



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Programa de Magíster en Psicología

**“APROXIMACIÓN A LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL
INFANTOJUVENIL EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
LA CIUDAD DE VIÑA DEL MAR”**

Tesis Para Optar al Grado Académico de Magíster en Psicología, Mención Psicología
Comunitaria

Por:

Francisca Montané Paublo

Profesor guía:

Loreto Leiva Bahamondes

Abril, 2011

DEDICATORIA

A la Consu, como una forma de saldar la deuda que tengo con ella, por no haber sido capaz de comprender su forma de sentir y ver la vida.

A los profesionales que trabajamos en salud mental, para que nuestra labor sea un aporte en la vida de aquellas personas y familias que están en busca de una conexión armónica entre sus emociones y pensamientos, con el compromiso de una comunidad que recibe y atiende sus sufrimientos, logros y esperanzas.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
3. RELEVANCIA DEL ESTUDIO	7
4. ANTECEDENTES	
4.1. Acerca del concepto de Salud Mental	9
4.1.1. Síntesis Histórica de la Atención de Salud Mental en Chile	11
4.2. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile	15
4.2.1 Evolución del Programa de Salud Mental en la Atención Primaria	19
4.2.2. Contexto Local de la Atención Primaria de Salud en la ciudad de Viña del Mar	21
4.3. Aproximación a la intervención en Salud Mental desde el Enfoque Comunitario	25
4.4. Salud Mental en la Infancia y Adolescencia desde la perspectiva del Desarrollo Evolutivo	43
5. OBJETIVOS	
5.1. Objetivo General	50
5.2. Objetivos Específicos	50
6. METODO	
6.1. Diseño	51
6.2. Participantes	52
6.3. Técnicas de Recolección de Datos	54
6.4. Técnica o Estrategia de Análisis	55
6.5. Procedimientos	56
6.6 Aspectos Éticos	56

7. RESULTADOS	
7.1. Codificación Abierta	59
7.2. Codificación Axial	75
7.3. Codificación Selectiva	79
8. DISCUSIONES	85
9. CