente: Elaboración Propia

Estos tres perfiles de trabajadores/ras sociales expresan las posibilidades que los profesionales presentan para poder desarrollar la inclusión sociocomunitaria y efectuar prestaciones de salud mental comunitaria. Siendo el/la profesional que presenta asignado sus horas totales de trabajo a realizar funciones en su rol de encargado participación y promoción social quien posee mayores posibilidades de llevar a la práctica la SMC.

El rol desempeñan los profesionales en este cargo se enfoca en conocer y generar una vinculación con todas las organizaciones comunitarias que se encuentran dentro de su rango territorial de acorde a su institución. En este ámbito los/las trabajadores/ras sociales desde su función se sitúan en los territorios como un actor más, que se involucra con las organizaciones que se sitúan en el territorio, con el fin de generar un trabajo en red para facilitar la labor comunitaria en salud y salud mental.

“Nuestro rol como trabajadoras sociales de participación y promoción lo que debemos hacer es vincularnos con estos actores que están produciendo salud en los territorios y trabajar con ellos, trabajar la salud desde los determinantes sociales (...)trabajar la salud desde los determinantes sociales, como que requiere entregarle esta mirada a los dirigentes, como decirles que igual están produciendo salud, y que por eso queremos trabajar con ellos y ellas para hacerlo en conjunto.” (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

En el desarrollo de esta labor, el/la encargado debe propiciar generar y crear el vínculo con las organizaciones del territorio, para esto es de gran relevancia, primero conocer a los actores sociales, donde en el relato de los/las profesionales exponen utilización del mapeo de redes sociales, siendo esta una herramienta que posibilita identificar las organizaciones que trabajan y se involucran en un sector indagando en sus capacidades e interés. La práctica de esta herramienta es llevada a cabo por medio de generar un espacio de encuentro para originar el vínculo entre el CESFAM o CECOF y la organización comunitaria.

(..) "fue completar un mapa de actores, entonces lo que fui haciendo, fue juntarme con todas las juntas de vecinos, club de adultos mayores, centro de mujeres del sector y ahí empezamos a abrirnos, antes de la crisis social" (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

El reunirse con las organizaciones y buscar construir un vínculo entre los encargados/das y los/las actores sociales, es una tarea la cual representa un desafío que conlleva el despliegue de estrategias comunicacionales con el fin de entablar una relación y obtener la confianza para propiciar el trabajo comunitario. Esto es trascendente debido a que por parte de las organizaciones, existen aprensiones en relación a las instituciones y sus posibles interés en el trabajo comunitario, por lo cual originar esta relación se lleva a cabo a través de un diálogo, donde se explicitan los objetivos que se esperan generar desde ambas partes, el que se espera que se enmarque en un trabajo continuo y enfocado en la salud/salud mental.

"entonces me fui reuniendo con ellas en particular, y también invitándolas a trabajar y tratar de generar este vínculo, porque tampoco es fácil que una comunidad te crea ya que estuviste tanto tiempo cerrado, entonces hemos ido de a poquito y en eso hemos estado pre estallido social" (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

"la mayor pelea que teníamos, ósea no pelea pero como barreras para insertarnos como institución era la desconfianza que presentaba el grupo frente a la institucionalidad." (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Los/las trabajadores/ras sociales al acercarse desde sus rol de encargados de participación, promoción y participación social a la comunidad y las organizaciones que forman parte de estas diagnosticaban que las organizaciones sociales presentan un entendimiento de la salud desde la perspectiva biomédica donde comprenden que salud se trata en un box en el centro de salud, por lo cual la figura del encargado de promoción y participación al realizar los primeros acercamientos es desconocida e incomprendida por la comunidad, lo que lleva a que se debe generar un proceso de validación de la función a través del entablar un nexo de colaboración, donde además se socioeduca y se impulsa el entendimiento biopsicosocial, donde a la comunidad se le destaca y educa que

sus actividades ejecutan acciones por la salud de las personas, y eso es porqué se despliega la figura del encargado/da de promoción y participación social.

(...) "no entendían mucho esta figura del encargado de promoción y participación y social: "que hace en la comunidad si ustedes deben estar adentro atendiendo", ese es como el paso del enfoque biomédico al modelo de salud familiar y comunitario ha sido algo que ha costado hartito hasta el día hoy no lo logramos concretar, pero de poquito cuando nosotros vamos insertando en la comunidad ellos nos van reconociendo como un actor de salud, ósea no porque estemos en reuniones con ellos o en actividades dentro de la comunidad no estamos haciendo y produciendo salud." (Trabajadora Social N°2, Atención Primaria)

Desde la función de encargado/da se toma el rol de educar y hacer consciente a la comunidad que desde sus acciones están produciendo salud, y que esta salud que producen interviene en los determinantes sociales que influyen en la comunidad, desde "donde se considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, mediadas por los procesos de estratificación social" (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

(...) están produciéndose desde una perspectiva de los determinantes sociales y no desde una perspectiva biomédica, por ejemplo ellos no están haciendo una atención clínica en una sede, pero sí están trabajando por la infancia, por el medioambiente, se están generando huertas, entonces si hay un trabajo desde una perspectiva de determinantes sociales, medioambiente, de la infancia, desde una mirada del sistema de la estructura, pero no desde los biomédico o clínico" (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Esto lleva a situar la función de los/las encargados en un rol que favorezca y promueva intervenciones que nazcan desde la comunidad y a través de sus competencias facilitar la gestión de recursos y la toma de decisiones sobre la acción propuesta por la comunidad. Del mismo modo también se impulsan prestaciones desde los CESFAM/CECOF, las que son acompañadas con la comunidad.

"tampoco tener cierta autoridad de repente en ciertos temas por nuestro grado académico, tampoco es como que nosotros implementemos cosas, si no que los mismos vecinos nos hacen solicitudes y nosotros ahí de cierta formas vamos facilitando, como tenemos más facilidades para la coordinación intersector entre establecimientos para nosotros es más fácil acceder a las demandas que ellos requieren, principalmente la toma de decisiones o lo que se quiere trabajar se trabaja en base a ellos" (Trabajadora Social N°2, Atención Primaria).

Dentro la labores se realiza la facilitación de recursos que se impulsa desde el trabajo en red que efectúan los/las encargados/as de promoción y participación social, esto en base a los contactos que estos presentan con las instituciones del intersector principalmente con organismos Municipales, donde en base a la identificación de un determinante social por parte de la comunidad y la institución, en el tratamiento de este determinantes se gesta la prestación, con recursos facilitados desde el intersector, dando origen a redes de salud que promueven la equidad en salud entendida esta como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente” (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2018). En los determinantes sociales generalmente se busca generar cambios en los determinantes intermedios de las comunidades definidos en circunstancias materiales, factores conductuales y biológicos, factores psicosociales y el acceso a los servicios sanitarios.

“Tenemos buen trabajo con las oficinas territoriales también que es una relación sistemática, que no es que le derives un caso, sino que es un trabajo sistemático, por ejemplo: yo estoy trabajando medioambiente en el CESFAM y en las distintas juntas de vecinos, donde desarrollamos huertas y lo vinculó con la oficina del medioambiente y es un trabajo super colaborativo, y también es al revés, ellos trabajan otro tema y también me invitan” (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

“En todo eso nosotros tenemos que irnos sumando y de repente dando una idea como hacerlo pero sobre todo moviendo la red para facilitar las cosas que ellos necesitan” ”(Trabajadora Social N°2, Atención Primaria).

Como un factor que influye en el trabajo de gestión comunitaria en red es la relación, que se construye entre las personas que representan a la instituciones, siendo esta un factor que favorece de gran manera la labor.

“(...)tengo super buena relación con la alcaldía y con las oficinas municipales también, entonces el trabajo en red ha sido super colaborativo.”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Los/las encargados/as manifiestan que en el periodo anterior a las crisis, la características que presentaba las organizaciones de los territorios se situaban en

dinámicas organizacionales rígidas donde en el espacio de la agrupación era frecuentado y empleado por un grupo de persona establecido que tenían una trayectoria y antigüedad de años en la participación en el espacio, lo que genera que no existiera una renovación en las personas que formaban parte de este, lo que conllevaba a que se dificultará el avanzar en trabajar otras acciones desde una perspectiva biopsicosocial. De igual forma estas características no se presentaban en todas la organizaciones sino que en ciertas y mayoritariamente en juntas de vecinos.

“(...)eran las típicas juntas de vecinos formales, que los dirigentes llevan mil años y no ceden el poder a otras personas, están como que siempre se quejan de que las personas no participan, pero tampoco instan a participar”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Desde la inclusión sociocomunitaria las estrategias que por normativa deben desarrollarse desde la perspectivas de las capacidades que presentan las instituciones para incluir a las personas, se encuentran en los consejos de desarrollo locales (de ahora en adelante CDL). Estos consejos tienen el propósito de *“Fortalecer la acción comunitaria para facilitar que los usuarios y la comunidad participen en la toma de decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan. Impulsar una efectiva acción intersectorial orientada a la promoción de salud, la calidad de vida y al fortalecimiento de una red de protección social. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013)”*

Por parte los/las trabajadores/ras sociales se manifiesta que en los consejos locales de salud se llevarán a cabo dinámicas organizacionales rígidas, al igual que en las juntas vecinales, debido a que las personas generalmente son las mismas. Por lo cual se vuelve a relevar el rol de educador social en relación al entendimiento biopsicosocial de salud.

“(...)no avanzar, en un proceso más biopsicosocial, sino super biomédico y más conservador entorno a la salud. Entonces este consejo local que en el fondo va a defender los derechos de los usuarios y que tenga esta perspectiva, entonces tampoco va a poner primero los derechos de las personas de la comunidad”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Durante la narración los/las profesionales de trabajo social destacan el aspecto político que suscita el trabajo con comunidades, donde las organizaciones pueden presentar tendencias políticas marcadas en su labor, lo que puede favorecer o dificultar la labor de la encargados/das debido a que estas tendencias políticas pueden enfrentarse a los lineamientos de la política pública.

“(...)trabajar con las organizaciones comunitarias igual es un proceso político, porque trabajas de las política, desde sus organizaciones y cómo implementar la política pública.”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

En los consejos locales de salud y en las juntas de vecinos, las personas mayores tienen una marcada participación debido a su trayectoria como dirigentes sociales y en el trabajo comunitario. En el periodo anterior de la crisis existía una baja participación de una población adulta/adulta joven en estos espacios.

“(...)hay una alta participación, por razones obvia de cómo funciona el sistema, de muchos adultos mayores, entonces mucha gente mayor que participaba y principalmente en el consejo local de salud, en el fondo nuestra participación que sigue siendo igual pero era particularmente eran personas mayores, que tienen una historia de participación más antigua, además de como funciona nuestra sistema en tema de horarios laborales, individualismo, también tenían más tiempo y una forma de relacionarse con los otros como más comunitaria, entonces ellos participaban más.”(Trabajador Social N°9, Atención Primaria).

Cada institución de atención primaria presenta su consejo local de salud, con su respectiva directiva, teniendo una periodicidad de encuentro de una vez al mes. Los/las dirigentes de cada consejo de APS, cuentan con participación de los consejos locales de salud de los niveles de atención secundaria y terciaria, siendo respectivamente en la ciudad de Valparaíso los consejos locales del Hospital del Salvador y del Hospital Carlos Van Buren, además de la Unión comunal de los consejos locales de salud de Valparaíso.

“(...)el consejo local de salud que funciona una vez al mes, nuestra directiva es representante en los otros consejos locales de salud, en el Hospital del Salvador, en el Van Buren y algunos tienen cargos en la directiva en el consejo local de salud de los consejos de salud. “(Trabajador Social N°1, Atención Primaria)

Dentro de las acciones y espacios de trabajo para la inclusión comunitaria los/las encargadas levantan en los territorios de manera paralela a los consejos locales de salud levantan mesas de trabajo enfocada en diferentes temáticas.

Tabla 13 Mesa de Trabajo Comunitaria

<p>Fragmentos “(...)desde mi rol de encargado de participación yo trabajo con las organizaciones comunitarias del sector y con los establecimientos ahí nosotros levantamos una plataforma que es la mesa de trabajo por la salud de Porvenir y en esta reunimos juntos de vecino centros de madre clubes de adulto mayor clubes deportivos comités de vivienda” (Trabajador social N°2, Atención Primaria).</p> <p>“tenemos una mesa que la formamos hace casi como... desde que apenas llegue, empezamos hacer esa mesa que con la unidades vecinales de todo san Roque y el grupo renacer, estábamos formando una farmacia popular” (Trabajador Social N°9, Atención Primaria)</p>	
Espacio de Inclusión sociocomunitaria	Objetivo
Mesas de Trabajo Comunitario.	Favorecer el espacio de encuentro y trabajo de las organizaciones en temáticas o necesidades específicas que aborden los determinantes sociales.

Fuente: Elaboración Propia

Las mesas de trabajo se generan como instancias donde los/las actores y las organizaciones sociales, tienen un sentido de apropiación mayor del espacio, debido a como esté se gesta, generando en este espacio alianzas de trabajo más específicas en ciertas temáticas llevándose a cabo una continuidad del trabajo. Los/las encargados además desde su funciones y el trabajo llevado a cabo comentan observar cómo es el proceso de crecimiento de una organización, dado su inserción en territorio.

“Nosotros llegamos ahí levantamos la mesa y dentro de la mesa surgieron más espacios de trabajo, tenemos un boletín(...) hay gente que está trabajando la parte medioambiental en la recuperación de espacios actualmente en huertas comunitarias temáticas de compostaje y que son organizaciones que han ido surgiendo y que hemos visto crecer desde que nos insertamos en la población (Trabajador social N°2, Atención Primaria).

En este espacio adicionalmente desde el rol del encargado/das de promoción y participación social se busca informar sobre las prestación específicas del

CESFAM/CECOF, debido a que en estos espacios participan un gran número de organizaciones lo que hace que las prestación sean conocidas por más personas y organizaciones.

“(...)empezamos a llevar a la mesa de trabajo de salud a los distintos profesionales para que ellos dieran a conocer las distintas prestaciones que ellos entregan, llevamos al dentista a la psicóloga que explicó el programa salud mental” (Trabajador social N°2, Atención Primaria).

Fuera del rol del encargado/das de promoción y participación social, los/las trabajadores/ras sociales relatan otro tipo de experiencias que se despliegan desde la inclusión sociocomunitaria. Estas experiencias tienen que ver con actividades lógicas conversatorio/taller sobre temáticas atinentes en un sector, donde esta actividad es llevada y replicada en diferentes organizaciones del territorio.

“(...)teníamos levantado conversatorios de genero con las juntas de vecinos, hicimos conversatorios de mujeres, donde participo una abogada que se especializa en derecho penal y también es feminista, entonces teníamos toda esta perspectiva feminista que estábamos levantando con distintas dirigentes” (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria)

Desde el intersector situado en el trabajo en la salud mental comunitaria se despliegan experiencias enmarcadas en la inclusión sociocomunitaria: una de estas es el Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia, dispositivo de coordinación entre el intersector y los niveles de atención de salud.

“(...)en particular en el territorio de Quebrada verde, contábamos hace poco con espacio de coordinación que es la Red ECO, porque también está Placeres y Barón, entonces tenemos este espacio de aprendizajes coordinación y capacitación que es muy nutritivo.(Trabajador Social N°2, Atención Primaria)”

Otro dispositivo son las comisiones mixta salud-educación(COMSE de ahora en adelante), de la CORMUVAL espacio destinado a la implementación de la salud mental comunitaria, donde participan los centros de APS, escuelas y colegios y programas del Servicio Nacional del Menores (de ahora en adelante SENAME). Este espacio se reunía una vez al mes para la gestión de casos llevando a cabo la derivación asistida.

“(…)tenemos el tema de la COMSE , comisión salud y educación funcionando hace mucho, y nosotros agregamos a todos los programas de SENAME, nos juntábamos en una reunión temática una vez al mes(Trabajador Social N°1, Atención Primaria

Dentro del quehacer enfocada a la inclusión sociocomunitario en APS se despliegan los multifamiliares, grupos de autoayuda desde lógica ecosistémica, donde las personas participantes del programa de salud mental, que no requieren una atención individualizada, pero si de un acompañamiento y apoyo social, esta es desplegada a través de los multifamiliares, en el que generalmente participan persona mayores y de género femenino.

“(…)entonces son como grupos de autoayuda y eso se forma en base a los mismos diagnósticos de las personas como por ejemplo se pueden formar por mujeres-madres con antecedentes depresivos, y ahí le pones un nombre como “mujeres luchadoras por la esperanza” ... y claro ahí hay un espacio de ayuda para poder combatir esta temática de depresión y de repente se amplían, como por ejemplo se juntan una o dos veces a tomar teciito y a conversar cómo se encuentran todas(Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

La inclusión sociocomunitaria como un aspecto que fortalezca los procesos de recuperación y rehabilitación de personas en atención primaria, se visualiza en base al relato de los colectivos participantes que esta categoría no presenta interés por parte de los equipos de salud en realizarla, siendo los/las trabajadores/ras sociales los que impulsen este área. Esto se corrobora además en los nudos crítico identificados en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental de la Red General de Salud(2018), donde se estipula que:

- Los indicadores no permiten medir acciones en salud mental comunitaria, al estar centrados en diagnósticos y cantidad de atenciones, dejando fuera indicadores que den cuenta de aspectos cualitativos, como la participación comunitaria, teniendo en la atención mayor énfasis en la atención asistencial y no en acciones comunitarias.

- En Atención Primaria, la atención aún se encuentra centrada en la morbilidad con énfasis en el trabajo asistencial intrabox.
- Existe una insuficiente integración de las familias y de las organizaciones comunitarias como unidad de trabajo. En general, no son lo suficientemente considerados como parte del Plan de Tratamiento.

“(...)bajo la concepción de la salud mental comunitaria, apunta al bienestar colectivo, es algo que nos interpela, es algo que nos llama a involucrarnos, el problema es que es una estrategia incipiente a mi parecer, porque el plan nacional de salud mental, las metas, los recursos asociadas, no consideran la salud mental comunitaria, entonces como es algo que no es considerado, no es algo e interés por parte de los equipos profesionales, ahí faltan herramientas aún, falta conocimiento y creo que uno tiene que partir por ahí, en potenciar eso, entregarle las herramientas a los profesionales para que puedan abordar” (Trabajador social N°11, CORMUVAL)

Para concluir durante el periodo anterior a la crisis en relación a la categoría de inclusión sociocomunitaria en atención primaria en la ciudad de Valparaíso fue posible identificar tres perfiles de funciones y cargos de los/las trabajadores sociales lo que influyen en las posibilidades de llevar a cabo un trabajo comunitario en salud mental, esto en relación a la horas destinadas dentro de la jornada laboral para desempeñar el cargo de encargado/da de promoción y participación social. Desde este cargo los/las profesionales se insertan y vinculan con las comunidades, acercamiento no exento de dificultades debido a que las organizaciones comunitarias presentan desconfianzas antes las instituciones y sus pretensiones en el trabajo comunitario.

Las perspectiva que presentan los/las trabajadores/ras sociales, en el trabajo comunitario se esquematiza en que estos visualizan a diferentes actores que están realizando acciones en salud/salud mental en los territorios, y se vinculan con estos actores para generar un trabajo de intervención en los determinantes sociales que se identifican en el territorio. Este trabajo se enfoca en acompañar y ser un facilitador de recursos para las actividades propuestas por la comunidad.

Desde la capacidad de las organizaciones para la inclusión socio comunitaria desde la política existen los consejo locales de salud y paralelo a este espacio se encuentran las mesas trabajo levantas de acorde una temática en especifica. Desde el trabajo comunitario con intersectorial se encuentran las COMSE y el programa ECO Barrio para Infancia dispositivos que buscan trabajar en específico la salud mental comunitaria en los territorios.

Crisis Social.

Durante el periodo de la crisis social, los/las trabajadores/ras sociales insertos en atención primaria de la ciudad de Valparaíso que cumplen el rol de encargados/das de promoción y participación social y/o que realizaban acciones que involucran a la inclusión sociocomunitaria, observan y son parte de un florecimiento de organizaciones comunitarias debido a la movilización de la ciudadanía que involucra la crisis social. Como se ha mencionado durante este periodo APS experimentó una paralización de sus funciones, debido a lo cual los/las trabajadores/ras sociales debieron hacer frente a una disyuntiva. Esta disyuntiva hacía referencia a si continuar trabajando la inclusión sociocomunitaria durante la crisis a pesar de estar en paralización donde no se podía llevar a cabo el trabajo, donde por parte de las organizaciones comunitarias, estas estaban pasando por un periodo de fortalecimiento y de aumento de la participación, lo que posibilita condiciones ideales para realizar acción de intervención comunitaria desde el área de salud/salud mental, donde las personas, estaban desplegando todas sus capacidades para la inclusión institucional y organización comunitaria.

*“(...)ese era el temor que tenían algunos colegas, seguir trabajando cuando estábamos en paro, es como quedar en esta lógica de rompehuelgas.”
(Trabajador Social N°11, CORMUVAL).*

Esta dicotomía, involucraba aspectos éticos laborales, que se pueden enunciar en dos dimensiones de este dilema: la primera, era el respetar una decisión conjunta tomada entre sus compañeros y compañeras de trabajo la cual fue decidida para apoyar las

demandas exigidas durante la crisis y poner en la discusión aspectos para la mejora de la atención de las personas y mejoras en las condiciones para los equipos de salud. La segunda dimensión se situaba en el compromiso que como trabajador/ra social y/o encargado/da de promoción y participación social, existía en el acompañar y facilitar el trabajo de las organizaciones comunitarias la cuales estaban viviendo procesos políticos, sociales de gran importancia que se conjugaba con una alta participación.

Frente a este dilema ético laboral los/las profesionales reaccionan y realizan sus funciones desde dos posiciones:

Tabla 14 Rol profesional y ético

<p>Fragmento: <i>dijeron “sabes que, mira la crisis social está moviendo netamente a la comunidades, y está involucrando a mi comunidad y yo trabajo con la comunidad, y voy a seguir independiente que mis asociaciones digan lo contrario, yo voy a seguir porque hay lazos , hay confianza , hay una relación entre la comunidad y yo como profesional encargado de este tema”, hay varios que lo comprendieron así también. (Trabajador Social N°11, CORMUVAL).</i></p>	
<p>Posición de Trabajo realizado desde un rol profesional y ético con las comunidades.</p>	<p>Los/las profesionales continúan realizando sus funciones laborales debido a que consideran importante acompañar y ser parte de un proceso político y social de gran relevancia, la cual es una instancia que puede favorecer su labor y su valoración como un actor institucional que es parte del trabajo comunitario.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 15 Rol ciudadano

<p>Fragmento : <i>“ algunos colegas que recurren a su rol ciudadano de poder participar, sin quedar en una posición de rompehuelgas (...) yo vengo a participar de los cabildos y las asambleas como Christopher, no como encargado de participación y promoción del CESFAM y le puedo aportar conocimientos, con mis herramientas pero no desde una lógica institucional” (Trabajador Social N°11, Triangulación).</i></p>	
<p>Posición de Trabajo realizado desde un rol de ciudadano/na</p>	<p>Los/las profesionales forman parte de los procesos políticos y sociales de la comunidades desde un rol de ciudadano, donde ponen a disposición sus conocimiento profesionales para la comunidad. Esto con el fin de respetar el acuerdo de paralización.</p>

Fuente: Elaboración Propia

Estas dos posiciones son adoptadas con el foco de mantener la labor comunitaria y con el objetivo de ser parte del hito social y político que estaba ocurriendo a través de los estatus de profesional y/o ciudadano.

La crisis social lleva a que desde el ámbito de la inclusión sociocomunitaria se produzcan fenómenos sociales. Estos fenómenos sociales se enmarcan en que las personas presentan un requerimiento de participar en encuentros comunitarios lo que lleva a un surgimiento de nuevas organizaciones o a que en otras organizaciones aumenten la participación.

“Lo que surgió no fueron organizaciones como tal si no que descubrimos vecinos y vecinas que tenían un potencial para trabajar en comunidad y ellos fueron manifestando posturas políticas”(Trabajador social N°2, Atención Primaria)

“(…)se aumentó la cantidad de organizaciones activas en el territorio, aparecieron las asambleas territoriales, donde el cesfam es parte como un actor más que está construyendo todos estos procesos”(Trabajador social N°9, Atención Primaria)

El aumento en la participación también se hizo visible en un cambio en el rango etario de participación, donde en el periodo anterior a la crisis social los espacios de participación generalmente eran utilizados por persona mayores, y durante la crisis social se lleva cabo un aparición de actores sociales jóvenes llevando a cabo espacios de inclusión sociocomunitaria donde concurrieron personas de diferentes rangos etarios, generando encuentros transgeneracionales de diálogo y reflexión.

“(…)apareció gente más jóvenes, generaciones más jóvenes participando de manera más activa, una visión más transgeneracional, que eso fue un cambio de mayor participación de otros grupos.” (Trabajadora social N°3, Atención Primaria)

Esta renovación en la participación en los espacio de inclusión sociocomunitaria lleva a que el rol de encargado/da de promoción y participación social vea favorecida su labor, debido a que existía una disposición de las persona para formar parte del encuentros.

“(…)con el estallido social se aceleró todo, igual el estallido social fue facilitador para mi rol como encargada de participación y promoción.”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria)

Esta participación lleva a que se levanten diferentes instancias, las cuales nacían desde las organizaciones donde los/las encargados/das se sumaban formando parte del encuentro e invitando a personas a sumarse. Igualmente las instituciones de APS levantaron instancias a pedido de las personas.

“Lo que hicimos durante la crisis social fue facilitar el proceso no me acuerdo si le pusimos cabildo o conversatorio.” (Trabajador social N°2, Atención Primaria)

“Toda esta participación se canaliza a través de cabildos y conversatorios, también hubo cabildos en salud eso la íbamos creando nosotras... Esto se canaliza netamente en actividades, culturales; asambleas donde se discute, se posiciona políticamente en los espacios y las asambleas. “(Trabajadora social N°9, Atención Primaria)

La crisis social y sus implicancias llevan a que las comunidades procedan a originar y profundizar reflexiones de las formas de funcionamiento del país de y de las condiciones de su territorio.

Los centros de APS de acorde a normativa deben llevar a cabo diagnósticos participativos los que tiene el objetivo de “Obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades.” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013). Estos diagnósticos en la crisis social se replantearon debido al origen de nuevas reflexiones por parte la comunidad, siendo reformulado estos diagnósticos desde un contexto que posibilitó la profundización de las problemática y necesidades de un territorio situado en el marco de un cuestionamiento nacional de la realidad país. Esto además se posibilitó debido a que en los diagnósticos realizado anterior a la crisis si eran levantadas la necesidad pero no existía una organización de la comunidad que sustentara un labor para la realización de acciones que buscarán modificar estas situaciones.

“(…)donde realizamos diagnóstico en relación a la situación en la que estábamos, como país, que en el fondo ya lo había hecho varias veces, desde un

diagnóstico participativo donde aparecían las dificultades, pero siempre estaba esta sensación de como de hablar en el aire y no tener mucho muy resuelto, como un espacio de catarsis”(Trabajadora social N°3, Atención Primaria)

Ese levantamiento de problemáticas y necesidades situado en el área de la salud, lleva a poner énfasis en la conceptualización y entendimiento de la salud como un derecho, a como se estaba llevando a cabo la atención en salud y las condiciones que determinan el acceso a la salud, sumando a estos análisis el entender las implicancias en la salud de la personas y la etapa de ciclo vital donde se encuentran, esto se realiza con especial énfasis en los niños, niñas y adolescentes y las personas mayores.

Dentro de los encuentros que se realizan donde participan los equipos de salud y la comunidad, al analizar la implicancias de la salud, las personas se informan y conocen las demandas que realizan los equipos de salud, tomando conocimiento sobre las falencias económicas que imposibilitan a los equipos de salud de realizar las prestaciones requeridas por la comunidad.

“(..)ellos entendían las demandas de nosotros que por ejemplos el per cápita que nosotros tenemos con de seis mil y tantos pesos que eso es lo que estado entrega mensual por cada persona y para nosotros darle la atención que ellos requieren y merecen deberían ser diez mil pesos ahí entendieron por qué hay tantas falencias de nosotros, no es que nosotros queramos atenderlos de la forma que queremos si no que no contamos con los recursos, entonces ellos también al entender esa parte que le queríamos transmitir nos dicen, “oye pero esto la gente tiene que saberlo ósea esta información no debe no difundirse””(Trabajador social N°2, Atención Primaria)

Una de las demandas que se abocó durante la crisis social fue el cambio de la constitución a través de una asamblea constituyente, esto en los territorios se evidencia a través del levantamiento de mesas de trabajo por la salud , asambleas donde se reflexiona sobre el tema. Estos encuentros se nutrían con las ponencias de personas con conocimiento del tema, mayoritariamente abogados, donde desde el rol de los/las trabajadores/ras sociales se desplegaba en ser un nexo y ser quien acerque a las personas especializadas en el tema a las comunidades.

“Hablamos con gente especializada en el tema derecho constitucional cosas de ese tipo, para trabajar desde ahí el proceso constituyente, hicimos afiches los repartimos que la gente se interesara en trabajar más allá de decir que aquí está todo mal bueno que hacemos para cambiarlo” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

“Hemos levantado una mesa de salud que pretende articular estas acciones que se están desarrollando en los territorios de salud, pero también pretende promover en procesos constituyentes para la salud, pretende proteger los derechos de las usuarios y usuarias en salud, cuando se vean vulneradas, trabajamos también la salud mental a través de los determinantes sociales a través de la seguridad” (Trabajador Social N°9, Atención Primaria)

En los territorios de la ciudad de Valparaíso, cerros y plan de la ciudad se despliegan y se levantan asambleas y cabildos, de manera paralela se llevan a cabo manifestaciones donde los centros de APS también participan, sumándose a la movilización con las comunidades.

“Y a partir del estallido social, nacieron tres asambleas importantes de en el territorio (...) entonces cuando íbamos a marchar, yo invitaba a las comunidades y asambleas para que marcháramos como cesfam.” (Trabajadora social N°9, Atención Primaria)

“Desde el programa de promoción y participación convocamos en el liceo Pedro Montt, a todos nuestro vecinos y llamamos a multifamiliares al MAS y al consejo local, a compartir esta situación... analizamos el APS, escuchamos los requerimientos de la gente.” (Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

En el relato de los/las profesionales del trabajo social se manifiestan las violencias ocurridas durante la crisis social, en específico situado en el trabajo comunitario, donde la fuerzas militares se hacen presentes en las asambleas, convirtiéndose estos hechos en problemáticas que llevaron a realizar acciones desde la salud mental comunitaria.

“(...)porque a veces en algunas asambleas fueron milicos a participar, igual es violento vivir todo eso denuevo, sobre todo para las personas mayores, ahí igual les hacía mucho más sentido trabajar la salud mental comunitaria de las personas, entonces fue la herramienta para desarrollar esta estrategias.” (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria)

En el Cerro Ramaditas durante la crisis social se lleva a cabo un taller, enfocado en los hechos y discusiones que se daban en la crisis. En el periodo anterior de la crisis la encargada de promoción y participación social comenta que el Cerro “Ramaditas estaba

muerto organizacionalmente, no había ninguna junta de vecinos activa.” lo que se contrapone al periodo de crisis donde en este cerro es donde se levanta una asamblea de personas con una activa participación lo que lleva a que se gesticione un taller de varias sesiones enfocados en la reflexión sobre la crisis social.

Tabla 16 Formato Taller Comunitario

Fragmento : “ <i>en un taller que eran 8 sesiones, que las temáticas las iban discutiendo con las personas asistentes, taller que se hacía los viernes en la mañana y ahí iban la dupla psicosocial iban al territorio, participaban muchas personas alrededor de 15 a 20” (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).</i>		
Actividad	Facilitadores	Sesiones
Taller reflexivo sobre las temáticas emergidas en la crisis social del 18 de octubre	Dupla Psicosocial: Trabajador/ra Social- Psicólogo/ga	Ocho Sesiones

Fuente: Elaboración Propia

La realización de este taller muestra cómo el aumento de la capacidad para la inclusión sociocomunitaria de las personas durante la crisis social lleva a que las organizaciones y desde las instituciones de salud se faciliten el desarrollo de espacios comunitarios, donde la comunidad se vuelve un refugio y un espacio de contención antes las violencias de la crisis social.

Desde el trabajo con el intersector se fortalece la gestión de redes con la CORMUVAL y las oficinas municipales, con el objetivo de consolidar y apoyar el florecimiento de participación de las personas y de organizaciones comunitarias.

“(…)la CORMUVAL es parte de la alcaldía, entonces igual es una oficina más en el fondo. Igual la hemos trabajado super bien, la oficina de derecho humano hemos fortalecido la relación, con la oficina de la mujer también, la oficina del adulto mayor... creo que se potencia a nivel municipal” (Trabajadora social N°9, Atención Primaria).

Los grupos multifamiliares durante el periodo de paralización son suspendidos y su realización queda detenida. Posteriormente estos espacios son retomados, la participación es mayoritariamente de personas mayores, donde estos manifiestan tensiones frente a los hechos que involucró la crisis social. Estas tensiones son contenidas a través de los

diálogos que se despliegan en el grupo, a través del compartir experiencias de la crisis social.

“(...)en multifamiliar, las señoras llegaban muy tensas muy molestas porque estaban durmiendo mal y al presentar una idea distinta se generaba.... en el multifamiliar se conversa de una forma muy amable de una forma muy condescendiente, pero aquí había como “puta me demore en llegar por que estos cabros desgraciados” entonces alguien decía mi hija está en eso.”(Trabajadora social N°1, Atención Primaria).

Durante el mes de diciembre en la ciudad de Valparaíso, en los cerros de la comuna se desencadena un incendio, específicamente los cerros de Rocuant y San Roque. Este incendio *“avanzó con violencia desde una zona de pastizales y árboles hasta alcanzar poblaciones de casas de madera y lata, cuyos moradores fueron evacuados. Las llamas devoraron todo a su paso hasta juntarse cerca de la población de La Isla y alcanzar la zona poblada periférica.”* (Zamora, 2019)

Este incendio agudiza el contexto de crisis que estaban viviendo los territorios, pero también fortaleció la orgánica de las asambleas que se estaban gestando, debido a que estas se organizan y cohesionan para generar acciones benéficas para las personas damnificadas, como la remoción de escombros y el levantamiento de ollas comunes para dar alimentación a las familias afectadas.

“El incendio permitió que las organizaciones que ya estaban empoderadas, debido a este hecho se empoderasen aún más y se cohesionan por todas las otras organización sociales que existían. Como había organización previa, durante el proceso del incendio la organización fue super expedita, logrando implementar una mesa de trabajo muy rápida y efectivamente, y esta durante el tiempo se ha mantenido para apoyar a los vecinos y vecinas afectadas”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

El contar en el territorio con una comunidad fortalecida en la cohesión del tejido social, lo que se refleja en organizaciones que realizan un trabajo en conjunto, posibilitó el ejecutar una intervención en crisis a través del tejido enlazado dado el incendio, gestándose frente a este hecho, círculos de escucha enfocado en las mujeres damnificadas.

“(…)pero por otra parte cuando fue el incendio, nacen otras iniciativas comunitarias, ahí es cuando nace el círculo de escucha, bajo la lógica de mujeres damnificadas”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

En otros CESFAMS de la comuna de igual forma se estaba comenzando a implementar los círculos de escucha, como una estrategia piloto y pionera en la comuna en salud mental comunitaria, pero dado el contexto de crisis, los equipos de salud toman la decisión de parar esta implementación.

“Estábamos trabajando con los círculos de escucha era un piloto en ese tiempo no se había hecho en ninguna parte y fue ya démosle y bueno que quedó paralizado por la revuelta popular”(Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

Los círculos de escucha son una estrategia basada en la terapia comunitaria integrativa (TCI) terapia nacida en Brasil, por el psiquiatra y antropólogo Dr. Adalberto Barreto. La corporación escuchar en Chile acredita por ABRATECOM (Asociación Brasileira de Terapia Comunitaria), expone que “La práctica de la TCI en el Círculo de Escucha facilita la creación de vínculos saludables y potencia la resiliencia y el manejo del estrés en los participantes, influyendo positivamente en sus familias y comunidades.” (Corporación Escuchar, s.f.) Esta corporación explica que los círculos de escucha son facilitados por una dupla o trío de monitores que actúa desde una posición horizontal y no experta. Los monitores aportan reglas para escuchar , hacer silencio, hablar en primera persona, no dar consejos ni juzgar, normas que permiten un diálogo donde cada persona puede tomar conciencia de sus recursos, con el grupo como contenedor.

“La idea es como llevar 2 facilitadores que en este caso serían las psicólogas la dupla, que tienen que trabajar los círculos de escucha desde estas metodologías en que exponemos un tema central en que las personas contar cómo "tú has vivido ese tema", como si te ha pasado algo similar, entonces le van preguntando a las personas y ellas van contestando (...).La idea es que los consejos y las respuestas se va llenando entre los mismos integrantes, y tu solamente como que facilitas las preguntas, eso es como más o menos la idea de los círculos de escucha”(Trabajadora social N°9, Atención Primaria).

La implementación de esta estrategia y todo el florecimiento de acciones de inclusión sociocomunitaria acontecido en la crisis social, hacer que el rol de encargado/da

de promoción y participación social y las acciones que involucran un trabajo con el territorio cobren mayor relevancia, siendo estas mayormente valoradas estas intervenciones por los equipos de salud.

“(…)entonces lo que pasó en octubre, ayudó a cambiar las lógicas ya que a raíz de la crisis se evidenció que el resto de profesionales de salud, tomaron conciencia sobre la importancia de la salud mental comunitaria” (Trabajador social N°11, CORMUVAL)

Para finalizar el análisis y relato de la crisis social, los/las trabajadores/ras social insertos en atención primaria de la ciudad de Valparaíso desde la categoría de inclusión sociocomunitaria, estos al iniciar la crisis comienzan a visibilizar el aumento de la participación y de los espacios viéndose enfrentados debido a la paralización que experimentaba el gremio de la salud a un dilema profesional, llevando a realizar a los/las profesionales su rol desde dos posiciones: la primera se sitúa en trabajar desde un rol de ciudadano con el foco en respetar la decisión de paralización y la segunda con trabajar desde un rol profesional y ético con las comunidades, poniendo el foco en consolidar la confianzas con las personas participantes.

En el periodo de la crisis social se lleva a cabo un fenómeno social de aumento de la participación y de un cambio en el rango etario de esta, se reflexiona y se discute sobre la necesidad y problemáticas a nivel nacional y específicas de los territorios, se gestan nuevas organizaciones que aumentan la capacidad de las organizaciones para la inclusión comunitaria. Otros procesos se ven pausado como la COMSE y mientras que los multifamiliares se detienen con la paralización y luego retomaban su funcionamiento. En otros CESFAM , se comienzan a realizar nuevas iniciativas como los círculos de escucha. Todos estos hechos llevan a que se pongan un foco en la salud mental comunitaria como metodología a desarrollar.

Crisis Sanitaria

La categoría de análisis de inclusión sociocomunitaria durante la crisis sanitaria desde los/las trabajadores/ras sociales insertos en la atención primaria de salud de la ciudad de Valparaíso, experimenta una fuerte adaptación su labor territorial y vinculación con el intersector , pasando del trabajo en terreno a las intervenciones comunitaria mediadas a través de las tecnologías de la información.

El aumento en la participación y en la organizaciones sociales existente durante la crisis social, esto se vio incremento y reforzado en la crisis sanitaria, haciéndose evidente con el surgimiento de la ollas comunes dado al deterioro de las condiciones económicas de las familias

“La participación si se vio aumentada dada la crisis social y sanitaria, de hecho las ollas comunes fueron la expresión política”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria)

Paralelo a esto mientras en los sectores se detectaban los primeros casos positivos de COVID 19, la comunidad frente al desconocimiento del virus, y al enterarse sobre un caso de vecinos/nas positivo reaccionó en algunas situaciones de manera prejuiciosa atacando a las personas, por lo cual se debió realizar desde los/las trabajadoras sociales un rol educador social para modificar la actitud que estaba llevando a cabo la comunidad y también para que esta realizara un apoyo y ayuda a la familia que presentaba el virus para facilitarles el confinamiento.

“(…)los primeros caso de covid fueron súper mal mirados con prejuicio de tener una enfermedad mortal que si me acerco a ti me voy a morir, fue algo que tuvimos que trabajar con los vecinos y que al contrario de aislarlos hay que apoyarlo si necesitan que le vayan a comprar el pan hay que estar ahí con los vecinos”(Trabajador Social N°2, Atención Primaria).

En la narración de los/las profesionales durante la crisis sanitaria se evidencia de igual forma la aprensiones que presenta la comunidad en vincularse con la institucionalidad y el escepticismo antes el COVID 19. Durante marzo del 2020 y los

meses siguientes las personas y organizaciones sociales esperaban y planifican la continuación de las manifestación llevadas a cabo durante la crisis social, lo que se vio interrumpido por la crisis sanitaria, por la cual la llegada del COVID 19 y las medidas de confinamiento fue tomada con incredulidad.

“(…)se ha intentado hacer acciones y muchas organizaciones no han querido, ollas comunes que no han querido vincularse, como también una comunidad también bastante escéptica en relación a la existencia del virus, o cómo atenderlo como era algo que no existía o era un invento, casi del sistema para oprimir, entonces también al principio hubo harta resistencia.”(Trabajadora Social N°3, Atención Primaria

Las acciones de la comunidad durante este periodo se llevaron a cabo en dar respuesta a la necesidad de alimentación que estaban pasando las persona debido a la consecuencia económica de la pandemia. Se lleva a cabo un acompañamiento a las ollas comunes de los territorios desde un trabajo interdisciplinario (trabajador/ra social, médico/ca, nutricionista).

“Y también trabajamos en los espacios de las ollas comunes, desde la promoción y prevención del COVID, me apaño un nutricionista y un médico también, se socioeducó en las ollas comunes y después esto se institucionalizó, entonces ahora todos tenían que aprovechar estas instancias para socioeducar, incluso se creó un manual de ollas comunes en el sector.” (Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Desde la oficina municipales zonales instaladas a través del modelo de confinamiento comunitario, donde los/las responsables de estas oficinas en algunos territorios fueron los/las encargados/das de participación social. Estos/as desde su rol facilitan los recursos necesarios para el funcionamiento de las ollas comunes, esto se realizaba previo levantamiento y vinculación con las ollas comunes y comedores comunitarios.

“Nosotros como corporación también tenemos el rol de facilitarle lo que ellos necesitan faltaba fondo le faltaba fogón el tubo de gas entonces ahí, también nos coordinamos con la municipalidad y este modelo de confinamiento y hay un catastro comunal de ollas y panaderías populares entonces ahí los incluimos y les llegan todas las semanas, vale para el tubo de gas (…)lo primero era satisfacer

la necesidad de alimentación imagina una cantidad de gente sin pega a raíz de la pandemia”(Trabajador social N°2, Atención Primaria).

Desde la CORMUVAL durante la crisis sanitaria se lleva a cabo la reactivación de la comisión mixta salud- educación denominadas en la crisis sanitaria como COMSE 2.0 con fin de implementar la salud mental comunitaria y de favorecer la inclusión sociocomunitaria.

“(…)estamos implementando con el área de educación la COMSE que son las comisiones mixtas salud/educación para implementar la salud comunitaria y eso lo estamos haciendo con los colegios en cuanto a las derivación y también la forma de abordaje que ellos tenga de los chiquillo eso algo nuevo que estamos implementando ahora a raíz de la crisis socio sanitaria que estamos viendo.”(Trabajador Social N°1, Atención Primaria)

La COMSE 2.0 durante la crisis sanitaria se convierte en un puente que facilita el vínculo entre los establecimiento educacionales y los CESFAM, con el foco en la salud mental y la población de niños niñas y adolescentes además de la capacitación de los/las profesionales para implementación dispositivos de contención y prevención de salud mental desde un enfoque comunitario. Los objetivos de trabajo que prestan la COMSE 2.0 los cuales son definidos en la “ I Jornada Encargadxs de Salud Mental” realizada el doce de junio mediante la plataforma zoom, son:

- Avanzar de la gestión intersectorial en salud mental a generar un abordaje comunitario de la salud mental.
- No patologizar y promover estrategias que mejoren el bienestar socioemocional debido a que el contexto sanitario nos afecta a todos.
- Generar una red fortalecida para dar respuesta a las situaciones de salud mental influidas por la crisis sanitaria.

Esto objetivos se exponen en la “ I Jornada Encargadxs de Salud Mental” mediante la presente diapositiva:

Ilustración 13 Diapositiva de la I Jornada Encargadxs de Salud Mental



Fuente: I Jornada Encargadxs de Salud Mental de la CORMUVAL

Desde el intersector en el área de educación los establecimientos definen encargados de salud mental escolar quienes trabajan con los diferentes programa de convivencia y apoyo escolar con el foco en comunidad educativa, participando de la COMSE para posibilitar las derivaciones a los CESFAM.


“El encargado será un articulador un puente entre la familias, las escuelas y la salud. El encargado en los establecimiento debe trabajar con el encargado de convivencia escolar con la dupla Subvención Escolar Preferencial, con la dupla el programa de convivencia escolar el programa, habilidades para la vida para levantar conjunto estrategias para mejorar la salud mental de la comunidad educativa y comunicarse con salud a través de la COMSE ” (I Jornada Encargadxs de Salud Mental)

Lo anteriormente descrito situado en el espacio de la COMSE 2.0 se corrobora con el relato del colectivo participante como triangulación quien participa de la “ I Jornada Encargadxs de Salud Mental” y entrega el material para el análisis de revisión documental de la jornada.

“(…)el espacio llamada COMSE 2.0, se renueva por qué uno: añade como una patita de análisis de caso donde se reflexiona, se visualiza y se realizan capacitaciones a los profesionales participantes de este espacio, además se crea una ficha de derivaciones estándar desde el área de educación y se establece un referente de salud mental.”(Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

Esta ficha de derivación que el colectivo participante como triangulación corresponde a un formulario único para cada situación de niño, niña y adolescente, el cual es derivado desde una institución educativa hacia un centro de APS, con ello permite un diagnóstico previo para la institución que atenderá dicha situación, el formulario es el siguiente:

Ilustración 14 Formulario de Derivación



FORMULARIO DE DERIVACIÓN INTERSECTORIAL AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR (CESFAM)

Derivado a CESFAM:	Derivado desde:
Fecha de derivación:	Nombre y cargo de la persona que deriva:
	Teléfono/correo institucional:

I. Antecedentes del NNU


Nombres	Apellidos
RUT/Passaporte	Fecha de nacimiento
Edad	Domicilio
Teléfono	Curso/último curso rendido y año
Repitencias(indicar cuántas y en qué curso)	Dupla tratante (opcional) o PIÉ escolar
Tribunal si/no (especifique)	Vía/año/motivo de ingreso a dispositivo de SENAME <small>(SOLO SI LO REQUIERE)</small>
Nombre de adulto responsable/ Estado del Cuidado Personal del NNA (FAE: SI = NO)/	Nota: Persona que asumirá el acompañamiento y responsabilidad en el tratamiento de salud mental del individualizado (Esta persona debe firmar la autorización de derivación en conjunto con el apoderado, de no ser el mismo).

II. Motivo de derivación: Especifique problemática observada/comportamiento /Sintomatología psicológica / Diagnósticos previos /intervenciones realizadas y resultado obtenido/Tratamiento farmacológico Actual

Marcar con X			
Conductas internalizantes	Frecuencia	Conductas Externalizantes	Frecuencia
Animo bajo / Retraimiento		Agresividad con pares	
Aislamiento social		Agresividad adultos	
Llanto con facilidad		Agresividad con objetos	
Timidez		Autoagresiones	
Ansiedad		Impulsividad	
Preocupación excesiva		Conductas de riesgo (consumo, sexual, socialización pares)	
Problemas de sueño		Conductas desafiantes/oposicionista/disocia)	
Problemas de alimentación		Inquietud motriz	
Dificultad de control de esfínteres		Irritabilidad	
Otros:		Otros:	

En frecuencia elija una alternativa y llene el casillero: 1. Diario 2. Una vez a la semana 3. Mensual 4. Episodio único.
Indique fecha de inicio de las conductas descritas:

III. Observaciones desde equipo: si cuenta con instrumentos aplicados durante etapa diagnóstica, resultados, evaluaciones psicométricas, certificado de asistencia de intervenciones, informes de personalidad o de notas, adjúntelos según corresponda



IV. Observaciones de la familia: Adjuntar Genograma e informe social (o síntesis diagnóstica, si lo tiene)

V. Asistencia a otros dispositivos de apoyo en la red/ ECOMAPA:

VI. Se solicita

<input type="checkbox"/>	Ingreso a Programa de salud mental	Control de niño sano (0-9 años)
<input type="checkbox"/>	Ingreso a PASMl	Control matrona
<input type="checkbox"/>	Sala de estimulación temprana y vincular (0-4 años 11 meses 24 días)	Control dental
<input type="checkbox"/>	Ingreso a PRAPS	Nutricionista
<input type="checkbox"/>	Control Joven Sano (15-19 años)	Fonoaudióloga
<input type="checkbox"/>	Control médico crónico	Taller Nadie es Perfecto (menores de 4 años 11 meses y 29 días)
<input type="checkbox"/>	Kinesiólogo (sala ira/era)	Otros:

Nombre y firma del Adulto responsable que autoriza la derivación a atención primaria de salud, y permite la coordinación entre los equipos profesionales de Educación, el CESFAM, y el nivel secundario de salud, de ser necesario derivar a este nivel. Aparentado se compromete a asistir a sesiones de evaluación e intervención. En caso de no asistir a citación se dará aviso al equipo derivador.

Nombre y firma del profesional que ha realizado la derivación. Incluir Timbre del establecimiento

Fuente: COMSE de la CORMUVAL

En relación a la ficha de derivación presentada desde la categoría de inclusión sociocomunitaria se destaca, la inclusión del punto “V Asistencia a otros dispositivos en la red/Ecomapa”, como identificación de la capacidad de las personas para la inclusión comunitaria a organizaciones y a instituciones como un punto a diagnóstica en salud mental.

La COMSE simultáneamente en su estrategias para aumentar la capacidad de inclusión de las instituciones durante la crisis sanitaria promueve la instalación de

dispositivos de contención, prevención y promoción de la salud desde un enfoque comunitario siendo estos los círculos de escucha.

“La corporación como lineamiento comenzará a trabajar la salud mental comunitaria y lo que hemos hecho es implementar unos círculos de escucha comunitaria.”(Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

Desde los espacios de inclusión sociocomunitaria, gestados desde los encargados/das de participación y promoción, los/las actores de las mesas de trabajo comunitario exponen la problemática de que las personas que trabajaban en las ollas comunes presentan estrés debido a la labor que realizaban, llevando a los equipos recoger esta necesidad y retomar el trabajo con los círculos de escucha.

“En la mesa también trabajamos temáticas de salud mental sobretudo en la pandemia y lo han solicitado y se han visto como afectado en la gente que trabaja en las ollas comunes y nos han dicho “sabi que de verdad el equipo de olla está colapsado teniendo conflicto entre nosotros discusiones” entonces ahí fue como ya no podemos seguir esperando la pandemia quizás hasta cuándo será démosle y ahí se ha reactivado los círculos de escucha además del CESFAM también se ha impulsado el trabajo de salud mental comunitaria.”(Trabajador Social N°2, Atención Primaria).

Los/las trabajadores sociales en los círculos de escucha, en algunos casos desarrollan la función del profesional de acercar a la población a estos dispositivos comunitarios de atención, siendo el nexo entre los círculos de escucha y las personas de la comunidad que requieran atención en salud mental.

“El rol que cumplo yo como trabajador social actualmente en los círculos de escucha es de articulador por ejemplo la gente de las ollas comunes me dice: “oye sabi que estamos tensionados acá necesitamos apoyo de salud mental” y yo les dijo: listo chiquillas ningún problema yo les hago el contacto de la psicóloga quien está a cargo de los círculos de escucha y ahí vemos si hacemos un círculo de escucha aparte o se integran al que ya está funcionando y de cierta formas somos el vínculo entre el círculo de escucha y la población.” (Trabajador Social N°2, Atención Primaria)

En marco de la COMSE se promueve además la realización de círculos de escucha en adolescentes, donde la metodología que se propone presente ciertas diferencias debido

a las características de los sujetos que son el foco de los círculos. De igual forma la realización de estos dispositivos de atención se gesta a través de mesas levantadas en los territorios y con el intersector por medio de los colegios y escuelas.

“(...) a través de la mesa de salud desarrollamos una inscripción por Google, la difundieron las escuelas también, los adolescentes se inscribían, tenemos una base de datos de adolescentes que quieren participar, que son alrededor de veinte”(Trabajador Social N°9, Atención Primaria)

Planteándose desde el sujeto adolescentes para la activación de los círculos de escucha se incluyen un activada con el foco captar e incentivar la inclusión sociocomunitaria de los adolescentes. Este círculo de escucha será facilitado por un triada multidisciplinar quienes serán las encargadas de favorecer el diálogo en el círculo a través de preguntas.

“(...)ahora para que participen adolescentes en un espacio así y que puedan preguntar sus cosas, nosotros igual vamos a hacer una actividad que tiene que ver como con engancharlos con alguna actividad que les guste según encuestas y salir a practicar beat box entonces vamos a llevar alguien que vaya a enseñar eso, y en este contexto las psicólogas con las personas de la comunidad y con una educadora popular y yo vamos a empezar a facilitar las preguntas, tenemos preguntas gatilladoras que van a dar discusiones post aprender esto, esa va a ser nuestra metodología y vamos a trabajarla después en distintas sesiones.”(Trabajadora Social N°9, Atención Primaria).

Para finalizar las labores conllevadas durante la crisis por el espacio de la COMSE, se presenta el flujograma de acción:

Ilustración 15 Flujograma de atención

Proceso de abordaje conjunto de la crisis entre salud-educación



Fuente: COMSE 2.0 de la CORMUVAL

En relación a los grupos de multifamiliar estos al comienzo de la crisis sanitaria se vieron suspendidos, posteriormente volvieron a ser activados a través de las tecnologías de la información. La transición desde la presencialidad a la virtualidad se convirtió en una tarea la cual requirió de vincularse con las redes de apoyo de las personas partícipes del multifamiliar, para que les realizarán las acciones necesarias para conectarse, debido a que las personas que forman parte de estos grupos generalmente son personas mayores las cuales presentan dificultades y desconocimiento sobre la utilización de los dispositivos tecnológicos.

“Yo hago el multifamiliar en línea me costó conectar a las señoras una enormidad pero bien les tuve que hacer un Gmail a cada persona y después le mandas las indicaciones y vamos. Que me dijeron a mí, agarres a mis hijas y lo hice, llame a las señoras, a los hijos, los nietos y me los “pololie” a los cabros para que les prestaran los computadores a sus abuelas. (Trabajador Social N°1, Atención Primaria)

En el desarrollo de los grupos de multifamiliar se busca favorecer el autocuidado de las participantes y el intercambio afectivo entre sus miembros. Debido a la realización de este espacio, mediado por las tecnologías de la información, algunas de sus integrantes no contaron con las condiciones de conectividad (dispositivo - internet) para acceder al grupo, por lo cual se despliega una estrategia donde las integrantes del grupo se dividen

para contactarse y conocer el estado de estas integrantes del grupo que no pueden acceder la modalidad virtual, donde luego de realizar el contacto este encuentro es comunicado en el marco de la dinámica del multifamiliar, con el fin de mantener un vínculo con las integrantes que no pudieron seguir asistiendo por la modificación a la modalidad online y favorecer el intercambio afectivo entre las integrantes.

“(…)se me quedaron como 5 personas que no tienen ninguna posibilidad de conectarse porque o viven solos sin internet o sus hijos no tienen teléfonos con internet porque van con teléfono de la hermana, así que a ellos los llamamos directamente cada cierto tiempo y se divide en el multi, entonces usted llama a 2 y usted a otros 2 y después en el multifamiliar damos cuenta de cómo están esas personas.”(Trabajadora Social N°1, Atención Primaria)

Para finalizar en el periodo de la crisis sanitaria, desde los/las trabajadores/ras sociales que realizan acciones desde atención primaria enfocados en la inclusión sociocomunitaria estos comienzan a realizar el trabajo territorial comunitario por medio de las tecnologías de la información. Toda la organización social gestada y cohesionada durante la crisis social durante este periodo profundiza su asociación levantando las ollas comunes como una respuesta de la comunidad organizadas al desmedro económico de las familias dada las consecuencias de las crisis. Los/las trabajadores al comienzo de la crisis se enfocaron en socioeducar a las comunidades sobre los riesgos que presentaba el COVID 19, debido a que existía un escepticismo con respecto al virus, o un prejuicio ante vecinos/nas que presentaban el virus. Desde los/las trabajadores sociales se articulan con las oficinas municipales zonales para entregar recursos para el funcionamiento de las ollas comunes.

Debido al contexto y las implicancias que este estaba teniendo en la salud mental se retomó la comisión mixta salud-educación pasando a denominarse COMSE 2.0 a través de este dispositivo se buscó generar un enlace formal entre los establecimientos educacionales y los centros de salud de atención primaria de Valparaíso para generar una red de salud que posibilite la derivación asistida, generando un protocolo de derivación y

un espacio de capacitación para la implementación por parte los/las encargados/das de participación y promoción social de dispositivos de contención comunitario siendo estos los círculos de escucha .

Por otro lado, los multifamiliares se adaptan al igual que otros espacios a la crisis sanitaria siendo realizados a través de las tecnologías de la información, llevándose a cabo la inserción de las personas mayores a la conectividad virtual con ayuda de su red de apoyo. Para las personas que no pudieron realizar esta transición a la virtualidad se despliega un acompañamiento telefónico por las integrantes de los grupos de multifamiliar.

Síntesis de Aprendizajes.

A partir del relato sistematizado a continuación se exponen en los siguiente ítems los principales aprendizajes obtenidos desde los colectivos participantes de atención primaria.

Trabajo social y rol de encargado/da de participación y promoción social.

Dentro de los colectivos participantes profesionales del trabajo social, estos en relación a la inclusión sociocomunitaria presentaban el cargo de encargado/da de participación y promoción social de atención primaria en salud en la ciudad de Valparaíso. Los y las encargados/das presentaban diferencias en sus horas asignadas a la función: existiendo profesionales que presentaban sus 44 horas laborales para funciones del cargo de encargado/da; otros profesionales presentaban 22 horas de trabajo clínico y otras 22 para la labor de encargado de participación y promoción social. Generando que el/la profesional que presenta las 44 horas asignadas tenga mayor capacidad de llevar a cabo el trabajo en la salud mental comunitaria.

Lo anterior deja de entrever la importancia de las funciones que le se asignan al profesional dentro de una institución, siendo esta función la que establezca las actividades y el foco de las acciones que desempeña un profesional.

La forma de desplegar el trabajo del rol de encargado/da de participación social por parte de los trabajadores/ras sociales en base el relato y análisis de la presente sistematización se puede esquematizar de la siguiente forma:

- Primer momento: Conocer y vincularse con la comunidad de su población a cargo a través de los/las actores de las diferentes organizaciones sociales del territorio. En este procesos de vinculación los/las trabajadores/ras social deben validarse como un actor institucional dentro del trabajo de la organizaciones, debido a que por parte de las organizaciones puede darse que estás presente desconfianza hacia la profesional al provenir de la institucionalidad o también puede generarse que el rol de encargado/da no sea comprendido por la comunidad debido a que esta presenta un entendimiento biomédico del personal de salud, resultándoles extraño que un funcionario de un centro de salud efectúe un trabajo comunitario.
- Segundo momento: lo anterior ocasiona que generalmente y constantemente en el desarrollo de este cargo se realice una socioeducación en el entendimiento biopsicosocial de la salud. Entendimiento que además permite que la comunidad sea consciente que su acciones y reflexiones están situadas en trabajar la salud y salud mental desde una perspectiva de los determinantes sociales, por lo cual se les facilita visibilizar que desde sus organizaciones están produciendo salud para la comunidad lo que lleva a que desde los centros de APS se quieren vincular con ellos como organización.

El/la encargado/da de participación y promoción social busca generar un trabajo en red con las organizaciones, gestionando recursos para la actividades de las comunidades

y facilitando la toma de decisiones de la comunidad con el foco de intervención en los determinantes sociales que se identifican en el territorio.

En el contexto de la crisis social este rol se enfrentó a un dilema ético y laboral debido a que la crisis social que generó un florecimiento de la participación social y de organizaciones social favoreciendo y permitiendo robustecer el rol de encargado/da que facilitaba los procesos y recursos a las comunidades, se contrastaba con la paralización de la salud durante la crisis social lo que impedía llevar a cabo este rol. Este dilema generó en los/las profesionales con el objetivo de fortalecer la labor comunitaria y de ser parte del hito social y político que estaba ocurriendo desarrollan su labor desde dos dimensiones:

- Rol de ciudadano: Los/las trabajadores/ras sociales para realizar su trabajo se posicionan desde un rol ciudadano que se une y forma parte de los procesos políticos y sociales de las comunidades, donde ponen a disposición sus conocimientos para la comunidad. Esto con el fin de respetar el acuerdo de paralización del gremio de salud.
- Rol profesional y ético con las comunidades: Los/las profesionales se posicionan para realizar un trabajo desde un rol profesional ético con las comunidades, por lo cual continúan realizando sus funciones laborales debido al compromiso con las personas y que consideran importante acompañar y ser parte de los procesos políticos y sociales de gran relevancia con lo fue la crisis social del 18 de octubre. El realizar su trabajo durante esta crisis además era una instancia para favorecer su labor y su valoración como un actor institucional que es parte del trabajo comunitario.

Otros aprendizajes desde el rol a destacar desde el rol de encargada/do de participación promoción social son:

- Espacios comunitarios como difusión de prestaciones de salud.

Un espacio de inclusión gestado a través del rol de encargado/da de participación y promoción social son las mesas de trabajo comunitarios, encuentros de las diferentes organizaciones de un territorio para trabajar temáticas atinentes a las necesidades de la comunidad. Las mesas de trabajo son utilizadas para difundir y dar a conocer las prestaciones que desarrollan los centros de atención primaria, donde el/la trabajadora social acerca el equipo de salud a la comunidad, llevando a los/las encargados de programas a informar el tipo de atención que se despliega, con el objetivo de que los/las actores comunitarios conozcan estas prestaciones para que luego las den a conocer en sus organizaciones.

- Personas como instituciones.

El trabajo de inclusión sociocomunitaria del rol de encargado/da de participación social incorpora un constante trabajo en red: realizados desde el vínculo de las organizaciones sociales o entre el vínculo con las instituciones del intersector. Esta labor se ve influenciada por la relación personal que el encargado genera con las personas que representan a las instituciones y con las/los actores que representan a las organizaciones, siendo un factor que incide favoreciendo o dificultando el trabajo en red de acuerdo a la relación construida entre los representantes de las instituciones.

El rol de encargado/da de participación de promoción social en los periodos de crisis, posiciona al trabajo social en una función que propicia el despliegue de la salud mental comunitaria: a través del comprender la comunidad como una unidad de trabajo en salud mental que favorezca la rehabilitación y la recuperación de personas con problemas de salud mental o enfermedades graves de salud mental, haciendo parte a la comunidad del tratamiento, promoviendo una comunidad con conocimiento en salud mental que tensiona la barrera cultural entre profesional experto y comunidad, llevando cabo prácticas de

salud mental basadas en lo relacional con lazos comunitarios solidarios que constituya a la comunidad como un agente rehabilitador y enfermedades de salud mental.

Trabajo social y grupos multifamiliar de autoayuda.

Los grupos multifamiliares de autoayuda se llevan a la práctica fundamentados en un abordaje familiar y territorial de las problemáticas de salud mental según Salinas, Sepúlveda & Varela (2019). De acuerdo a los mismos autores mencionados los grupos consideran a las personas como agentes principales de sus proceso de cambio, considerando a la familia como la unidad de trabajo esencial donde en esta se lleva a cabo una intervención en red que favorece el refuerzo de recursos y la promoción de estilos de vida saludables. Estos grupos son parte del modelo operativo del programa ecológico multifamiliar sustentado en principios teóricos ecológicos y de la antropología espiritual. Programa que además cuenta con otros segmentos y dispositivos de salud mental al cuidado de las personas.

Lo grupos de autoayuda se componen de personas usuarias de salud mental donde al interior de estos se facilita una instancia de regulación social que busca generar interacciones centradas en las responsabilidades y roles de cada integrante del grupo, buscando originar la colaboración de sus miembros y el acceso de las familias usuarias a nuevos contactos que permitirían ampliar sus redes de interacción social. Los grupos operan como un espacio de contención y apoyo propiciando el intercambio de emociones positivas en un clima de comprensión, empatía y compañía social propiciando actividades participativas e interacciones orientadas al intercambio (Salinas, Sepúlveda, & Varela, 2019).

En el relato del análisis desarrollado en base a la inclusión sociocomunitaria se despliega la narración de trabajadores/ras sociales que son los responsables dentro de los

equipos de salud de los multifamiliares en la atención primaria y por tanto los facilitadores que efectúan el grupo y que promueven el intercambio en la dinámica de los grupos.

La características que presentan estos grupos es que comúnmente son formados por personas mayores, y en base al relato se puede inferir que son mujeres. La participación de este sujeto en los multifamiliares se puede entender desde el enfoque curso vida de salud, donde en base a este enfoque las persona mayores pueden presentar aislamiento social y soledad los que se relacionan con un declive del bienestar, siendo los multifamiliares un intervención que se centra en recuperar y mantener un intercambio afectivo que prevenga el aislamiento social. (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2018)

Durante la crisis social algunos de estos espacios fueron suspendidos debido a la paralización del gremio de la salud. Durante este periodo en base los hechos sociales que ocurrían en los grupos se presentaron ciertas tensiones en base a la opinión personal que suscitan estos hechos centrados en los tipos de violencias que registraban en este contexto. Esta tensión es resuelta a través de la comprensión y el compartir experiencia de su red de apoyo que formaban parte de esta movilizaciones.

En la crisis sanitaria estos grupos llevaron a cabo una transición de la presencialidad, a la modalidad virtual. Esta transición se desplegó con la red de apoyo de la personas partícipes del multifamiliar, donde parte de los/las trabajadores sociales debieron generar una vinculación con esta red con el fin de que esta red le facilitará a las personas que generalmente son persona mayores, las acciones y dispositivos de conectividad necesarios para acceder al grupo de multifamiliar. Durante este transición algunas integrantes del multifamiliar no pudieron seguir accediendo al grupo debido a que no contaron con las condiciones de conectividad ni con una red de apoyo que se las facilitará, por lo cual con el fin de favorecer el intercambio afectivo positivo entre sus miembros, se despliega una estrategia de comunicación y compañía afectiva donde las

integrantes del grupos se dividen para contactarse y conocer el estado de las integrantes del grupo que no pueden acceder la modalidad virtual, para luego de realizar el contacto comunicar en el próximo encuentro del multifamiliar el estado de estas integrantes, con el fin de mantener un vínculo con el grupo.

Los grupos multifamiliares de autoayuda son un dispositivo de salud mental comunitario desplegado por la profesión de trabajo social, donde esta puede desplegar sus competencias profesionales, profundizarlas y adaptarlas por el bienestar de las personas.

La inclusión sociocomunitaria y las crisis.

En el periodo anterior a la crisis los colectivos participantes observaban que los espacios de inclusión sociocomunitaria presentaban una participación establecida de personas que llevaban años siendo parte de las organizaciones como juntas de vecinos y los consejos locales de salud, personas generalmente de edad adulta o de personas mayores, lo que la conjugación de estos factores generaba una baja capacidad de inclusión comunitaria e institucional de las personas. Esto ocasiona también que estos espacio tuvieran dinámicas internas rígidas donde era difícil llevar a cabo modificaciones, producían una baja capacidad de los sistemas comunitarios y de las instituciones para la inclusión de las personas, debido a la estructura interna que estos espacio presentaban.

La crisis social lleva a que se genere un aumento en las personas que buscaban incluirse en sistemas comunitarios, produciendo un recambio etario de personas en organizaciones comunitarias incluyéndose, personas jóvenes que buscaban la participación en espacio sociales. Este fenómeno generó además un aumento de organizaciones sociales como cabildos y asambleas territoriales, lo que llevó a que desde las instituciones de salud se gestaran espacios de inclusión para dar cabida a la demanda de personas que buscaban incluir en instituciones. Este aumento de la capacidad de las personas y de las instituciones durante la crisis sanitaria se ve fortalecido con la aparición

de las ollas comunes y la inclusión en las personas en estos espacios, enfocado en contribuir en la alimentación de las familias que se vieron afectado su sustento económico por la crisis.

En base a los planteado se puede exponer que las crisis como hecho sociales generan un aumento en la capacidad de inclusión de las personas en comunidades e instituciones, lo que conduce a que las instituciones y sistemas comunitarios aumenten sus capacidad de inclusión, llevando a cabo una adaptación de los contextos comunitarios e institucionales para favorecer la inclusión de las personas.

Intersectorialidad e inclusión sociocomunitaria.

La intersectorialidad es comprendida como una forma de trabajo participativo y descentralizado donde se proveen métodos y medios para abordar complejos problemas de salud. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013) En la presente sistematización fue posible identificar y conocer experiencias del intersector que aportaron al trabajo de la atención en salud mental, desde la óptica de salud mental comunitaria. Estas experiencias son el programa ECO Barrio Solidaria para la infancia de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador y la Comisión mixta salud-educación y las oficinas municipales zonales parte del modelo de confinamiento comunitario.

El programa ECO Barrio Solidario para la infancia, se plantea como un espacio de coordinación y capacitación gestada desde atención secundaria para dispositivos de atención primaria, establecimientos educaciones que se desplegaba en tres sectores de la ciudad de Valparaíso: Barón, Placeres y Quebrada Verde. Esta iniciativa presenta una alta valoración por parte de atención primaria debido a que es un espacio de capacitación donde se obtienen aprendizajes para la labor en salud mental y además es un espacio de coordinación de casos de salud mental. Este dispositivo por parte de atención primaria durante los periodos de crisis no fue relatado por los colectivos participantes, donde

debido al relato de análisis de atención secundario es posible constatar que este dispositivo se vio suspendido en el desarrollo de estos contextos lo que imposibilitó una mayor profundización de aprendizajes desde atención primaria.

La COMSE durante el periodo anterior a las crisis se constituye como un espacio de derivación gestionado a través del intersector, donde existía una colaboración y coordinación para mejorar la atención de casos de mayor gravedad. Durante la crisis social este espacio se ve pausado debido a la paralización de funciones de salud en contraste, durante la crisis sanitaria este espacio es retomado y actualizado dado la problemáticas de salud mental del contexto, pasando a denominarse COMSE 2.0 poniendo el foco en avanzar de la gestión intersectorial en salud mental a generar un abordaje comunitario de la salud mental. De esta experiencia se exponen los siguientes aprendizajes:

- La creación de espacios para originar y proyectar de manera formal el vínculo entre salud y educación para abordar la salud mental intersectorialmente.

- La iniciativa de una corporación municipal en promover e incentivar la instalación del modelo comunitario de atención en salud mental.

- El abordaje intersectorial resulta en un aumento de la inclusión socio comunitaria a través de la adaptación de los sistemas de salud municipales.

- La creación de encargado de salud mental en los establecimientos educacionales los cuales realizan coordinaciones dentro los establecimiento para llevar a cabo la derivación a atención primaria.

- La capacitación y valoración del modelo comunitario de salud mental

- La puesta en marcha de dispositivos comunitarios de contención y prevención de salud mental para disminuir la patologización de la salud mental

-En relación a la derivación y atención de las personas la importancia de la identificación de la capacidad de las personas para la inclusión comunitaria a organizaciones y a instituciones como un punto a diagnóstica en salud mental.

Con respecto a las oficinas municipales zonales estas bajo la implementación del modelo de confinamiento comunitario se integran como una red en salud que facilita la labor de inclusión sociocomunitaria de las organizaciones con las instituciones, lo que se refleja en: favorecían el realizar sus gestiones asistenciales y trámites municipales por parte de las personas en el territorio, y también realizaban la entrega de recursos para el funcionamiento de las ollas comunes por medio del rol de encargado/da de promoción y participación social quienes en algunos casos eran los responsables de estas oficinas.

Trabajo social y círculos de escucha.

Los círculos de escucha como un dispositivo de contención de la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), son desarrollados para facilitar la creación de vínculos saludables, potenciar la resiliencia y el manejo del estrés en los participantes, con el objetivo de influir positivamente en sus familias y comunidades. El disponer de estos dispositivos en atención primaria aumenta la capacidad de inclusión de las instituciones de salud a través de la articulación institucional-comunitaria, donde estos dispositivos se acercan y son implementados por medio del tejido social de la comunidad, articulado por una necesidad o problemática del territorio, ejemplos son la práctica de los círculos en mujeres damnificadas en un incendio o en las personas que trabajan voluntariamente en las ollas comunes.

En base a esta sistematización se identifica que los/las trabajadores sociales en los círculos de escucha despliegan las siguientes funciones.

Articulador: Los/las trabajadores/ras sociales son el nexo entre los círculos de escucha y los sistemas comunitarios quienes presentan el requerimiento de atención en

salud mental de un grupos de personas o de un sector territorial. La función del articulador acerca a la población a estos dispositivos.

Monitor: Los círculos de escucha según la TIC pueden ser implementados por duplas o tríos de monitores. Una de estos monitores puede ser un/a Trabajador/a social quien a través de un trabajo multidisciplinar proporciona la generación del clima grupal para que se lleve a cabo un intercambio afectivo y contención entre las personas participantes de los círculos de escucha.

Escases de indicadores de inclusión sociocomunitaria.

La inclusión sociocomunitaria como una unidad de intervención de atención primaria en salud, en base a la narración de los/las trabajadores/ras sociales y a la constatación con la política pública en salud mental, se puede manifestar que la salud mental comunitaria no es lo suficientemente implementada en atención primaria, esto se hace evidente en que no existen indicadores cualitativos que midan acciones de salud mental comunitaria. Esto se debe a que las atenciones se centran en la cuantificación de los diagnósticos y atenciones realizadas en box, no siendo lo totalmente integradas las familias y las organizaciones sociales como unidades de intervención en salud mental, las cuales por parte de los equipos de salud no son totalmente integrados en el plan de tratamiento de APS.

Lo anteriormente planteado, se confronta con la profesión del trabajo social, para la salud mental comunitaria es una concepción que lo interpela como profesión y lo incita a involucrarse en promover prácticas de inclusión comunitaria que apunten al bienestar colectivo de las personas.

4.4.2. Relato y Análisis de Experiencia de Atención Secundaria/Terciaria

Periodo Anterior a las Crisis.

La inclusión sociocomunitaria en relación los/las trabajadores/ras sociales insertos en atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, para el relato de experiencia de esta categoría de análisis, se llevará a cabo a través de la identificación de tres experiencias diferenciadas que forman parte del trabajo de la línea sociocomunitaria de las instituciones: desde el COSAM, se establece la línea de trabajo con grupos y el Consejo Local de Salud Mental; desde del Hospital del Salvador en la Unidad Infanto Juvenil, se encuentra el Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia; y desde el Hospital Carlos Van Buren, se identifica el trabajo con el consejo de desarrollo local y con la línea con los voluntariados.

Desde el COSAM, los/las trabajadores/ras sociales realizan estrategias orientadas a potenciar las capacidades de las personas, desde una perspectiva sociocomunitaria, en el que través de trabajo de grupos y trabajo comunitario, logran desarrollar una labor que permite a las personas a ser parte de un proceso en la institución y/o territorio que es capaz de favorecer el autocuidado y las capacidades de las personas.

“Nosotros tenemos 3 grupos, 2 de autoayuda multifamiliar y uno de cuidadores en el centro, uno de ellos lo acompaño yo, y el otro lo acompaña mi colega.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

“(…) yo me fui haciendo cargo del ámbito participación comunitaria del centro más allá de lo que tienes que ver como profesional de un equipo profesional, sino que desde un equipo territorial de intervención.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

En ese sentido desde el trabajo de grupo, los/las trabajadores/ras sociales en esta área presenta tipologías de grupo en relación a las temáticas más frecuentes que se presentan en el centro. Con ello se ven en la necesidad de implementar un sistema de grupo que aborde las necesidades, fortalezca las capacidades y recursos de las personas,

por tanto en base a la experiencia de los/las profesionales, plantean que en base al tipo de grupo se desprenderán sus objetivos y metodología.

Tabla 17 Grupo del COSAM

Tipo de Grupo	Objetivo	Fragmento sobre la metodología
Multifamiliar	Generar redes de apoyo, para reflexionar y compartir problemáticas en común y propiciar la contención emocional entre los miembros.	<i>“(…)hay una metodología abierta de trabajo donde ; llegamos no saludamos, y cada uno de los integrantes revisa su semana, no hay obligación de hablar, no hay obligación tampoco de participar, es totalmente voluntario, y después de que revisamos la semana, revisamos también distintas formas en que cada una ha podido enfrentar lo que le ha pasado, después hacemos un paneo general y terminamos el grupo con un tecito o un café.”</i>
Cuidadores/ras	Generar un espacio de aprendizaje y de reflexión para personas que están a cargo del cuidado de otro/a	<i>“un taller que es estructurado en 8 sesiones, es para personas que desarrollan el cuidado de otro, que tienen que tener una evaluación con la escala de Zarit, para saber si cuenta o no con sobrecarga por ser cuidador, y el grupo no puede exceder de la 8-10 personas, esas son sesiones super estructuradas y la desarrollaba en conjunto con una psicóloga del centro.”</i>

Fuente: Elaboración Propia

El desarrollo del trabajo grupal es desarrollado bajo lineamientos definido por un modelo impulsado en Chile durante los años 2000, en primera instancia destinado a abordar la temática de consumo problemático de alcohol y sustancias, y que a través de los años ha ido evolucionando el espacio hacia una perspectiva más promocional y preventiva de la salud mental de las personas usuarias del centro. Con ello, este modelo es promovido por el Dr. Mauricio Troncoso (2003), y plantea que el programa es nombrado ecológico dado que se preocupa del entorno de las personas y familias, desde una visión ecológica busca descontaminar ideas, conductas y relaciones humanas riesgosas no deseadas y de elevadas incidencias e frecuencias en un territorio, para esto se toman en cuenta elementos sociales, culturales, familiares y individuales. Además el modelo entre sus principios rectores busca que a través del acompañamiento entre los participantes y la formación de autoayuda, generar trabajadores comunitarios en salud

mental que sean líderes de procesos de salud en sus familias y en el territorio (Salinas, Sepúlveda, & Varela, 2019).

(...)”fuimos utilizando la metodología del programa ecológico multifamiliar donde la sesión se parte con una pregunta inicial que tienes que ver cómo estamos esta semana, como les ha ido.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Este quehacer realizado por los/las trabajadores/ras sociales permite visibilizar la capacidad de la institución de generar espacios que faciliten la reflexión y la contención entre las personas usuarias, favoreciendo sus aptitudes entorno a la salud mental a través del encuentro.

“(…)el tener un espacio como este permite canalizar que tu problema, a veces viviendo en cuatro paredes, no eres el único que está en eso y hay personas en las mismas y están buscando alternativas” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria).

Por otra parte desde el trabajo comunitario, el COSAM al ser una institución que fue conformada en el año 2016, genera durante los primeros años un proceso vinculante con la comunidad, para poder identificar las organizaciones sociales y comunitarias, con el fin último de poder levantar un diagnóstico comunitario participativo y de esa manera establecer los lineamientos de acción del centro.

“(…)en un comienzo me enviaron al ámbito de diagnóstico comunitario, yo me encargue de como poder vincularse con la comunidad con el entorno comunitario de intervención, pero al vez levantando un pre diagnóstico y luego de eso el diagnóstico propiamente a nivel comunitario de salud mental.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria).

Dado lo anterior, se conforma una mesa de trabajo comunitaria en la que se desarrolla el diagnóstico comunitario, este diagnóstico tiene como resultado la construcción de un mapeo de redes para visibilizar potenciales organizaciones para incluir en los procesos del cuidado de las personas y favorecer la apertura de espacios sociales a la comunidad y que promueven estimular la organización comunitaria entorno a la participación.

“(…)se consiguió hacer un mapeo que es un trabajo de identificación de recursos a nivel local en área de salud mental o potenciar áreas de salud mental, lo interesante de este recursos no es que venga una institución y levante ese mapa, lo relevante es que ese trabajo fue levantado con la comunidad.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

La realización de este mapeo desencadena la participación de las personas involucradas en el diagnóstico, y se conforma el Consejo de Desarrollo Local de Salud Mental (de ahora en adelante CDLS) del COSAM. El CDLS se establece como una organización comunitaria con personalidad jurídica y como el área de trabajo comunitario de salud mental del COSAM.

“(…)en ese sentido partimos a organizarlo formalmente y se invitó a todas las personas que participaron en la red en el diagnóstico comunitario y la otras organizaciones que teníamos contacto para conformar el consejo de desarrollo local de salud mental, y nos conformamos y empezamos a trabajar desde el 2018, que fue más bien la formalización de generar la directiva, y más formalmente el 2019.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria).

Además según la experiencia relatado por los/las trabajadores/ras sociales, mencionan que el CDLS posee una estructura, donde el espacio se encuentra abierto para inclusión sociocomunitaria para las personas que vivieron o transitan una problemática de salud mental, y que en efecto la participación de las personas en el CDLS, fortalece las capacidades y promueve el autocuidado en salud mental. EL CDLS dentro del COSAM es un espacio donde se agrupan las personas que formaban parte de la atención de esta institución, asociándose al consejo miembros de los grupos terapéuticos y representantes de los sujetos de atención.

“(…)es un representante de organizaciones que se van dando dentro del centro, por ejemplo: el grupo de autoayuda tiene participantes en el CDL, de la agrupación de niños y jóvenes también hay un representante, se motiva una mamá y está participando del CDL, en el fondo vamos sacando de la distintas instancias grupales a nivel terapéutico para que se vayan agrupando en este espacio de participación política y administrativa.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Dada la estructura organizacional que presenta el CDLS, está dentro de la formalidad para la conformación de la personalidad jurídica y que es compuesta por un

presidente, secretario, un tesorero y tres directores suplentes, sin embargo dado por diferentes hitos, el CDLS ha generado cambios internos en la estructura organizacional, presentando seis directores suplentes y la directiva propiamente tal, cada uno con voz y voto.

El Trabajo Social en el CDLS, desarrolla un rol que está más orientada desde la figura de un asesor para facilitar la coordinación y gestiones de las acciones que involucren al CDLS. Este rol ha incidido en los procesos de conformación y socioeducación a las personas participantes para favorecer la organización y autonomía del espacio

“(...)entonces la figura del asesor tiene que ver también cómo no solo asesorar en términos del tema legal de lo que hay que hacer, sino que también en la medida de poder ir trabajando con ellos las implicancias que tiene el trastorno de salud mental en una sociedad como la nuestra, en donde todavía tenemos la imagen de que el trastorno de salud mental se trata en un hospital marginado institucionalizado y desconectado de la comunidad.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Desde este rol además, el/la trabajador/a social inserto en el CDLS, fomenta el aumento de la capacidad de las personas jóvenes para la inclusión sociocomunitaria, esto con el foco de hacer una renovación de los dirigentes del CDLS, para favorecer que el CDLS como un espacio de inclusión sociocomunitaria transgeneracional.

“(...)vayan delegando funciones, vayan distribuyendo tareas y de otra forma ir formando nuevos líderes para no hacernos dependientes de figuras históricas que han sido dirigentes sociales toda la vida, que tienen una larga trayectoria de dirigente, por ejemplo nuestro presidente tiene 78 años.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Desde la UIJ del Hospital del Salvador se establece la experiencia en relación a la inclusión sociocomunitaria relatada entorno al Programa ECO Barrio Solidaria para la Infancia, impulsada por una trabajadora social. Este programa tenía un radio de acción en tres territorios en específico: Quebrada Verde, Placeres y Barón, donde ya existía un

trabajo articulado y autogestionado por las propias comunidades, por tanto la función del programa fue ofrecer un espacio para la articulación y encuentro de redes.

(...) a través de la colega que yo estaba reemplazando había una propuesta de las perspectiva sistema ecológica que es programa ECO Barrio solidario lo primero que se hace es identificar tres territorios que eran Playa Ancha, Quebrada Verde y Barón en donde se logra poder articular y convocar desde la voluntariedad desde lazos colaborativos a instituciones como SENAME, colegios y organismos de la comunidad con la finalidad de poder ser promotores de la salud mental, tener una mirada preventiva de la salud mental y sobretodo ir psicoeducando a las instituciones.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Esta propuesta comunitaria emerge en el año 2016 con la propuesta de visibilizar la salud mental de los niños, niñas y adolescentes entre el intersector salud, educación y SENAME, donde el objetivo del programa constaba en propiciar un rol preventivo-promocional de la salud mental a través del Modelo Ecosistémico de Bronfenbrenner mediante líneas de acción que son: Vinculación con la comunidad, educación colaborativa, gestión de casos, comunicación y difusión. Las líneas de acción en la que se establecen las directrices de las funciones a realizar de los/las trabajadores/ras sociales en el programa son:

Tabla 18 Líneas de acción del Programa ECO

Línea de acción	Fragmento	Función del TS
Vinculación con la Comunidad	<i>“(...)se trabaja en un planificación anual con cada territorio donde había una periodicidad de una vez al mes cada dos meses, donde el miembro anfitrión organizaba una temática y se realizaba en algún espacio de la sede de playa Ancha, o fuese en colegios o fuese en distintas estructuras de la comunidad.”</i>	Generar, gestionar y planificar los espacios sociales para propiciar el encuentro de las personas participantes del intersector.
Educación Colaborativa	<i>“(...)se trabaja capacitaciones buscando la transferencia de aprendizaje, donde el intersector o la misma comunidad plantea una temática que el otro pueda compartir, no necesariamente de la academia sino como buenas prácticas.”</i>	Coordinar y ejecutar actividades orientadas a favorecer la transmisión de conocimientos entorno a la salud mental en niños, niñas y adolescentes entre los participantes del intersector.
Gestión de Casos	<i>“cada miembro del equipo central compuesto por psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo y trabajadora</i>	Asesorar y apoyar en las evaluaciones sociales de potenciales ingresos de niños,

	<i>social, tenía destinado un territorio en donde nos juntábamos con la encargada del territorio que iba a el ECO y hacíamos una evaluación de los casos.”</i>	niñas y adolescentes a la atención especializada de salud mental.
--	--	---

Fuente: Elaboración Propia

La experiencia del Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia, sitúa funciones y estrategias de un trabajador/a social para el trabajo de salud mental comunitaria, bajo directrices que promueven la articulación del intersector e involucrar a las comunidades a hacer partícipe de la co-construcción y reflexión de conocimientos entorno a la salud mental de las personas.

El Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia, además de coordinar y gestionar diversas actividades comunitarias con el fin de promocionar y prevenir alguna situación de salud mental de los niños, niñas y adolescentes, también favorece a APS desde la perspectiva de la derivación asistida, otorgándole cupos extras de atención para niños, niñas y adolescentes a los territorios beneficiados con la finalidad de disminuir la demanda de presentación de casos de consultoría en APS.

“(...)se resguardaban ciertos cupos de dos a tres niños entonces esa derivación era un poco más expedita ese ingreso.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(...) otra línea que tenía el ECO, era que en estos tres territorios teníamos una consultoría una vez al mes y en ese caso ellos nos presentan dos pacientes, pero por el ECO tienen un cupo más, que era un paciente más.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Desde la línea del Hospital Carlos Van Buren, bajo el cargo de Participación ciudadana empleado por una trabajadora social, relata su experiencia en relación a la inclusión sociocomunitaria entorno a dos ámbitos: participación comunitaria y coordinar la línea de voluntariado.

Respecto a la participación comunitaria, la trabajadora social desempeña acciones entorno al consejo de desarrollo local, trabajo con migrantes e interculturalidad y la puesta en marcha de medicinas complementarias.

Desde la interculturalidad esta es una experiencia donde la trabajadora social coordina y gestiona un comité de trabajo con comunidades mapuches para acercar a las personas a la medicina complementaria.

“(…)vincule el tema de pueblos originarios, les traje una lawentuchefe mapuche para que les enseñara a usar las hierbas medicinales para tratar sus dolencias en vez de medicalizar tanto. La premisa es estar bien para tratar bien.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

En cuanto a la medicina complementaria, para su implementación adecuada debe cumplir con los protocolos de la política nacional, ya que todo procedimiento o proceso debe estar validado previamente por el MINSAL y que una vez aceptada y oficializado el proceso, puede ser incorporado a la oferta de servicios de la institución.

“(…)“Había establecido un comité de trabajo donde había alianzas con el servicio de salud del personal, empezamos a tener reuniones de coordinación, en salud no puede hacer nada si no está legitimado por el ministerio (...) estábamos tratando de destrabar ese proceso (...), y eran cuatro las que se podían realizar: acupuntura y otras cuatro que tenía su protocolo, estábamos tratando de destrabar ese proceso y primer paralaje fue con el estallido” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Otra área relevante del ámbito de la participación comunitaria, es el trabajo realizado a través del consejo de desarrollo local. Este espacio favorece a los participantes en involucrarse en temáticas relacionadas a la promoción y prevención de la salud mental del Hospital, con ello generaban prácticas de capacitación, reflexión y jornadas. Por parte de la trabajadora social a cargo, despliega sus estrategias y técnicas en favor de propiciar los espacios sociales y de coordinar actividades que promuevan la socioeducación entre sus participantes.

“(…)la mitad de la sesión capacitamos en temas de salud que ellos escogen, por ejemplo en terapia ocupacional, porque todos los participantes eran personas mayores.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

A la par del CDL se presenta el consejo consultivo, las que son instancias de encuentro entre las personas participantes para reflexionar entorno a las gestiones y

funciones que desarrolla la institución, este espacio posee un carácter informativo, evaluativo y decisorio.

“El consejo consultivo era un verificable que había que tener, lo veía el ministerio y se reunían las mismas personas y se reúnen cuatro veces al año.” (Trabajadora social N°7, Atención Terciaria)

Además el CDL del Hospital Van Buren, aparte de generar actividades y encuentros para sus participantes, también son un actor clave en salud mental de la institución, dado que el CDL durante este tiempo realiza una bajada de la información desde la perspectiva de las personas usuarias del Hospital, manifestando en el espacio del CDL un aporte desde esta perspectiva a algunas gestiones del Hospital, con el objetivo de propiciar una buena recuperación de las personas. En razón de esto, la trabajadora social desde este doble posicionamiento como trabajadora de la institución y facilitadora y coordinadora del CDL, actúa desde un rol mediador entre ambas partes, para posibilitar la comunicación y la toma de decisiones.

“(…) su misión era presentar al director la mirada del usuario a situaciones de la gestión hospitalaria, se reunían con el director y el director los ponía al día, se dedicaban mucho a desmitificar, se generaba como una traducción de lo que pasaba a nivel hospital y por otra parte el director escuchaba la mirada del usuario... el director decía “implementamos esto” pero los usuarios le decían pero director “no considero esto que es relevante”. (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria).

En consecuencia de estos encuentros con el director, se comienza a realizar acciones orientadas a intervenir a la población migrante y favorecer los procesos interculturales de la ciudad. Con ello se detecta que había un desconocimiento de la población usuaria entorno a esta temática, por lo que la trabajadora social gestiona un mes de difusión y comunicación sobre el CDL y su rol entorno a la salud mental de la población objetivo del Hospital Van Buren. La realización de estas acciones se ve imposibilita la ocurrencia de la crisis social.

“(...) habíamos logrado para el mes de octubre, desarrollar reuniones comunitarias fuera del hospital donde estábamos accediendo a personas que no venían al hospital, que no conocían del voluntariado, que no tenían idea que había un consejo de desarrollo, que no sabía que se intervenía en migrantes y en interculturalidad asociada a los pueblos originarios, nosotros hicimos una labor de difusión de todo eso, y alcanzamos a desarrollar tres y dos nunca se realizaron por que llego el estallido.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Por otro parte, bajo el ámbito de la línea de voluntariados, la trabajadora social coordina, gestiona y dirige esta línea en base a las necesidades que presentan las personas en recuperación del hospital y por otra parte desde las vulnerabilidades que presenta el territorio en el que se encuentra ubicada la institución. En ese sentido se establecen dos grupos entre los voluntariados: el convencional, representado por las damas de colores, y el no convencional, que son agrupaciones y grupos que quieren realizar actividades o bien ofrecer servicios a las personas usuarias.

“Dentro del voluntariado están los convencional que son las damas de colores y dentro del no convencional está el cajón grande osea venga el que quiere.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Desde la línea de voluntariado no convencionales, existen variadas agrupaciones que colaboran en acompañar en los procesos de recuperación de las personas, por una parte, con actividades artísticas-musicales, espirituales o bien ofrecer servicios de peluquería o estilismo.

Tabla 19 Experiencia relatadas

Experiencias de la línea de voluntarios no convencional
“(...)hasta una alianza del colegio Mackay de Reñaca donde vinieron de la cátedra del departamento de artes trajeron algunos alumnos que vinieron a tocarle música a los niños de pediatría.”
“(...)la gente quería venir a tocar música corta el pelo, hacer la uñas venir a dar la palabra de aliento con todo eso.”

“Había gente que personas mayor les venía a cortar el pelo pero en los adultos mayores en la mayoría era acompañamiento espiritual venía la señora que quería rezar el rosario venía la evangélica los pastores que querían venir a sanar y uno hacía de mediadora y de calibradora.

Fuente: Elaboración Propia

“Había un obsesión social de la gente lo podría definir así que venía ofrecer cosas al hospital era dárselo a los niños con cáncer del hospital, todo era pa los niños del cáncer y la sala de lado que tenía niños con otros problemas no eran tanta la atención entonces yo buscaba propiciar que si venía a donar fue al área pediatra en general.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

En razón de los relatos sistematizados anteriormente, el/la trabajador/a social que realiza funciones orientadas a la inclusión sociocomunitaria en el nivel de atención secundaria de la ciudad de Valparaíso, centran sus acciones de acuerdo a sus respectivas instituciones y roles. Desde el COSAM se desarrolla un trabajo en la línea comunitaria que es atendida, a través del CDLS, organización que favorece la capacidad del COSAM para la inclusión sociocomunitaria de las personas, y por el trabajo de grupos multifamiliares y de cuidadores desde la perspectiva del programa ecológico familiar.

Desde la UIJ del Hospital del Salvador se despliegan acciones innovadoras desde la salud mental comunitaria, siendo esta el programa ECO Barrio para la Infancia, instancia que se desarrollaba en tres sectores y que se enfoca en: la vinculación con la comunidad, a través de la articulación con el intersector y las organizaciones comunitarias; la educación colaborativa, instancia del programa que a través de la transmisión de conocimiento, se favorece el encuentro en los participantes del programa; y la gestión de casos, que apoyaban y asesoraban a APS y además entregaban cupos extras para la derivación asistida de NNA.

Y por último desde el Hospital Carlos Van Buren, a través de la encargada de participación ciudadana, desarrolla sus funciones bajo el ámbito de la participación

comunitaria, a través del CDL, el consejo consultivo, la gestión y coordinación de la línea de voluntarios convencionales y no convencionales.

Crisis Social.

Durante el periodo de la crisis social, los/las trabajadores/ras sociales de esta sistematización insertos en el atención secundaria y terciaria de la ciudad de Valparaíso, se ven envueltos en la crisis social donde a raíz de la contingencia y la política institucional deben adaptar sus funciones y reorientar los lineamientos de sus programas previamente mencionados en el periodo anterior a las crisis.

Desde el COSAM, ambas líneas de trabajo (grupo y comunitaria) se vieron afectadas por la crisis social, por lo que los/las trabajadores/ras sociales se ven en la necesidad de introducir ajustes en sus funciones y en la estructura de sus espacios sociales. En ese sentido, desde la línea de trabajo de grupo, los espacios brindados por el COSAM se ven temporalmente afectados dada las condiciones sociales que vivía la ciudad, donde mayoritariamente logran realizar sus encuentros durante el horario de la mañana.

“El tiempo de la crisis los grupos se mantuvieron en la medida que podían funcionar, si quedaba la escoba en la mañana y el centro no podía abrir, se cancelaba todo. Si quedaba la escoba en la tarde no podían asistir. Los grupos que más se mantuvieron fueron los que se desarrollaron en la mañana.” (Trabajadora Social N°4)

Los ajustes que se realizaron durante este tiempo fue transformar temporalmente los objetivos de los grupos hacia una propuesta que atendiera las necesidades emergentes dada la crisis social. Con ello, el trabajo de grupo durante este periodo tiene énfasis en acompañar en los procesos de contención y socioeducar en torno a las diferentes condiciones sociales de la sociedad.

“(...)tratamos también de ir haciendo acompañamiento en los grupos que estábamos a cargo, entonces desde ahí el rol que le toca a uno, como canalizador de los sujetos sociales y de que somos seres políticos(...), entonces se llama a la invitación a la reflexión.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Este panorama se mantuvo durante los tres primeros meses de la crisis social, y mediados de diciembre comienzan a retomar las actividades asociadas en horario de tarde, no obstante siempre se mantenía un plan de contingencia en el caso que se presentará algún tipo de manifestación en el sector.

“(...)en diciembre ya comenzamos a retomar las actividades de la tarde, también siempre así como a la espera de si es que pasaba algo, de hecho yo tuve que suspender 2 veces grupos, con las señoras ahí y yo “tienen que irse ahora” porque en plaza victoria están tirando lacrimógenas y deben irse ahora”, entonces 2 veces los jueves tuve que suspender grupo dada las circunstancias.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Junto a lo anterior, se mantiene un trabajo con el CDLS, donde este es robustecido y profundizado dado las implicancias de la crisis social. Durante este tiempo el CDLS, toma gran relevancia dado que las condiciones sociales ameritaba gestionar y realizar acciones que favorecieran la salud mental de las personas, pero también a hacer partícipes de actividades comunitarias para el territorio.

“Dentro de ese tiempo, otra organización que cobró harta relevancia dentro de nosotros fue el consejo de desarrollo local... entonces el consejo también comenzó a juntarse en otros horarios, a desarrollar otras actividades, también poder mantenernos como conectados...” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

En un principio el CDLS ocupa el espacio territorial específicamente el sector de la Plaza Anibal Pinto para realizar conversatorios donde a través de la conversación y la reflexión, se buscaba visualizar y levantar los efectos que estaban ocurriendo dada la crisis en las personas y familias. Por lo tanto, los/las trabajadores/ras sociales desempeñaron un rol de facilitador de procesos y de comunicación, desplegando diversas estrategias para favorecer la participación de las personas en los distintos encuentros.

“Nosotros comenzamos a hacer conversatorios en la Anibal Pinto, estos conversatorios se hicieron en conjunto del consejo local de Salud mental, en un principio fue para saber qué le pasa a las personas con lo que sucedía y contenerlas.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Dado a los hechos sociales vivenciados durante el periodo de la crisis social, el foco de las temáticas a revisar cambian hacia un foco mayoritariamente político, demandado por parte de los participantes del CDLS. Con ello entonces, de revisar temáticas de salud mental y reflexionar entorno a ello, se transiciona a una discusión preponderantemente política sobre la salud mental, donde el CDLS era un espacio donde se conducía y contenía la discusión.

“(…)cambiaron las temáticas de temas que eran muy psicoeducativos en salud mental a cuestiones que tienen que ver con la discusión de la ley de salud mental lo que tiene que ver los diferencia de recursos que llegan a salud mental, como un tema más políticos.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Dichos aspectos levantados a través de estos encuentros aportan a visibilizar y considerar la perspectiva de las personas usuarias del centro y personas que durante este periodo asistente a los encuentros del CDLS. Estas perspectivas discutidas se pueden estructurar en dos aspectos: la salud mental de las instituciones, donde las personas usuarias del CDLS durante la crisis social debaten y comparten opiniones sobre cuál es el tipo de atención en salud mental que quieren recibir y cómo visualizan las problemáticas de salud mental personal y de su comunidad, llevando este debates al diálogo del aspecto temático de la salud mental a nivel nacional, donde se reflexiona sobre las valencias del sistema de salud chileno de salud mental, que se hace evidente con que en Chile no se cuenta con una ley de salud mental, lo que limita la política pública de atención en salud mental

Tabla 20 Temática de los encuentros

Temática	Fragmento
Salud mental de la institución	<i>“conversar sobre lo que estaba pasando y conducir la discusión con los mismos usuarios de nuestro centro hacía en tema qué tipo salud mental quieres usted, esto nos está llevando cuestionar varias cosas y entre eso hay que cuestionar qué es la salud mental en el sentido de cómo se está trabajando la atención, cómo ve usted el problema dentro de su comunidad, los temas de salud mental no son solo suyo si no que hay un</i>

	<i>montón de personas viviendo en su intimidad diversos temas” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)</i>
Salud mental nacional	<i>“Se aprovechó esta instancia para reflexionar sobre el estado y la salud mental y en esa discusión está la ley de salud que es un tema que se ha estado trabajando que se han escrito varias publicaciones y que nuestro país no la tiene y de alguna manera proyecta y da un atisbo hacia donde se debe proyectar la salud mental hoy en día.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)</i>

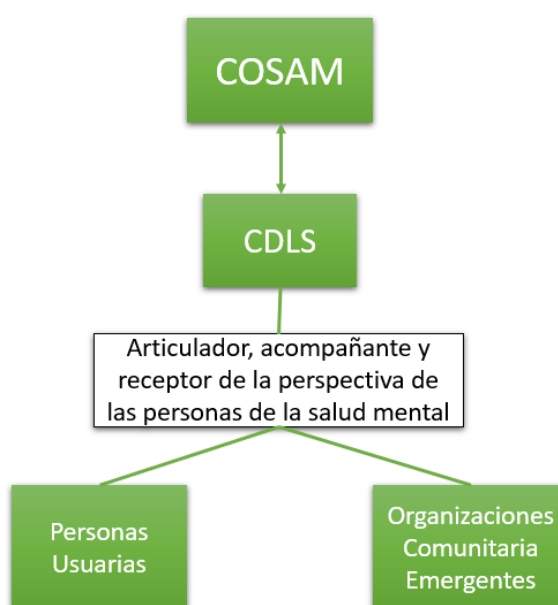
Fuente: Elaboración Propia

“Además supimos de organizaciones que se estaban formando y es importantes tenerlas ahí en nuestra red para ir trabajando lo que es vinculación, inclusión en salud mental(...),por otro lado se fueron generando vínculos con otras organizaciones, en este caso se han generado vínculos con organizaciones comunitarias de la plaza del Descanso.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

“Estas actividades sirvieron mucho para dar a conocer nuestra institución en el sentido; usted es vecino y acá puede encontrar salud mental.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Con lo anterior, se extrapola la capacidad del CDLS como actor que permite vincular las perspectivas de las personas usuarias y el levantamiento de información realizado por las organizaciones comunitarias emergentes, permitiendo y posibilitando que el COSAM durante la crisis social se convierta en un articulador de actores.

Ilustración 16 Articulador de actores



Fuente: Elaboración Propia

El CLDS durante este periodo se convierte en un espacio de acompañamiento del proceso histórico y social que vivían las personas y comunidades, articulador, debido a que reúne a diferentes actores del territorio interesados en reflexionar en torno a la salud mental, convirtiéndose en una organización que vinculada a una institución pública de salud mental recoge y recepciona las perspectivas que las personas presentan sobre la salud mental.

Toda la labor mencionada genera que los equipos visualicen la importancia de la salud mental comunitaria.

“Esa instancia fue de acompañamiento y para instalar ciertos temas en el sentido desde el consejo el que estaba presente ahí, yo conversaba estos temas con el equipo en el sentido de que era abrir estos espacios para a nivel comunitario, que la salud mental saliera del box y se pudieran ir mostrando acciones comunitarias de salud mental, entonces hasta ahí este resultado fue abrir estos espacios.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria).

Todo este trabajo desplegado en plena crisis social con el pasar de las sesiones y encuentros, debe ser detenido debido a que los lineamientos de salud mental en Chile, y en específico los indicadores de medición de la atención como se planteó en el relato de atención primaria, no permiten cuantificar acciones en salud mental comunitaria, al estar centrados en diagnósticos y cantidad de atenciones, dejando fuera indicadores que den cuenta de aspectos cualitativos. Donde en este caso toda la labor llevada a cabo por el CDLS durante la crisis social, no es visualizada como una prestación medible por el MINSAL.

“(…)después de alguna manera nos fue comiendo esta directriz del estado de trabajar entregar esta salud mental en box ese el eterno dilema de un centro comunitario de salud mental, porque de cierta manera lleva el nombre de comunitario pero a su vez debe hacer igual prestaciones individuales familiares grupales pero en el recinto porque en fondo cada prestación que hacemos es producción y es pago, entonces hay sostenerse.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

A pesar de esto, desde el trabajo social se destaca y se releva la apuesta de fomentar y propiciar espacios para favorecer la inclusión sociocomunitaria de las personas a los servicios de salud para abordar y reflexionar en un contexto histórico político y social de manera conjunta sobre las temáticas atinentes de salud mental, a pesar de la influencia de la política nacional de salud.

“La lección que nos dejó ese espacio de trabajo comunitario fue el tomar de riesgo de hacer algo en crisis por otra parte contextualizar no permanecer ajenos a la discusión que se estaba dando en la calle pero por otro lado el valor que le ponen las personas que participaron en ese proceso fue que se dieron cuenta que existía un espacio de salud mental en la comunidad . (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Por otra parte, desde la UIJ del Hospital del Salvador, durante al comienzo de esta crisis se le informa al equipo de salud mental del Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia que dicho programa no va a poder seguir realizándose dentro de la oferta programática de la institución durante el año 2020, por lo que el equipo continúa desarrollando sus labores, no obstante a raíz de la activación de los territorios y la aparición de nuevas organizaciones sociales producto de la crisis social, el ECO se mueve por el territorio, participando de los encuentros y fomentando extender el tejido social por todos los territorios de la ciudad de Valparaíso.

(...)la instancia de poder extender un tejido social no solo con el ámbito de salud, si con otros referentes de la red familiar, social, organismos no gubernamentales, y el también ir nosotros al territorio a empaparnos de cómo el territorio estaba trabajando para ir en apoyo de sus comunidades, que escapa del trabajo de nosotros porque ya no teníamos el programa ECO, ya no teníamos esa línea comunitaria.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Por lo tanto durante este periodo, el programa Eco Barrio Solidario para la Infancia bajo sus líneas de acción, continua desarrollándose con regularidad entre las instituciones, no obstante desde la línea de Vinculación con la comunidad prevalece la idea de participar constantemente de las actividades que se estaban desarrollando en las comunidades, donde los roles que tenían previamente a la crisis social, mutan hacia un rol colaborativo


y disposición de lo que las comunidades e instituciones requieran. Llegando a participar de las acciones comunitarias gestadas por el COSAM, a través del CDLS.

Tabla 21 Modificación de la línea de acción

Fragments: “(...)cuando ya empezamos a ver que el ECO no iba ser parte de la oferta programática 2020, lo que hicimos fue seguir trabajando y nosotros ir a las instancias de la comunidad, a los conversatorios del COSAM , a los conversatorios por ejemplo de la ex cárcel de Cordillera, nosotros nos pusimos a disposición de la comunidad asumimos un rol de introducirnos al trabajo que ya estaba realizando la comunidad y cómo nosotros podíamos apoyar nivel de salud mental era como llevar el ECO al territorio” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(...)cuando hablamos de colaborar tenía que ver no solamente con calidad de expositor sino de lo operativo, desde los asistencialista de ir, participar de ollas comunes, facilitar recursos apoyar en gestiones a la comunidad ,de orientación también, pero creo que fue de movilizador de recursos.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Rol del TS en el ECO respecto a la Vinculación Comunitaria

<p>Previo a la Crisis</p> <p>Generar y gestionar los espacios sociales para propiciar el encuentro de las personas participantes del intersector.</p>		<p>Crisis Social</p> <p>Participar de los espacios sociales emergentes organizados y ser facilitadores ante las necesidades de los territorios</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración Propia

Finalmente desde la línea del Hospital Carlos Van Buren, dada la crisis social los ámbitos de participación comunitaria y la línea de voluntariados se vieron afectadas en su realización debido a la centralidad en el que se encuentra ubicada la institución. Por lo tanto, bajo la línea de la participación comunitaria se vio obligada a paralizar sus funciones y actividades en pos de resguardar la integridad de las personas.

“(...)las actividades de octubre pa delante no se hicieron entonces hubo que cerrar los compromisos de gestión con lo que había todo se concluyó en septiembre por que íbamos viviendo el día a día, “veamos que pasa en noviembre, quizás a la tarde no hay protestas”, finalmente tuvimos que cerrar.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

“(…)el CDL se suspendió , se suspendieron todas la reuniones todo, el consejo de desarrollo estaba de aniversario el segundo semestre, la reunión de cierre nada de eso se hizo, yo cerré con las actividades hasta septiembre con el informe anual.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Dado a lo anterior, significó para la institución un retroceso para los procesos de recuperación y acompañamiento de las personas usuarias, con ello también se entrapa los procesos de vinculación e inclusión comunitaria a la institución, generando un daño significativo a la participación ciudadana y en consecuencia la pérdida de la perspectiva de las personas entorno a los procesos y procedimientos del hospital.

“Todo lo de participación ciudadana se redujo un 80%.” (Trabajadora Social N°7)

No obstante, desde el rol de la trabajadora social dado el cierre de la línea de participación comunitaria, coloca énfasis en otras áreas y visualiza la necesidad de implementar capacitaciones y reflexiones entorno a las temáticas de salud mental, derechos humanos y derechos y deberes de las personas en los/las funcionarios/as, debido a las fuertes demandas que se estaban dando a raíz de las diferentes violencias generadas por la crisis social.

“Acá nunca falta que hacer así que si fue poner énfasis en otras áreas, (...) siempre organizando cursos para los funcionarios, hacíamos cursos de interculturalidad, formación en derechos humanos y salud, formación en derechos y deberes de salud... Hicimos varios cursos donde igual teníamos que seguir trabajando, hicimos varios cursos de capacitación a la atención a usuarios migrantes que tenían problemas de regularización para la atención en salud.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

En ese sentido, la profesional pesquisa una oportunidad para potencializar la capacidad de la institución en favorecer los procesos de atención y resguardo de las personas usuarias, donde a través de la gestión en red se levanta una capacitación entorno al protocolo de Estambul para fortalecer las competencias en los/las funcionarios/as en la detección y procedimiento a seguir en situaciones de torturas y otros tratos inhumanos.

“(...)desde mi participación coordinamos una capacitación del protocolo de Estambul, porque yo hice un pequeño sondeo y la enfermera supervisora de la unidad adulto no tenía idea, sabía que existía el protocolo de Estambul, pero no sabía cómo se aplicaba.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Sin embargo, dicha capacitación logró realizarse pero no alcanzó a modificar los procedimientos a seguir en la institución, dado que al ser una institución de atención terciaria, está prioriza un enfoque biomédico en la que releva la atención de urgencia y subsana aquella sintomatología y que por tanto el conjunto de funcionarios/as utilizan un enfoque contrario al modelo biopsicosocial.

“(...)no logramos involucrarnos en los protocolos o procedimientos del Hospital. Porque primero debe haber un proceso de concientización, si ellos lo entienden, lo importante que es o si ellos están ideológicamente en la vereda contraria, ni siquiera le van a ver la oportunidad de incorporarlos en la atención.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Por otra parte bajo la línea de voluntariados convencionales y no convencionales durante los primeros meses, fue un ámbito que se vio imposibilitado de conllevar, ya que las damas de colores en su mayoría son personas mayores y exponerlas a las distintas violencias que se estaban generando en el centro de la ciudad, era un riesgo potencial para la integridad de los grupos. Y bajo la línea de voluntarios no convencionales, se cerró toda posibilidad de generar vínculos, solamente en la fecha de navidad se permitieron donaciones para áreas específicas.

“Donaciones no hubo hasta navidad que fue súper específicas para la noche de navidad, donde es una noche con poca gente hospitalizada.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

“El voluntariado convencional, las damas de colores que son todas personas mayores (...), durante el estallido disminuyó arto el voluntariado y yo les decía acá la prioridad es la seguridad, si usted tiene turno hoy día y sabe y siente que hay riesgo no vengan.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Para finalizar en el periodo de la crisis social, en relación a la categoría análisis de inclusión comunitaria del nivel de atención secundaria y terciaria de la ciudad de Valparaíso. Desde el COSAM, los grupos de autoayuda y multifamiliares ven dificultades

su realización dada la ubicación del COSAM, donde el horario de tarde representa un riesgo para las personas participantes, lo que se visualiza que únicamente sea posible conllevar el espacio en un horario de mañana. Desde el CDLS, el espacio durante el periodo de la crisis social se ve fortalecido desde un área interna y externa. Desde el área interna, el CDLS se ve favorecida con mayores niveles de participación y fortalecimiento de las capacidades de las personas participantes. Desde el área externa, el CDLS es visualizado como un articulador de redes, donde ve la oportunidad de vincularse con otras personas que desconocían el espacio del CDLS y además de generar lazos con organizaciones sociales emergentes para la inclusión sociocomunitaria.

Desde el Hospital del Salvador en la UIJ, esta continúa realizando un labor comunitaria en salud mental desde el programa ECO Barrio Solidario para la Infancia, con una modificación de la modalidad de llevar la línea de acción de vinculación con la comunidad, donde los/las trabajadores/as sociales de la unidad durante este periodo no convocan a encuentros si no que se suman como un actor institucional a diferentes espacios gestados durante la crisis social.

Y desde el Hospital Carlos Van Buren, los ámbitos de participación comunitaria y línea de voluntariados se ven en la necesidad de suspender sus encuentros, dadas las condiciones sociales que se estaban presentando en la ciudad. Con ello la trabajadora social reorienta sus funciones hacia la organización interna del Hospital, con ello conlleva diferentes acciones para capacitar a los/las funcionarios/as para favorecer la capacidad de la institución para incluir a las personas, sin embargo debido a las aprensiones que presenta la institución y funcionarios/as, debido a no presentar una mirada biopsicosocial de las personas, resulta complejo incidir en el accionar del Hospital.

Crisis Sanitaria.

Durante el periodo de la crisis sanitaria, los/las trabajadores/ras sociales de esta sistematización insertos en el atención secundaria y terciaria de la ciudad de Valparaíso, se enfrentan a las nuevas condiciones sociosanitarias que presenta el contexto, donde a raíz de la situación, el trabajo presencial se ve imposibilitado de conllevar, llevando y adaptando sus funciones al teletrabajo.

Desde el COSAM, bajo a la situación presentada los/las trabajadores/ras sociales son enviados a sus respectivas viviendas a realizar sus funciones mediante el teletrabajo, donde bajo las líneas de acciones que tienen previstas para la inclusión sociocomunitaria se ven dificultadas en sus realización.

Bajo la línea del trabajo con grupos, durante los primeros meses esta se ve cancelada debido a la imposibilidad de realizarse. Por parte de la institución, esta tiene la idea de resguardar la integridad física de las personas usuarias hasta que haya un protocolo óptimo ante la situación dada, por otra parte la vía de activación online también es compleja dada la brecha tecnológica que existe entre las personas usuarias.

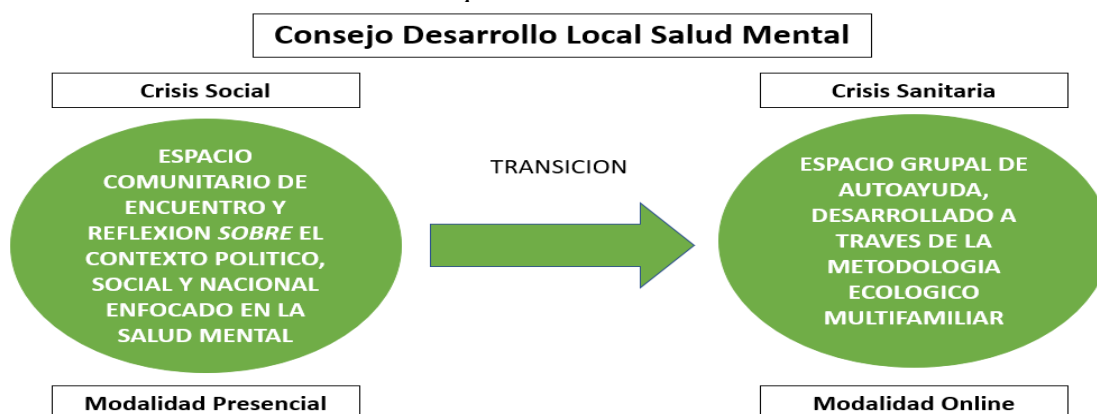
“toda la modalidad presencial con la que ellos funcionaron en su momento con cierta regularidad y asistencia , con la pandemia y con el salto de tener de adaptarse a las tecnologías no se pudo dar este trabajo de manera más sostenida como lo fue en pandemia” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

No obstante, durante el desarrollo de la crisis sanitaria, los/las trabajadores/ras sociales en conjunto de los equipos pesquisan la necesidad de favorecer los encuentros de las personas usuarias para generar contención emocional y apoyo mutuo. Por lo que los/las trabajadores/ras sociales logran reactivar los grupos de apoyo mutuo, bajo una modalidad online y con una periodicidad definida por los mismos integrantes. Sin embargo, esta reactivación tenía presente la posibilidad de la ausencia de varias personas, dada la brecha tecnológica que presenta la población a cargo del COSAM.

“Yo te diría que después de 1 o 2 meses, por lo menos de lo que me toca a mi, logre reactivar 2 de los grupos (...), pero los 2 grupos de autoayuda, en este momento están funcionando pero a una periodicidad de 15 días, no semanal, ellos prefieren que no, porque: ”si estamos en la casa, que vamos a contar, si no pasa mucho”. Pero se ha logrado mantener, y ha sido super valorado por las participantes.” (Trabajadora Social N°4, Atención Secundaria)

Por otra parte, desde la línea de trabajo comunitario, el trabajador social asesor del CDLS mantiene reuniones virtuales donde van realizando un proceso de adaptación de la crisis social a la crisis sanitaria. Como se mencionó en el periodo de la crisis social este se vio fortalecido en cuanto a la capacidad de sus personas incluirse en el espacio y en cuanto a la capacidad de la institución para incluir a las personas en el espacio. En la crisis sanitaria el CDLS transiciona desde un espacio de encuentro y reflexión sobre la política de salud nacional en la crisis social hacia un grupo de autoayuda la crisis sanitaria, dado a la necesidad de acompañamiento por parte de los integrantes del CDLS.

Ilustración 17 Transición del espacio



Fuente: Elaboración Propia

“(...)nos vamos reuniendo de manera virtual, porque hemos mantenido el espacio de reuniones, incluso lo hicimos para enfrentar la pandemia como era necesario a propósito de los problemas que se estaba suscitando en cada uno de los grupos quincenales, entonces se fue transformando también en una especie de grupo de autoayuda, de escucha también, por lo cual se fue acompañando en este proceso de pandemia.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Esta transición que experimenta el CLDS lo lleva a convertirse un grupo autoayuda, lo que implica adoptar la metodología de los grupos multifamiliares del COSAM, en ese sentido se llevan a cabo bajo los lineamientos del programa ecológico

multifamiliar. El contexto y la metodología lleva a que en el grupo se manifieste y se haga evidente las consecuencias en la salud mental debido a las cuarentena, el confinamiento domiciliario y la distancia física.

“(...)fuimos utilizando la metodología del programa ecológico multifamiliar donde la sesión se parte con una pregunta inicial que tienes que ver cómo estamos esta semana, como les ha ido. El contenido de las preocupaciones y discursos todos centrados en el tema de la falta de libertad para poder transitar como se trastocan las rutinas de la vida diaria desde eso también ir acompañando grupalmente la vivencia de angustias de sensación muy particulares y personales de cómo se va viviendo el estrés.”(Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

El trabajador social en base a estas consecuencias efectúa estrategias y técnicas para favorecer los procesos de contención emocional y apoyo durante este periodo, aunque también prevalece la idea de seguir fortaleciendo el espacio a través de labores y gestiones que logren desarrollar a los/las dirigentes/tas del CDL en los territorios, para promover sus capacidades de autonomía y liderazgo del espacio.

“(...)yo como trabajador social, el psicólogo que es parte de la directiva del CDL, más la directora que participó constantemente fuimos también abordando estos temas dando psicoeducación desde los técnicos problemas con insomnio cómo se maneja la ansiedad de la comida el incentivar a desarrollar actividad física“ (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

“(...)la figura es la de asesor pero esto tiene que ir transitando a que el directorio del consejo se vaya organizando de tal forma que vayan delegando funciones vayan distribuyendo tareas y por otra forma ir formando nuevos líderes para no hacernos dependientes.“ (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Dado a lo anterior, a pesar de que el encuentro físico se haya visto soslayado, el espacio dado por la vía online también favoreció la participación de otras personas que nunca habían sido partícipes del CDL, lo que generó nuevas perspectivas para abordar las problemáticas del confinamiento y mayor inclusión sociocomunitaria.

“Desde mi percepción la participación se mantuvo, lo que sí pasó es que hubo participación nueva, de persona joven que no estaban vinculadas directamente al consejo de desarrollo local eso también es algo a destacar que tiene que ver con el movimiento en redes sociales.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria).

Esta inclusión de nuevas personas al espacio del CDLS y en específico jóvenes, se debe a que el CDLS presenta una fanpage en la red social de Facebook, el que administrado por un relacionador público que presenta formación en primeros auxilios desde donde durante la crisis sanitaria se difunde los encuentros del espacio como un grupo de autoayuda, abriéndose a todo tipo de personas más allá si es o no usuario/a del COSAM.

“(…)del consejo local de desarrollo en el sentido de que tenemos un fanpage en Facebook que ha permitido la interacción con personas que son de la comunidad en general, de alguna manera y que hacen consultas(…),fue orientado en: mira tenemos un grupo nos juntamos los días viernes está cordialmente invitado y les pedía el correo y nosotros les enviamos el link hubo una suerte de campaña constante de promoción y de involucrar personas al grupos de tal forma que no solo fuera estar restringido aquellos socios del CDLS más bien a la comunidad en general.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

En relación a la adopción de la modalidad de teletrabajo y la incorporación de intervenciones online, donde se identificó una brecha en relación al acceso de las tecnologías de las personas usuarias del COSAM. Lo que lleva a que el trabajador social proponga desarrollar y postular a un proyecto que disminuya dicha las brechas de acceso a las tecnologías. Al llevar a cabo este proyecto, el trabajador social propicia hacer parte de manera activa a la directiva del CDLS, aportando a la construcción de la formulación del proyecto.

“(…) entonces es como ir preparando escenarios también, entonces ahí la figura del asesor va mostrando esos temas pero a la vez también el tema es ir promoviendo decisiones en la autonomía, por ejemplo esto del proyecto que no se recargue la acción a una sola persona, todos vamos remando para un mismo lado.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Este proyecto es levantado a raíz de un fondo concursable que realiza la Universidad de Playa Ancha, y como parte de la línea de trabajo comunitaria del COSAM y el CDL, postularon con la idea de reducir el acceso y manejos de las tecnologías. Con ello se realiza un trabajo de diversas instituciones que colaboran en este proyecto para favorecer la inclusión en las personas usuarias del centro.

“(...)levantamos ese proyecto con el fin de reducir brecha de la disposición de un equipo como también la de comenzar un proceso de inclusión digital de alfabetización (...), entre las persona mayores o personas afectadas en sus salud mental en un tema que tiene que ver con el manejo de las tecnologías de la información que hoy son un tremendo soporte para darle continuidad de cuidados a los temas de salud y en general a los tema de salud mental” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Con ello, los/las trabajadores/ras sociales siguen realizando adaptaciones a sus funciones para adaptar sus acciones al proceso del teletrabajo, buscando estrategias para favorecer la conexión remota y propiciar la inclusión de las personas a los procesos de cuidado de su salud mental.

Por otra parte, desde la UIJ del Hospital del Salvador, durante este periodo al verse finalizado el Programa ECO Barrio Solidaria para la Infancia, se ven en la necesidad de readaptar sus funciones y estrategias en la línea comunitaria. Dado al proceso conllevado por el ECO durante varios años, los/las trabajadores/ras sociales deciden sistematizar la experiencia de la misma y realizar un proceso devolutivo a todos los/las integrantes de la red dado el compromiso y participación entregado en el espacio, con ello se pretende relevar los protocolos y procesos realizados para ser llevados a cabo bajo el liderazgo de APS.

“(...)entonces nuestro rol fue agrupar esta voces, sistematizar el proceso y devolver la importancia de lo que habíamos realizado y tener un rol de acompañamiento con los compañeros de APS, como entregar el mando de alguna forma.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(...)en abril de este año, cuando nos volvimos a juntar con las coordinadoras por territorio del programa para explicar que no venía el ECO, ellas iban a ser quienes seguirán los lineamientos del ECO, a través de la línea de promoción y participación social.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Con lo anterior, el objetivo que convoca a los/las trabajadores/ras sociales a realizar este proceso, tiene un fin ético que es devolver los procesos de cuidado, recuperación e inclusión sociocomunitaria, en conjunto de una variedad de estrategias y técnicas para favorecer estos aspectos de manera proactiva e innovadora a los equipos de APS.

“(…)se entrega el mando a los compañeros de APS, se da un rol de acompañamiento, un rol de ir ampliando la red, transferencia de conocimiento (...), lo que hicieron replicar la experiencia del ECO; la pauta de derivación, los mecanismos de convocatoria, de gestión, reacciones como compartidas.”(Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

Ahora bien, dado el cierre del ECO, los/las trabajadores/ras sociales de la UIJ del Hospital del Salvador, reorientan sus horas dedicadas al espacio del programa hacia otras funciones comunitarias. Principalmente generar vínculos con los espacios realizados por las COMSE 2.0 en los territorios y también participar de la línea colaborativa que estaba levantando el COSAM a través del CDL, por lo tanto durante este tiempo buscan ser facilitadores y colaboradores de los procesos de vivencias que está teniendo la población.

“(…)y este año hicimos un conversatorio con el COSAM, en conjunto con los adolescentes para conocer por ejemplo como ser niño niña adolescente en un contexto de pandemia desde la perspectiva de ellos, también si dieron instancias de ponerles voz nuestros niños (...), fue super positivo en facilitar los procesos de nuestro niños hasta el día de hoy.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

También desde el mismo Hospital del Salvador se organizaron instancias asistenciales para poder colaborar con las comunidades con la facilitación y gestión de recursos, sin embargo una experiencia relevante que destacan los/las trabajadores/ras sociales tiene relación con la capacidad de organización que tuvieron las comunidades en relación a su autonomía, apoyo mutuo y solidaridad, incluso casi sin el apoyo de las instituciones gubernamentales.

“Las ollas comunitarias fueron un apoyo importante, nos coordinamos hartos con las redes de APS y acá en hospital generamos ayudas paliativas canastas juntar plata todos juntos haciendo canastas para los pacientes más vulnerables en cuanto a las redes de apoyo gubernamentales fueron pocas si no que fueron redes más locales las juntas vecinos, grupos de ayuda de salud mental pero conformados con los mismo pacientes.” (Trabajador Social N°6, Atención Secundaria)

Desde el Hospital Carlos Van Buren durante el periodo de la crisis sanitaria, el ámbito de participación comunitaria y la línea de voluntariados que se desarrollan en la institución se ven en la necesidad de una suspensión total, bajo la premisa de resguardo

de las personas participantes ante un posible contagio y propagación del virus COVID-19.

“La instrucción fue que todos los voluntarios se suspende ahora ya y esto con fecha 14 y 15 de marzo y todas las instituciones externas para su funcionamiento, y no viene más al hospital y hasta el día de hoy se mantiene una resolución que dice el voluntariado de todo tipo están suspendidos indefinidamente.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Dado lo anterior, esto evidencia muchos efectos negativos para la situación de las personas, por una parte para aquellas personas que se encuentran en un proceso de recuperación y requieren de asistencia material, espiritual y/o emocional, y por otra parte a aquellas personas participantes que perciben el voluntariado como un acto de autorrealización, y que dado la ausencia de ello, pierden significativamente un espacio de realización en sus vidas y por lo tanto una afectación a su salud mental.

“No te puedo explicar cómo esto afecta a las voluntarias, el voluntariado es el sentido de vida de muchas que participan.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Por parte de la trabajadora social, esta se vio afectada dada las funciones de su cargo. Debido a la paralización del trabajo entorno a la participación comunitaria y la línea de voluntariado, la profesional fue convocada a organizar y coordinar el comité COVID del Hospital Carlos Van Buren, donde sus principales atribuciones era definir los protocolos de acción para enfrentar la crisis de manera eficiente y oportuna.

“(…)yo fui convocada al comité, donde el hospital levantó por primera vez el comité COVID con atribuciones totales donde el equipo de personas que estaba nombrado a participar de este comité debería definir como el Hospital debía enfrentar la crisis.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria).

La trabajadora social participante de esta sistematización durante el periodo de la crisis sanitaria es reasignada a otro cargo en el Hospital Carlos Van Buren, donde de la encargada de participación ciudadana pasa a formar parte del Bienestar del personal. Este

cambio de área de trabajo posibilita el aportar a la presente sistematización la perspectiva de la salud mental del personal que realiza prestación de salud durante la crisis sanitaria.

La trabajadora social dentro de este área forma parte de la entrega de bonos por parte del Hospital a los funcionarios que presentaron el virus, realizando un escucha y contención a las experiencias personales familiares en relación al COVID de los/las funcionarios/ras.

“Ha sido potente porque el área de bienestar ha generado bonos y ha sido potente acercarme a la historia de los funcionarios que tuvieron COVID, como lo vivieron como fue ha sido potente.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

La trabajadora social al escuchar y contener las historias de los profesionales, visualiza la necesidad de una atención futura para los funcionarios, dado que su nivel de afectación en la salud mental es alto debido a gran carga de estrés que ha conllevado dar atención durante la crisis sanitaria.

“No ha tocado funcionarios que contagiaron sus familiar y fue terrible la angustia ver el día a día no saber si a tu señora la van a tener que hospitalizar, cuando vienen para acá nos cuenta la historia de cómo fue pero esa angustia del día a día, tienes que ser reparada desde la salud mental debe haber una intervención.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

En razón de los relatos sistematizados anteriormente, los/las trabajadores/as sociales que realizan funciones orientadas a la inclusión sociocomunitaria en el nivel de atención secundaria y terciaria de la ciudad de Valparaíso, durante la crisis sanitaria se ven en la necesidad de reorientar sus funciones y labores dentro de la línea comunitaria dada la apertura del teletrabajo como una de las metodologías para desempeñar sus labores en los niveles de atención secundaria y terciaria.

Desde el COSAM, el/la trabajador/a social procuran mantener los espacios grupales, mediados por las tecnologías de la información. Dada las características del contexto de la crisis sanitaria, el CDLS lleva a cabo una transformación en su foco de trabajo con el fin de aumentar su capacidad de inclusión dado el contexto, transicionando

a un grupo de autoayuda abierto a la comunidad. Desde el mismo CDLS se desarrolla una acción planificada y programada en base al diagnóstico pesquisado por la crisis sanitaria que tiene relación con la brecha y la alfabetización digital de la población usuaria.

Desde la UIJ del Hospital del Salvador, durante la crisis sanitaria se da término al programa Eco Barrio Solidario para la Infancia y se procede a generar un proceso devolutivo a todos los actores participantes del intersector, con ello se lleva a cabo una socialización de las estrategias a otros dispositivos comunitarios de atención a la salud mental, principalmente los espacios de las COMSE. En tanto a las funciones de los/las trabajadores/ras sociales de la UIJ se redirigen a fortalecer los espacios ya establecidos por la institución, incorporando la línea comunitaria como un eje relevante a considerar en las de los/las profesionales.

Por último, desde la línea del Hospital Carlos Van Buren, la trabajadora social a cargo de participación ciudadana se ve imposibilitada de realizar sus funciones asociadas debido a la suspensión indefinida de los ámbitos de participación comunitaria y la línea de voluntariados. La trabajadora social durante la crisis sanitaria es reasignada al cargo de Bienestar, donde realiza acciones relacionadas con la asignación de beneficios al personal de salud afectado por el COVID-19, esta labor la lleva a visualizar la afectación de la salud mental que presenta el personal proyectando que esté a futuro requerirá atención en salud mental.

Síntesis de Aprendizajes.

A partir del relato sistematizado a continuación se exponen en los siguientes, los principales aprendizajes obtenidos desde el análisis del relato de los colectivos participantes de la presente sistematización. Estos aprendizajes serán presentados a través de los espacio de inclusión socio comunitaria de cada institución de la cual forman los colectivos.

Los/las trabajadores/ras sociales insertos en el COSAM, Hospital del Salvador y el Hospital Carlos Van Buren, realizan funciones asociadas a los procesos de inclusión sociocomunitaria entorno a los siguientes espacios: trabajo de grupos, línea de voluntariados, CDL/CDLS y el programa ECO.

Estas funciones desde el COSAM se pueden establecer bajo los siguientes ítems:

Línea de trabajo grupal.

El trabajo grupal como parte de la inclusión sociocomunitaria durante los periodos descritos, los/las trabajadores/ras sociales realizan su función entorno a los lineamientos del programa Ecológico multifamiliar, que implica generar un espacio que permita la autoayuda entre sus miembros y favorezca la capacidad de las personas para ser agentes de sus propios procesos de salud y además de apoyar como líderes de salud mental en sus propios territorios.

Esta línea de trabajo conllevada por los/las trabajadores/ras sociales y otros miembros del equipo de salud mental del COSAM durante el periodo anterior, implicaba desplegar estrategias y técnicas que facilitaran el clima grupal y poder así favorecer el intercambio de experiencias entre las personas participantes. Es por ello, que bajo estos lineamientos se visibiliza la capacidad de la institución de alcanzar la inclusión de las personas al trabajo grupal, con el objetivo final de potencializar las capacidades y recursos de las personas, para que luego estas transmitan sus conocimientos en salud mental en los mismos sistemas comunitarios.

Durante el periodo de la crisis social, el espacio grupal dada las condiciones sociales que se encontraba viviendo la ciudad y además del espacio geográfico que ocupa el COSAM dentro del territorio, se veía implicado en la suspensión de sus actividades debido a los distintos enfrentamientos que ocurrieron en el sector. En consecuencia, se suspendieron los espacios grupales durante la tarde y hubo una afectación en los procesos

de rehabilitación y recuperación de las personas. Con ello, los/las trabajadores/ras sociales reformulan el espacio grupal orientado a realizar las actividades durante la mañana, y se incorpora al grupo el objetivo de socioeducar entorno los diversos acontecimientos que se presentaba en el periodo y de evidenciar las causas y efectos del hito histórico.

Durante la crisis sanitaria, la línea de trabajo grupal se ve en la necesidad de una suspensión indefinida debido a la implementación de la política sanitaria de confinamiento, bajo la idea de mantener resguardada la salud de las personas participantes. Esta situación persiste hasta que a través de los controles individuales se pesquisa la necesidad de levantar el espacio nuevamente mediante las nuevas plataformas online mediadas por las tecnologías de la información. Como resultado, los/las trabajadores/ras sociales levantan los espacios grupales de autoayuda a través de la modalidad online, con la idea de favorecer procesos de contención emocional para acompañar las vivencias causadas las condiciones sanitarias bajo una periodicidad de 15 días.

Línea de trabajo comunitaria.

La experiencia entorno a la línea de trabajo comunitaria se estructura en la siguiente ficha de trabajo:

Tabla 22 Ficha de Trabajo CDLS

Ficha de Trabajo			
Institución/Programa	COSAM/Consejo de Desarrollo Local de Salud Mental		
Periodo	Anterior a las Crisis	Crisis Social	Crisis Sanitaria
Lógica de Trabajo	Presencial	Presencial	Online

Frecuencia de encuentro	1 vez al mes	1 vez a la semana	2 veces al mes, encuentros quincenales
Participantes	Organizaciones social- dirigentes y dirigentas de juntas de vecinos, trabajador social y psicóloga del COSAM	Organizaciones social- dirigentes y dirigentas de juntas de vecinos, trabajador social y psicóloga del COSAM y personas del territorio y la comunidad en general	Organizaciones social- dirigentes y dirigentas de juntas de vecinos, trabajador social, psicóloga, directora del COSAM y persona de la comunidad (online)
Foco de la actividad	Fortalecer el vínculo de los participantes al CDL y desarrollar las capacidades de autonomía del espacio para realizar acciones de salud mental..	Reflexionar sobre el contexto político, social y nacional enfocado en la salud mental, desde una óptica institucional y nacional de la política pública	Favorecer los procesos de contención emocional de las personas y desarrollar proyectos para disminuir la brecha tecnológica.

Fuente: Elaboración Propia

Bajo la línea de trabajo comunitario desde el COSAM, un organismo potente donde los/las trabajadores/ras sociales desarrollan su labor es el CDLS. Este espacio durante el periodo anterior de las crisis, los/las trabajadores/ras sociales tenían un énfasis en fortalecer la cohesión entre las personas participantes y autonomizar el espacio, con fin de promover la salud mental entorno inclusión sociocomunitaria entre las personas y las instituciones, y estas con los sistemas comunitarios, fortaleciendo los recursos de cada individuo para ser agentes activos de sus propios procesos de salud.

Este proceso durante la crisis social, se visualiza como una oportunidad para el CDLS para insertarse en el territorio como un organismo facilitador y acompañador de los procesos de afectación de salud mental. En favor de lo anterior, se levantan desde la dirigencia del CDLS variadas actividades que se insertan en el territorio, generando una gran afluencia de personas participantes y conllevando procesos socioeducativos y

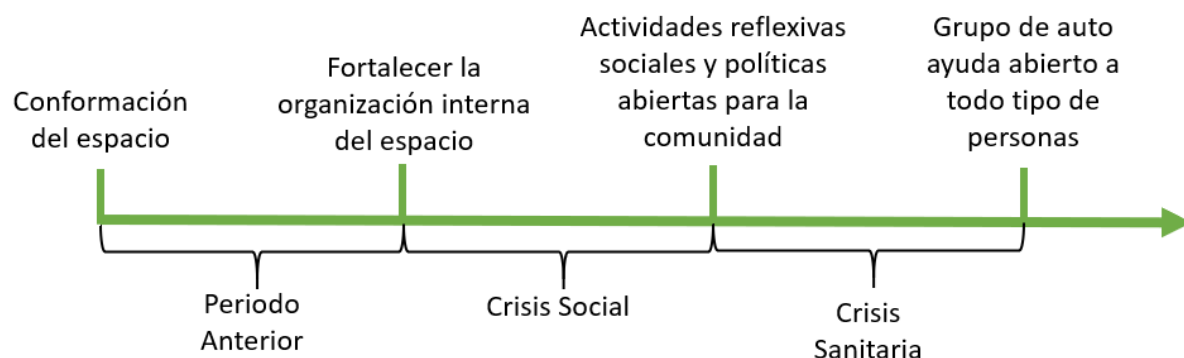
reflexivos sumamente relevantes para comprender cómo se despliega la atención de salud mental y como la política nacional de salud mental la entiende, y con ello buscar estrategias que establezca los procesos de salud mental de las personas. Durante este tiempo el CDLS se destaca por el favorable aumento de encuentros que realiza, favoreciendo los espacios entre el COSAM, las personas participantes y organizaciones sociales emergentes, convirtiendo a la institución como un articulador de redes.

Por último en la crisis sanitaria, el CDLS se ve en la necesidad de disminuir sus labores comunitarias y ajustarse a las condiciones sanitarias que presentaba el contexto. Por esta razón el CDLS ajusta sus encuentros a la modalidad online, mediante videollamadas para realizar sus encuentros y acciones. Respecto a su foco de trabajo, este adapta sus acciones a favorecer los procesos de contención emocional de la comunidad, transicionando hacia un grupo de autoayuda abierto a todas las personas vinculadas o que conocían el CDLS y de la comunidad online a través de la red social de Facebook, generando estrategias y técnicas para favorecer el autocuidado en razón de la situación sociosanitaria.

Rol del TS en el espacio del CDLS.

Durante el desarrollo del trabajo del espacio del CDLS a lo largo de los periodos descritos, los/las trabajadores/ras sociales van situando su accionar de acorde a los requerimientos que el espacio establece y dada las condiciones sociosanitarias que el periodo demande.

Ilustración 18 Evolución del espacio



Fuente: Elaboración Propia

En ese sentido durante el periodo anterior a la crisis, el trabajador social centran su accionar entorno al objetivo de conformar el espacio del CDLS y fortalecer la organización interna del espacio, lo que implica para los/las profesionales tener un rol: articulador, que logre vincular a las personas representantes de grupos multifamiliares del COSAM, de las juntas de vecinos, de organizaciones sociales, y de las mismas comunidades, mediante técnicas y/o estrategias que promuevan la cohesión social y el clima grupal.

En el periodo de la crisis social y por las diversas condiciones sociales, el rol del trabajador social se establece como la figura de un asesor, figura que busca generar la autonomía en torno a la toma de decisiones sobre los objetivos, proyectos y/o actividades. Durante este periodo, el CDLS es de gran relevancia debido al fortalecimiento de su organización y que en consecuencia genera una amplia variedad de actividades abiertas para el territorio, lo que lleva a que el trabajador social bajo la figura de asesor ponga énfasis en apoyar en las gestiones y coordinaciones que se encontraba generando el CDLS para su población. Además de facilitar estructuras metodológicas que permitieran a los dirigentes/tas del espacio conllevar actividades dinámicas y reflexivas para las personas participantes.

El rol del trabajo social en el CDLS durante la crisis sanitaria, transita entre la figura de asesor y facilitador de los intercambios afectivos del grupo, donde prevalece la idea de mantener y fortalecer la autonomía del espacio entorno a la toma de decisiones y actividades a realizar, pero también durante este periodo se requiere el acompañamiento entre los miembros del CDLS debido a las influencias de la política sanitaria sobre el confinamiento, la cuarentena y el riesgo de contraer COVID-19 en la salud mental de las personas y familias, lo que lleva al trabajador social a desplegar estrategias y técnicas que favorezcan la contención emocional y la socioeducación en favor del autocuidado. Y además de asesorar en la elaboración, construcción y postulación de un proyecto digital que busca disminuir las brechas tecnológicas de la población usuaria del centro.

Finalmente desde el rol del trabajo social, se destaca el buscar desplegar espacios que favorezcan la inclusión sociocomunitaria de las personas a las instituciones de salud, esto a pesar de que las acciones comunitaria en salud mental no sean visualizadas como una prestación medible por el MINSAL dado que no cuenta con indicadores que midan aspectos cualitativos de las intervenciones.

En tanto desde la Unidad Infanto Juvenil del HDS, se pueden establecer las funciones de los/las trabajadores/ras sociales bajo los siguientes ítems:

Programa ECO Barrio Solidario para la Infancia y readaptación a la línea comunitaria.

Durante los periodos descritos, el programa ECO Barrio Solidario para la Infancia, instancia donde los/las profesionales de trabajo social desarrollaban sus funciones en base a la línea comunitaria, se da por finalizada debido a los requerimientos de la política nacional de salud y la política institucional. Con ello, deben readaptar sus funciones y conllevar distintas estrategias para abordar la línea comunitaria sin el nexo del programa ECO. Por esta razón, desde el periodo de la crisis social, la estrategia utilizada por los/las

trabajadores/ras sociales para atender las necesidades del contexto fue facilitar y apoyar en los procesos comunitarios que se encontraban levantando las organizaciones emergentes, las comunidades y los centros de atención en salud. Otorgándole una mayor relevancia a las gestiones autónomas que realizan las organizaciones sociales y propiciar el liderazgo de APS en las temáticas sociosanitarias en las comunidades de la ciudad.

Finalmente en la crisis sanitaria, los/las trabajadores/ras sociales ponen énfasis en los espacios ya conformados y buscan fortalecer las líneas comunitarias mediante la transmisión de conocimiento que adquirieron mediante la experiencia del Programa ECO. Lo anterior se realiza a través de la facilitación de materiales, instrumentos y estrategias, que buscan favorecer la capacidad de los espacios e instituciones que se encuentran al cuidado de las personas, bajo la experiencia adquirida por el programa ECO, esto se refleja en la aportación del documento de derivación de la COMSE.

Las funciones desde el Hospital Carlos Van Buren, se pueden establecer bajo los siguientes ítems:

Línea de Voluntariados y Participación Comunitaria.

Las líneas de trabajo de voluntariado y de participación comunitaria desplegado en el consejo local de salud y el consejo consultivo del Hospital Carlos Van Buren, que eran parte de las funciones de inclusión sociocomunitaria que desarrollaba la trabajadora social en la institución, a lo largo de los periodos de crisis social y sanitaria se ven suspendidas en su realización. En la crisis social ambas líneas de trabajo se suspenden desde el mandato institucional por el motivo de resguardar la integridad de sus participantes, entendiendo la ubicación geográfica de la institución y las diferentes violencias que estaban transcurriendo en el sector. La crisis sanitaria para ambas líneas culminó en la suspensión indefinida debido a la política nacional en salud, y la

importancia del Hospital Carlos Van Buren como una institución referente para dar respuesta a la crisis sanitaria.

La suspensión de ambas líneas de trabajo comunitario, desde la perspectiva de un centro de atención terciaria implican un gran retroceso entorno a la capacidad de inclusión sociocomunitaria de la institución a las personas, entendiendo que estos espacios favorecen a procesos inclusivo reflexivos de retroalimentación para el tipo y la calidad de atención que la institución entrega.

Derechos humanos como inclusión en la atención.

Durante la crisis social ante la suspensión de la línea de inclusión sociocomunitaria del Hospital Carlos Van Buren, la trabajadora social comienza a desarrollar un trabajo en salud mental y los derechos humanos tratando de influir en la capacidad del personal de salud para atender a las personas. Esto lleva a coordinar una capacitación en torno al protocolo de Estambul debido a que el personal de salud que atendía a la población que llegaba como víctima de algunos de los hechos de violencia suscitados durante la crisis social no presentaban el conocimiento para la aplicación de este protocolo que busca pesquisar situaciones de tortura y/o tratos inhumanos.

El desarrollo de estas capacitaciones no logra incidir en la modificación de los procedimiento de atención del Hospital influido por las características del contexto social, lo que deja entrever la vigencia de la concepción biomédica como una única concepción para la atención médica.

Trabajo social y bienestar del personal.

Durante la crisis sanitaria la trabajadora social es reasignada de cargo hacía bienestar del personal, donde realiza gestiones relacionadas con la atención del personal del Hospital. Durante ese periodo la trabajadora social se encarga de recepcionar al

personal de salud que se contagió de COVID-19. Durante esa recepción la profesional despliega estrategias y técnicas que están orientadas a favorecer la contención emocional de funcionarios del hospital, que se vieron afectados ellos y sus familias debido a las consecuencias de presentar el virus, además del estrés generados por las jornadas de trabajo dando atención a persona con COVID-19, produciendo en el personal un estado de agotamiento físico, mental y emocional.

El realizar esta labor por la profesional la lleva a proyectar la necesidad de que en un futuro se desplieguen dispositivos especializados en la atención del personal de salud que dio respuesta a la crisis sanitaria, generando procesos reparatorios a este personal.

4.5. Principales Hallazgos

En base a los experiencias relatadas, analizadas y a los aprendizajes levantados, desde los análisis de categoría y de secuencia desarrollados anteriormente, es posibles sumar a estos análisis un trazado expositivo de hallazgos transversales a la atención primaria y secundaria/terciaria, que se identifican con trascendencia durante la crisis social y sanitaria.

Organizaciones y redes de Trabajo social.

Dentro de todos los aspectos descritos a lo largo de esta sistematización, los contextos de crisis social y sanitaria inciden progresivamente a que desde los/las trabajadores/ras sociales de los distintos niveles de atención se fueran articulando, organizando y consolidando espacios de confluencia y concurrencia propios de la profesión. Esto generó por ejemplo que el Colegio de Trabajadores/ras Sociales se situará como un actor que permitió aunar a los/las profesionales.

“(…)ayudó a los procesos de toma de conciencia y ayudó también mucho en el ámbito gremial, el gremio se ha ido posicionando un poco más, como colegio a raíz de lo que fue el estallido, y eso me gusta(Trabajador social N°11, CORMUVAL)

“El colegio de asistentes social nacional hizo un conversatorio sobre la desconstrucción del modelo biomédico en salud y fue interesante.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

“(…)hemos ido haciendo capacitaciones online con el Colegio de trabajadores sociales, tenemos un grupo WhatsApp donde nos vamos apoyando, compartiendo los datos de contactos, material para trabajar alguna que otra temática (Trabajador social N°11, CORMUVAL)

En las instituciones de salud donde había un grupos de trabajadores/ras sociales, las reuniones de estamentos de trabajo social se convierten en un espacio que se reactiva y que durante las crisis se hace necesario para dialogar y tomar decisiones como estamento sobre cómo intervenir durante estos contextos de modificaciones y nuevas necesidades de la población a cargo.

“(…)se reactivaron las reuniones de estamento con el fin de poder ir adaptando y encontrando las brechas donde es necesario intervenir con mayor intensidad (...), fuimos capaces también de ir constatando algunas fachas del sistema en términos de por ejemplo el registro social de hogares”(Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Esta organización de los estamentos y posicionamiento del colegio de trabajadores/ras sociales genera que dentro del ámbito de la salud en el contexto de la crisis sanitaria surgiera una red de trabajadores/ras sociales de salud.

“El trabajo social fue capaz de organizarse algo que fue pasando a en la red de trabajo social al interior de salud, antes de la pandemia no teníamos contacto era muy escaso más bien aislado de colegas que trabajaban en el hospital en los consultorios pero lo que fue sucediendo con la pandemia es que los propios trabajadores como tenemos experticia de trabajar en red creamos una propia red la red de trabajadores sociales de salud.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Esto se contrasta con la situación de otras instituciones donde el estamento de trabajo social presenta una desorganización, lo que hace que el rol de la profesión no cobra tanta relevancia dentro de la institución, debido que lo que provocó esta

organización como profesión fue el que se presentarán iniciativas planificadas como estamento que destacan su labor y ámbito específico de desempeño.

“(...)la crisis social y la pandemia sorprendió al estamento de trabajo social del hospital en un muy mal momento, un estamento dividido un estamento con rencillas internas super dañado.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

La organización de los trabajadores/ras sociales intra instituciones como estamentos genera que la profesión cuenta con espacios disciplinares de reflexión crítica y retroalimentación posibilitando la programación de acciones conjuntas entre el estamento, lo que posiciona a la profesión dentro de las instituciones de salud como un actor visible y propositivo en las acciones para las personas. El colegio y las redes profesionales que se construyan generan también un mayor vínculo entre la profesión, lo que se traduce en el compartir experiencias, adquirir conocimientos, encuentros de reflexión disciplinar y situar a la profesión en el debate público, nacional y político de temáticas que apunten al bienestar de las personas.

Estas implicancias cobran mayor relevancia en las crisis donde suceden una serie de transformaciones que requieren propuestas para dar respuesta a las modificaciones que estos producen, por lo cual tener organizaciones, redes y espacios que agrupen a los/las trabajadores/ras sociales permite que estos planifiquen acciones a nivel institucional, regional y nacional para intervenir de manera integrada en las personas, haciendo además que la profesión sea percibida por la población general.

Influencias de la dirección institucional y la política pública

Las relatos expuestos analizados y los aprendizajes estabilizados gestados desde las experiencias de los/las trabajadores sociales suscitan un foco común de influencias en las acciones actividades foco y modalidad de estas. Esta influencia al igual que en cualquier trabajo donde se despliega un vínculo de dependencia y subordinación regido por el

artículo 7 del Código del Trabajo Chileno, es la obligación de realizar los mandatos ordenados por el empleador siendo en este caso el empleador, las jefaturas de las instituciones, las Corporaciones Municipales y el MINSAL quienes ordenan a los servicios y los/las trabajadores realizan funciones por medio de las normativas y ordenamientos de salud.

Las implicancias de los mandatos institucionales y Ministeriales se hace evidente al momento de que los profesionales toman iniciativas de realizar acciones, debido a que desde los indicadores de metas de salud no se miden las acciones de manera cualitativa, lo que hace que las profesionales se cuestionan el realizar acciones que no serán contabilizadas como una prestación que influyan en los indicadores de medición de la atención de la institución.

“(…)pero también nosotros estamos regidos por números trabajamos con dinero en donde tenemos que ir validando el trabajo que hacemos pero pasa eso que cuando tiene una idea nueva o un proyecto te ponen desesperanza por que tu dices voy usar tiempo en el diagnóstico planificación del proyecto pero cuando lo ponga en práctica eso cómo se va visualizar, ¿se va visualizar como parte de mi trabajo? o por amor al arte?” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

“(…)lamentable el trabajo de salud está asociado a conceptos de metas y las metas en un 90% serán por atención a personas” (Trabajador Social N°11, CORMUVAL)

Estos mandatos influyen principalmente en la decisión o en las propuestas emanadas de los/las profesionales de realizar prestaciones desde un ámbito de inclusión sociocomunitario las cuales no son medidos por los indicadores de salud. Durante las crisis esta injerencia se hace aún más visible debido al fenómeno social de un aumento de las personas por querer incluirse a espacios comunitarios y la limitación de los/las profesionales de realizar ciertas prestaciones debido a las jefaturas y los recursos que son entregados en para salud mental

“Uno se encuentra esta paradoja de que hay un contexto de estallido social y hubo un contexto sanitario, que era como la panacea de nosotros el cómo poder fortalecer el proceso que veníamos llevando y ampliarlos a los otros territorios lo cual no fue posible por un voluntad política administrativa y sobre todo de presupuesto entendiendo que la salud mental no es más 1% o 0.5 si es que, entonces también amerito un reajuste de eso.” (Trabajadora Social N°10, Atención Secundaria)

En algunas instituciones desde la jefatura se suspenden las labores de inclusión socio comunitaria durante todos los contextos de crisis, lo que limita el campo del quehacer profesional del trabajo social.

“(…)el director del momento ordenó un repliegue de las actividades que se desarrollaban en ese momento así que lo hice fue canalizar información hacia ellos, compartir la información para que fueran porque yo no podía generar los conversatorios porque no tenía el respaldo de mi jefatura.” (Trabajadora Social N°7, Atención Terciaria)

Mientras que en otros desde la jefatura se le solicita a los/las profesionales que continúan y refuerzan la capacidad de la inclusión sociocomunitaria, esto debido a que la institución y la jefatura presentan una visión donde entiende la inclusión de la personas a sistema comunitarios como una prestación que favorece los procesos de rehabilitación psicosocial y recuperación.

“(…)uno de los principales desafíos que se me puso mi jefatura fue mantengamos el funcionamiento este tiempo de la pandemia porque en fondo la dimensión grupal y la dimensión de la participación nosotros la tomamos muy enserio desde ahí se pueden extraer elementos que retroalimentan procesos individuales de mejora o de mayor inclusión de mayor empoderamiento de mayor visualización de los derechos.” (Trabajador Social N°5, Atención Secundaria)

Las crisis social como un hito de reflexión y cuestionamiento de la sociedad en general, lleva a los mismos profesionales en conjunto a todo el equipo de trabajo a cuestionar la cuantificación de las intervenciones en salud emplazando y criticando el efectuar un trabajo que mide efectividad y eficacia a través de cumplimiento de

indicadores los que generan retribuciones económicas y donde solo miden intervenciones individuales centrado en cantidad de diagnósticos y atenciones.

“(…)como funcionarios de salud reflexionamos y le realizamos una crítica al sistema por el cual nosotros nos encontramos trabajando y efectivamente nosotros trabajamos con metas esos significa que nosotros por ejemplo en salud mental debemos realizar 20 consejerías familiares 50 ingresos al programa de salud, desde esa perspectiva nosotros debemos trabajar con números con porcentajes duros más que con personas y entonces desde ahí es difícil entregar las prestaciones que la familia requiere. Nosotros decidimos no querer seguir trabajando con metas y eso fue lo que le dijimos a la corporación de salud y en esas conversaciones estábamos cuando llegó la pandemia, entonces ahí como quedó nada claro fue todo difuso, por lo menos este año no tenemos que cumplir con metas pero es una conversación que tenemos que tener.” (Trabajador Social N°3, Atención Primaria)

Las normativas y mandatos que la dirección de las instituciones y la política pública realizan presenta implicancias directas en la labor que pueden realizar los/las trabajadores sociales, siendo estas que limitan o posibilitan el realizar acciones que principalmente implican un ámbito de intervención comunitario siendo esta una área del quehacer disciplinar de principal injerencia para el trabajo social como profesión.

Capítulo 5

Conclusiones

5. Conclusión

5.1. Conclusiones Temáticas

La presente sistematización despliega su presentación de aprendizajes por medio de tres categorías principales, a continuación se presentan las conclusiones de estas categorías.

Eje de análisis: Rehabilitación psicosocial.

La experiencia relatada y analizada a través de la sistematización, establece que durante los periodos de crisis social y sanitaria, los/las trabajadores/ras sociales de atención primaria en salud, debieron realizar modificaciones de su labores, elaborando a través de estas modificaciones aprendizajes. De igual manera se presentan experiencias del periodo anterior a la crisis que se pueden destacar también como aspectos para tomar en cuenta para la formación profesional en la salud mental.

Estos aprendizajes se enfocan en la labor que despliega el/la trabajador/a social en el programa de salud mental siendo esta la primera acogida a dispositivos de salud mental de atención primaria, donde durante los periodos de las crisis se visibilizan aprendizajes, en las modificaciones de ciertos aspectos que presenta la primera acogida, siendo estas modificaciones evidentes en: Estrategias preponderantes para intervenir, donde en la crisis social se utiliza la socioeducación y la contención, en la crisis sanitaria la escucha activa y la validación de estrategias por parte de la persona; las actividades asociadas, como la visita domiciliaria se transforma un técnica de gran relevancia durante la crisis social, dado el encuentro de mayor personas en la vivienda facilitando una entrevista integral, en la crisis sanitaria se profundiza en la inclusión como actividad asociada la gestión de beneficios sociales a las personas y la visita domiciliaria queda sujeta a casos de altas complejidad; y todas las modificaciones que involucraron las crisis, lleva a que los tiempo de espera de atención se hagan más expeditos.

Como aprendizajes transversal más allá de los periodos de crisis se establece la utilización de instrumentos como test y cuestionarios y la mirada diagnóstico transversal que generan los trabajadores/ras social de su población.

Desde atención secundaria fue posible identificar la importancia de la consultorías como un dispositivo de salud mental comunitaria que durante las crisis modifica su foco y su lógica de trabajo, donde en la crisis social se despliegan capacitaciones en este espacio y la contención entre los propios equipos de salud mental; en la crisis sanitaria, se propician redes de contacto para la transmisión de la información de los casos. Las crisis además generan que desde las instituciones exista una estructuración mayor de modificaciones en la modalidad de atención debido a los contextos.

Se establece como aprendizajes transversales más allá de periodos de crisis: la construcción de instrumentos propios del trabajo social y la captura práctica a las labores clínicas en salud mental que despliegan los/las trabajadores/ras sociales.

Eje de análisis: Recuperación.

La experiencia relatada y analizada a través de la sistematización, establece que durante los periodos de crisis social y sanitaria, los/las trabajadores/ras sociales de atención primaria visibilizan la repercusión que estos periodos generan en los procesos de las personas, reflejando que la recuperación es un proceso íntimamente personal y social. De manera crítica desde esta categoría se puede plantear que el programas de salud mental de atención primaria, presentan una baja resolutivead, donde el trabajo social presenta una escasa participación de los procesos de recuperación de las personas.

Desde atención secundaria se destaca como aprendizaje, las adaptaciones que realizaron los/las trabajadores/ras sociales entorno a las funciones de egresos y seguimientos de la atención en salud mental relacionados con los procesos de recuperación de las personas. Desde la función de egreso, éstas presenta mayores

modificaciones en la crisis sanitaria, donde a través de las vías de egresos por cumplimiento de objetivo y administrativa, es donde los/las trabajadores/ras sociales ponen especial énfasis en favorecer procesos de acompañamiento para la pesquisa de retrocesos en las vías de recuperación, y para prevenir el alta administrativa, intentando coordinar el contacto mediado por las tecnologías de información con aquellas personas que aún se encuentran en tratamiento. Durante el periodo de la crisis social, la función de seguimiento se ve fortalecida debido a la aparición de organizaciones sociales en el territorio, lo que desencadena en los/las trabajadores/ras sociales mayores gestiones de vinculación para favorecer los procesos de recuperación de las personas a través de la inserción en una organización social en el territorio, lo que en crisis sanitaria se ve dificultado de realizar debido a las medidas sanitarias adoptadas en el periodo, lo que genera fortalecer la vía de seguimiento por APS.

Eje de análisis: Inclusión sociocomunitaria.

La inclusión sociocomunitaria en base a los relatos, los análisis desplegados y al levantamiento de aprendizajes permite concluir que, el rol de encargado/da de participación y promoción social desplegado por los/las trabajadores/ras sociales durante los periodos de crisis social y sanitaria, favorece que el trabajo social puede intervenir desde la salud mental comunitaria, con el fin de generar una comunidad con conocimientos en salud mental, que sea un agente promotor y preventivo de la rehabilitación psicosocial y recuperación de las personas.

Algunas experiencias que generan importantes acciones por la salud mental desde la inclusión sociocomunitaria, son también los grupos multifamiliares: adaptados e influidos por las crisis, los círculos de escucha; dispositivos que son levantados debidos a estos contexto. Ambos dispositivos cuentan con fundamentos teóricos que nutren el

desempeño profesional del trabajo social siendo estos la terapia comunitaria integrativa y el programa ecológico multifamiliar.

Un articulador que posibilita el desarrollo de la inclusión sociocomunitaria y que se adapta como institución a las situaciones de crisis, son los agentes y redes del intersector, los que proveen de métodos y medios para abordar problemas de salud mental que son consecuencia de la crisis, siendo los más destacable la COMSE 2.0 y las oficinas municipales zonales.

Como aprendizaje se establece que, la inestabilidad de estos periodos, posibilitan un aumento y fortalecimiento de la participación de las personas y de los sistemas comunitarios, lo que lleva a que las instituciones se adapten para incluir y ser parte del florecimiento de la participación con foco en la salud mental

La inclusión sociocomunitaria desde la atención secundaria y terciaria, se manifiesta acorde a las líneas de trabajo que posea cada institución. Siendo únicamente el COSAM Domingo Asún Salazar, quien posee un componente transversal de inclusión sociocomunitaria a todos sus procesos de intervención. Por otra parte la inclusión sociocomunitaria se ve reflejado desde el Hospital del Salvador por el programa ECO Barrio Solidario para la Infancia y en el Hospital Carlos Van Buren a través de la participación comunitaria en el consejo local de salud y consejo consultivo y la línea de voluntariados.

Este proceso transversal que se da en el COSAM, implica relevar el componente de inclusión sociocomunitaria como parte de un proceso integral en la salud mental de las personas usuarias, donde a partir de los periodos de crisis, los/las trabajadores/ras sociales van introduciendo constantemente modificaciones a los protocolos de atención y a su propio quehacer, evidenciándose un proceso de mejora y adaptación continua en la línea

del CDLS y los grupos de autoayuda, con el objetivo de dar respuestas oportunas de acorde a las necesidades del contexto.

En contraste, desde el Hospital del Salvador y el Hospital Carlos Van Buren dada la política institucional que les rige y al ser centros de atención especializada en salud, sus experiencias entorno a las líneas sociocomunitaria se ven imposibilitadas de realizar durante los periodos de crisis. Desde el Hospital del Salvador, el Programa ECO no es considerado parte de los servicios que ofrece la institución durante el año 2020 y que por tanto sus prestaciones deben cesar, y desde el Hospital Carlos Van Buren, la afectación de la crisis social y sanitaria incidieron en la suspensión de las líneas de trabajo de participación comunitaria y línea de voluntariados. Bajo lo anterior, se releva la capacidad de los/las profesionales de trabajo social de reorientar sus funciones bajo estas líneas programáticas, hacia espacios ya construidos previamente de otras instituciones, conllevando acciones que estén dirigidas a fortalecer la transmisión de conocimientos y favorecer encuentros de capacitaciones bajo el objetivo de potencializar a los equipos para ofrecer una atención oportuna y efectiva a toda la población.

La inclusión sociocomunitaria como una categoría que incluye directamente la salud mental comunitaria en base a lo cotejado en esta sistematización y a la revisión por parte de la política pública, permite establecer que las instituciones que ofrecen servicios relacionados a la salud mental carecen de incorporar componentes sociocomunitarios a sus planes de intervención, lo que genera una tensión desde el rol del trabajo social, que a pesar de las influencias de la política pública en salud, esta profesión busca solventar dicho nudo crítico a través de promover prácticas orientadas a la inclusión sociocomunitaria.

Para concluir a partir del objetivo general de sistematización del presente proyecto de título se puede evidenciar que durante los procesos de crisis social y sanitaria en la

ciudad de Valparaíso los/las trabajadores/ras sociales insertos en el sistema público de salud en el área de salud mental, desde la perspectiva de la norma técnica del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, llevaron a cabo un reorientación su quehacer, manifestando una capacidad profesional de adaptar sus funciones a las condiciones políticas, sociales y económicas que presentaba los contextos, y que generaron diversas consecuencias en la salud mental de la población.

5.2. Conclusiones Metodológicas

La sistematización es una estrategia de generación de conocimiento, que permite hacer transmisibles los aprendizajes que surgen de las prácticas sociales, rescatando y posicionado las experiencias de intervención como contextos donde es posible estabilizar saberes para su comunicación.

La sistematización valoriza la producción de conocimientos sociales del trabajo social, a través de la captura de la intervención y reflexión crítica de la práctica. El trabajo social es una profesión nacida de la práctica, que fundamenta su desempeño disciplinar en el quehacer, por lo cual la sistematización hace evolucionar el desempeño de la profesión, logrando capturar y explicitar los métodos y lógicas de la práctica social.

La utilización de esta metodología potenció encuadrar los contextos crisis como procesos dinámicos de cambio influidos por las características estructurales siendo estas el territorio definido y el contexto institucional de salud chileno. La sistematización permitió en base a las técnicas de entrevistas con fines de sistematización y a la revisión documental, reconstruir y ordenar el relato de los/las profesionales, tomando en cuenta factores objetivos como la condiciones estructurales y los factores subjetivos, como la experiencia de los/las profesionales con sus sujetos de intervención.

Además la sistematización al contar con una estructura metodológica flexible, favorece su realización en un contexto dinámico que generó ciertas limitaciones como: el

llevar a cabo la captación de experiencias de manera presencial, siendo estas realizadas por medios de la tecnología de la comunicación, el conocer presencialmente las dinámicas institucionales y que la técnica de revisión documental quedará supeditada al vínculo generado entre el equipo de proyecto de título y el colectivo participante de la sistematización, donde el vínculo generado favoreció en algunas situaciones, el poder acceder a documentación que válido y profundizó el capturar aprendizajes de la práctica social.

Con ello la sistematización como estrategia de generación permite poner foco en las intervención y a través de la captura de esta generar un relato y análisis de la experiencias para estructurar aprendizajes para su transmisión .

5.3. Conclusiones Profesionales

Para el trabajo social llevar a cabo la profesión durante periodos de crisis que fueron hitos de relevancia nacional y mundial, derivó en un desafío que involucró aspectos éticos personales y profesionales, enfrentándose a la transformación de diversas prácticas sociales como la movilización masiva de una población que exige modificaciones a un sistema estructural, buscando transformar las forma de vidas y luego, vivenciando el distanciamiento físico, en algunos casos social con las personas y comunidades. Todo esto significa que la profesión movilizará sus funciones y actividades, las focalizará y adaptarlas a los nuevos contextos sociales que generaron las crisis. Lo anterior permite declarar que las crisis provocaron directas y profundas injerencias en el quehacer profesional.

El haber realizado esta sistematización permite al trabajo social conocer el quehacer profesional situado en un contexto institucional y laboral del sector de la salud, donde este es adaptado a los periodo de crisis, que se ponen a disposición para dar respuesta a

las condiciones sociales y a las necesidades de las personas, evidenciando la aplicación de diferentes teorías, metodologías, estrategias y técnicas.

El desarrollo de esta sistematización permite desde el trabajo social, favorecer la transmisión de conocimientos a, futuros profesionales del trabajo social, trabajadores/ras sociales, y al ámbito académico, esto a través de acercar las modificaciones que se produjeron en los contextos crisis en relación al quehacer profesional en salud mental en la ciudad de Valparaíso.

Para la profesión el desarrollar esta sistematización contribuye a valorar la política pública del modelo comunitario de atención en salud mental, como una directriz normativa vinculada con la praxis del trabajo social, debido al foco y énfasis que pone en la comunidad. Sin embargo, la institucionalidad tensiona esta valoración debido a que no la incluye en sus indicadores de prestación.

Para finalizar este proyecto de título se expone que el trabajo social se sitúa dentro de la institucionalidad en salud mental, como una profesión que trabaja por el bienestar y el cuidado de las personas, evidenciándose a través del relato expuesto por los/las profesionales. Este posicionamiento permite situar la salud mental como una área de intervención del trabajo social, donde este despliega funciones propias del quehacer profesional, lo que se confronta con que actualmente no existe una normativa técnica actualizada que reconozca y posicione al trabajo social clínico en salud mental.

Bibliografía

Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Salud Pública*, 91-98.

Achig, L., & Achig, D. (2019). La investigación social de la salud. *ATENEO*, 83-92.

Agencia EFE. (18 de mayo de 2020). EFE. Obtenido de <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/protestas-en-el-sur-de-santiago-no-es-contrala-cuarentena-hambre/20000013-4249461>

Aguayo, C. (1992). FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN EN TRABAJO SOCIAL. Trabajo Social, 31-36.

Aguilar, M. (2013). Trabajo Social; Concepto y Metodología. Real: PARANINFO.

Alarcón, R., & Carvajal, C. (19 de octubre de 2019). diarioUdeChile. Obtenido de <https://radio.uchile.cl/2019/10/19/gobierno-decreta-estado-de-emergencia-en-santiago/>

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Universitaria de Investigación, 93-107.

Ana, P. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil. Hucitec, 19-26.

Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU.

Banco Central de Chile. (2020). IMACEC Mayo 2020. Santiago: bcentral.

Banco Mundial. (2020). Global Economic Prospect. Washigton: World Bank Group. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>

Barranco, C. y Rodríguez Morales, H. (2008). Trabajo Social en Salud. Visión histórica y práctica profesional en Atención Primaria de Salud: los avances y el reto de la calidad. En Revista de Trabajo Social y Salud, 61, 7-35.

Baró, M. (1993). Guerra y salud mental. Dialnet.

Bauleo, A. (2012). El foro de salud mental y la salud comunitaria. SciELO, 221-222.

Baum, F. (1999). Capital Social: ¿Es bueno para su salud? *Epidemiología y Salud Comunitaria*, 195-196.

Becerril-Montekio, V., Reyes, J. d., & Manuel, A. (2 de noviembre de 2010). Sistema de salud de Chile. *scielo*, págs. 132-143.

Beinstein, J. (2005). El concepto de crisis a comienzos del siglo XXI. . CEME. *biobiochile*. (12 de diciembre de 2019). *biobiochile*. Obtenido de <https://www.biobiochile.cl/noticias/blogs/blog-ubo/2019/12/12/estallido-social-en-chile-un-shock-a-la-economia.shtml>

BLANCO, F. M. (5 de marzo de 2020). Pauta. Obtenido de <https://www.pauta.cl/ciencia-y-tecnologia/aun-en-la-segunda-las-cuatro-fases-del-covid-19>

Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 175-179.

Briones. C & Peretó. J. (21 de abril de 2020). *theconversation*. Obtenido de <https://theconversation.com/el-origen-del-coronavirus-sars-cov-2-a-la-luz-de-la-evolucion-136897>

Bruna, C. (23 de noviembre de 2019). *eldesconcierto*. Obtenido de <https://www.eldesconcierto.cl/2019/11/23/acuerdo-por-la-paz-y-nueva-constitucion-en-chile-convencion-o-asamblea/>

CADEM. (2020). Encuesta Plaza Pública. Santiago: CADEM.

Cámara de Diputados y Senadores. (15 de noviembre de 2019). CAMARA. Obtenido de https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmid=138442

Cámara de Senado. (3 de febrero de 2020). Senado. Obtenido de <https://www.senado.cl/acusacion-constitucional-contraintendente-metropolitano-en-primera/senado/2020-02-03/193541.html>

Camara Nacional de Comercio. (2020). INDICE REAL DE VENTAS COMERCIO MINORISTA. Santiago: CNC.

Canal13. (04 de octubre de 2019). T13. Obtenido de <https://www.t13.cl/noticia/nacional/transporte-publico-anuncia-alza-30-hora-punta-y-metro-llega-830>

Canal13. (20 de noviembre de 2019). T13. Obtenido de <https://www.t13.cl/noticia/nacional/la-cronologia-del-estallido-social-chile-segun-agencia-afp>

Cano, A. d., & Cantisano, G. (2012). Salud mental comunitaria. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Cárdenas, P. N. (2017). Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile: pensamiento, práctica y desarrollo de programas de salud mental comunitaria y otras iniciativas de enfoque comunitario, entre 1960-1973. Santiago: Universidad de Santiago de Chile.

Cárdenas, P. N. (2017). Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile: pensamiento, práctica y desarrollo de programas de salud mental comunitaria y otras iniciativas de enfoque comunitario, entre 1960-1973. Santiago: Universidad de Santiago de Chile.

Carvajal. C. (18 de marzo de 2020). diarioUchile. Obtenido de <https://radio.uchile.cl/2020/03/18/presidente-decreta-estado-de-catastrofe-por-pandemia-y-llama-a-la-solidaridad/>

Castañeda Meneses, P. (2014). Propuestas Metodológicas para el Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización. Santiago: Universidad de Valparaíso.

Cea-Madrid, J. (2015). Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 79-97.

Chile.as. (11 de junio de 2020). TK. Obtenido de https://chile.as.com/chile/2020/06/11/tikitakas/1591877274_417580.html

Chilevisión. (17 de octubre de 2019). Chvnoticias. Obtenido de https://www.chvnoticias.cl/sucesos/reportan-manifestaciones-disturbios-metro_20191017/

Colegio Médico de Chile. (2020). Reconocimiento, recursos y atribuciones para la Atención Primaria de Salud como actor estratégico en el enfrentamiento de la pandemia COVID-19. Santiago.

Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard College.

Comisión de los Determinantes Sociales. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final. OMS.

Cooperativa. (07 de julio de 2020). Cooperativa.cl. Obtenido de <https://cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/estudio-40-de-chilenos-en-confinamiento-presenta-cuadros-depresivos/2020-07-07/143135.html>

Corporación Escuchar. (s.f.). Corporación Escuchar. Obtenido de <https://www.corporacionescuchar.cl/que-es-la-tci>

Corporación Municipal de Valparaíso. (2018). Plan de Salud Comunal. Valparaíso.

Cruz, A. (11 de Marzo de 2020). politico.mx. Obtenido de <https://politico.mx/minuta-politica/internacional/oms-declar%C3%B3-el-coronavirus-como-una-pandemia/>

DESVIAT, M. (1982). ACCION DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD (Salud Mental y Asistencia Primaria). Ponencia a las I Jornadas de Medicina Comunitaria.

DESVIAT, M., & PÉREZ, A. M. (2012). Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA.

Diario la Quinta. (12 de junio de 2020). Diariolaquinta. Obtenido de <https://diariolaquinta.cl/2020/06/12/ollas-comunes-en-valparaiso-en-tiempos-de-cuarentena/>

Diario La Tercera. (29 de noviembre de 2019). LaTercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/violencia-chile-la-mirada-10-expertos-parte-ii/920904/>

DIPLAD. (2012). Estrategia de Desarrollo Regional 2020. Valparaíso.

Dirección del Trabajo. (2020). Registro de cartas de aviso de término de contrato y trabajadores involucrados con un único empleador. Santiago.

Drago, M. (2006). La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. Santiago: CEPAL.

Droguett, R. F. (23 de enero de 2020). diarioUCHile. Obtenido de <https://radio.uchile.cl/2020/01/23/la-primera-linea-y-todas-las-lineas-del-levantamiento-social-en-plaza-de-la-dignidad/>

DW. (18 de mayo de 2020). DW. Obtenido de <https://www.dw.com/es/vuelven-las-protestas-violentas-en-santiago-de-chile-a-pesar-del-confinamiento/a-53490229>

Egaña, S. M. (2019). Crisis política en Chile: del estallido social al conflicto político. Santiago: Universidad Arturo Pratt.

ELlibero. (23 de enero de 2020). Ellibero. Obtenido de <https://ellibero.cl/alerta/acusacion-constitucional-contra-intendente-guevara-camara->

rechaza-cuestion-previa-por-lo-que-en-la-sesion-de-la-tarde-se-analizara-el-fondo-del-libelo/

elmostrador. (27 de febrero de 2020). elmostrador. Obtenido de <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/02/27/ministerio-publico-registra-33-muertes-durante-el-estallido-social-4-se-atribuyen-a-agentes-del-estado/>

Elsiglo. (28 de octubre de 2019). ELSIGLO. Obtenido de <https://elsiglo.cl/2019/10/28/insurreccion-en-chile-no-son-30-pesos-son-30-anos-de-abusos/>

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. (2014). Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria. Santiago: Universidad de Chile.

Expósito Unday, D., & González Valero, J. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. Sancti Spíritus: Universidad de Ciencias Médicas.

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (2015). Saludpublica. Obtenido de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/el-concepto-de-salud-evolucic3b3nhistc3b3rica-acepciones-actuales.pdf>

Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de Salud. Salud Pública, La Plata.

Fundación Sol . (2018). Quinto Informe Estudio Diagnóstico socioeconómico. Valparaíso: PLADECO.

futuro360. (16 de marzo de 2020). Obtenido de https://www.futuro360.com/data/fases-de-pandemia-segun-la-oms_20200316/

Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). Factores determinantes de la salud. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Cardiología.

García, R. (1996). Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos. México: XXI.

Garrido, M. (13 de junio de 2020). Latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/los-cambios-de-gabinete-de-sebastian-pinera-se-han-realizado-tres-movimientos-en-los-ultimos-ocho-dias/SZ7QGFDMYJFMBIDQJ5ND3CKZZE/>

Garrido, R. (19 de octubre de 2019). RT. Obtenido de <https://actualidad.rt.com/actualidad/330867-valparaiso-protestas-destrozos>

Gatica-Saavedra, M., Vicente, B., & Rubí, P. (2020). Plan nacional de salud mental Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Med Chile*, 500-505.

Gatica-Saavedra, M., Vicente, B., & Rubí, P. (2020). Plan nacional de salud mental Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Medica Chile*, 500-505.

Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS EXPERIMENTALES Y SOCIALES*, 161-175.

Gerber, M. (22 de enero de 2020). ciperchile. Obtenido de <https://ciperchile.cl/2020/01/22/las-multiples-formas-de-la-violencia/>

Gobierno de Chile. (8 de julio de 2020). Gob.cl. Obtenido de <https://www.gob.cl/coronavirus/plandeaccion/>

Gofin, J., & Gofin, R. (2011). *Essentials of Global Community Health*. Sudburu MA: Jones and Bartlett Learning.

González, A. (14 de julio de 2020). biobiochile. Obtenido de <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/07/14/cacerolazos-manifestantes-exigen-aprobacion-del-retiro-del-10-las-pensiones.shtml>

González, V. (15 de octubre de 2019). biobiochile.cl. Obtenido de <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2019/10/15/asi-fue-la-evasion-masiva-contral-el-alza-del-pasaje-en-la-estacion-santa-ana-del-metro.shtml>

Gostin, L. (2001). Más allá de los reclamos morales. Un enfoque de salud mental basado en los derechos humanos. Cambridge, 264-274.

Grande, M., Cantón, I., & Cañón, R. (2016). Tecnologías de la información y la comunicación: Evolución del concepto y características. *IJERI*, 218-230.

Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 171-187.

House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Relaciones sociales y Salud. *Ciencia*, 540-545.

Huber, M., Knottnerus, J., & Green, L. (2011). ¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS? Buenos Aires: INTRAMED.

Instituto de Seguridad del Trabajo. (2020). FASES DE CONTAGIO DEL COVID-19. Santiago: IST.

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2020). Reporte general de violaciones de derechos humanos. Santiago.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Síntesis de Resultados CENSO 2017.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2020). BOLETÍN ESTADÍSTICO: EMPLEOTRIMESTRAL. Santiago: INE.

Jara, R., Ferrer, C., & Gaete, D. (30 de octubre de 2019). emol. Obtenido de <https://www.emol.com/noticias/Internacional/2019/10/30/965813/Chile-cancelacion-APEC-COP25-imagen.html>

Jiménez, I. (17 de enero de 2020). CNNChile. Obtenido de https://www.cnnchile.com/pais/cuentas-politicos-cifras-encuesta-cep_20200117/

Kawachi, I., Kenndy, B., & Glass, R. (1999). Capital social y salud autoevaluada: un análisis contextual. *Panamericana de Salud Pública*, 1187-1193.

La Tercera. (15 de junio de 2020). Latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/politica/noticia/gobierno-extiende-por-90-dias-estado-de-excepcion-por-coronavirus-en-todo-el-pais/YCXWUFODHRFT3IHZNOSR5PUUCU/>

Lampert-Grassi, M. P. (2018). Modelos Comunitarios en Salud Mental: Chile, España e Inglaterra. Biblioteca Nacional de Chile.

LaTercera. (11 de diciembre de 2019). Latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/politica/noticia/senado-aprueba-acusacion-constitucional-andres-chadwick-exministro-no-podra-ejercer-cargos-publicos-cinco-anos/935035/>

LaTercera. (29 de noviembre de 2019). LaTercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/violencia-chile-la-mirada-10-expertos-parte-ii/920904/>

Leighton, H., & Segovia, M. (05 de mayo de 2020). elmostrador. Obtenido de <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/05/05/errores-de-la-nueva-normalidad-le-pesan-a-la-moneda-y-agotan-la-paciencia-en-el-oficialismo/>

LYD. (31 de Julio de 2019). Libertad y Desarrollo. Obtenido de <https://lyd.org/centro-de-prensa/noticias/2019/07/valparaiso-tiene-el-mayor-desempleo-de-chile-107/>

Madariaga, C. (2019). EL “ESTALLIDO SOCIAL” Y LA SALUD MENTAL DE LA CIUDADANÍA. Una apreciación desde la experiencia PRAIS. *Revista Chilena de Salud Pública*, 146-156.

Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa. *IIPSI*, 123-146.

Martínez, V. (2016). La inclusión sociocomunitaria: Modelo de inclusión sociocomunitaria.

Matus, J. (13 de abril de 2020). Latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/los-rompecuarentenas-en-semana-santa-viajes-en-bus-haciendo-fila-en-supermercado-y-conduccion-en-estado-de-ebriedad/F3WLL5TWCVDSLHNAXPIBXMUZFU/>

Mayol, A. (2019). BIG BANG. ESTALLIDO SOCIAL 2019. Santiago: Catalonia.

Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. d., & Quintero, M. F. (2009). SALUD MENTAL: UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. *Psicología desde el Caribe*, 83-112.

Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena. *PSYKHE*, 187-199.

Mendive, Susana. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria: Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena. *Psykhé (Santiago)*, 13(2), 187-199

mental y salud pública: el caso chileno. En *Mañana*, M. I. y Boada

Ministerio de Salud (b). (16 de marzo de 2020). MINSAL. Obtenido de <https://www.minsal.cl/coronavirus-en-chile-pasa-a-fase-4-y-presidente-anuncia-cierre-de-fronteras/>

Ministerio de Salud. (2011). Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile. Santiago.

Ministerio de Salud. (2014). Sistema de Salud Mental en Chile; Segundo Informe. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2015). Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Octubre.

Ministerio de Salud. (2018). ORIENTACIONES y NORMAS TÉCNICAS DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD. Santiago: MINSAL.

MINSAL. (14 de marzo de 2020). Ministerio de Salud. Obtenido de <https://www.minsal.cl/covid-19-ministerio-de-salud-confirma-que-chile-paso-a-fase-3/>

Miranda, G. (2008). El enfoque comunitario en la articulación entre salud

Mora, S. (20 de julio de 2020). 24horas. Obtenido de <https://www.24horas.cl/coronavirus/plan-paso-a-paso-en-que-fase-se-puede-volver-a-trabajar-y-reabrir-el-comercio-4333728>

Morales, C., Borde, E., Eslava, J., & Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. SciELO, 797-803.

Nania, R. (10 de abril de 2020). AARP. Obtenido de <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2020/distanciamiento-social-fisico-coronavirus.html>

Norambuena, P. (2017). Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile: pensamiento, práctica y desarrollo de programas de salud mental comunitaria y otras iniciativas de enfoque comunitario, entre 1960-1973. Santiago: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE.

Observatorio Laboral de Valparaíso. (2019). Reporte Regional. Valparaíso.

Observatorio Laboral de Valparaíso. (2020). Boletín Día del Trabajador. Valparaíso.

Organización Mundial de la Salud. (1985). 38ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1996). Rehabilitación Psicosocial. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la Salud Mental. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 45° edición.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). who.int. Obtenido de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos. Washigton: OPS.

Ortiz, E. C. (16 de diciembre de 2019). latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/pulso/noticia/el-comercio-en-valparaiso-sufre-en-octubre-la-mayor-caida-de-su-historia-por-disturbios-asociados-al-estallido-social/941030/>

PLADECO. (2019). Creemos Valparaíso para el siglo XXI. Valparaíso.

Poblete, F., Sapag, J., & Bossert, T. (2007). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Salud Pública*, 230-239.

Retamal, R. (31 de mayo de 2020). Latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/mayo-los-numeros-del-peor-mes-del-coronavirus-en-chile-contabilizo-el-8392-de-todos-los-casos-y-el-7846-de-todos-los-fallecidos-durante-la-pandemia/OJKLX5ZJORCYTNHNQPONQDHNMU/>

Reyes, P. M. (28 de octubre de 2019). elSiglo. Obtenido de <https://elsiglo.cl/2019/10/28/insurreccion-en-chile-no-son-30-pesos-son-30-anos-de-abusos/>

Reyes, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional. *PERSPECTIVAS*, 161-199.

Rivera, V. (11 de noviembre de 2019). Latercera. Obtenido de <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/desde-el-18-de-octubre-intendencia-metropolitana-contabiliza-74-protestas-en-la-capital/896038/>

Rodas. (04 de agosto de 2020). rodas5.us.es. Obtenido de https://rodas5.us.es/file/4ab63de8-0474-23d0-fce4-582b01684204/2/tema1_SCORM.zip/pagina_02.htm

Romanet Carimán, B. V. (2005). Club Multifamiliar, un modelo de intervencion en las dependencias de alcohol y drogas. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Rosas, E. (2011). TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: INTERVENCION CON FAMILIAS MULTIPROBLEMATICAS. COMUNA DE PEDRO AGUIRRE CERDA. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

RT. (20 de octubre de 2019). Actualidad RT. Obtenido de <https://actualidad.rt.com/actualidad/330867-valparaiso-protestas-destrozos>

rtve. (10 de julio de 2020). rtve.es. Obtenido de <https://www.rtve.es/noticias/20200710/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>

Rubén, A., Sapag, J., Arellano, J., Alarcón, A., & Tapia, E. (2015). CAPITAL SOCIAL Y SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE TRABAJADORES CHILENOS. Facultad de Ciencias Médicas , 227-235.

Salinas, M., Sepúlveda, C., & Varela, L. (2019). Familia y comunidad Grupo multifamiliar de autoayuda: hacia nuevos desafíos y comprensiones en salud mental. *LIMINALES*, 45-63.

San Martín, H. y Pastor, V. (1989). *Economía de la salud. Teoría social de la salud*. Madrid: Mc Graw-Hill.

San Martín, H., & Pastor, V. (1988). *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid: Díaz de Santos.

Sánchez, L., & Pino, M. J. (2008). Una mirada a la participación comunitaria en el proceso de contraloría social. *SciELO*, 35-53.

Savigny, D. d., & Adam, T. (2009). *Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud*. Organización Mundial de la Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Santiago: Ministerio de Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Santiago: Ministerio de Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Santiago: Ministerio de Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Santiago: Ministerio de Salud.

Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2018). *Modelo de Gestión: RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD*. Santiago: MINSAL.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). Modelo de Gestión: RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD. Santiago: MINSAL.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). Modelo de Gestión: RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD. Santiago: MINSAL.

Svampa, M. L. (2016). El concepto de crisis en Reinhart Koselleck. Polisemias de una categoría histórica. *Acronismo e Irrupción*, 131-151.

Troncoso, M. (2003). Abordaje Multifamiliar en Dependencias. Santiago de Chile: Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial "Barros Luco".

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (30 de marzo de 2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *SciELO*, págs. 11-14.

Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *SciELO*, 7-13.

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *SciELO*, 237-241.

Webster, R., Brooks, S., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla. *The Lancet*, 912-920.

Zamora, R. (29 de Diciembre de 2019). Un incendio en plena Nochebuena destruye más de 100 casas en Valparaíso. *Elpais*.

Zúñiga, F. D. (25 de octubre de 2019). *el estado*. Obtenido de <https://elestado.net/militarizacion-de-las-calles-la-crisis-politica-y-social-que-vive-chile/>

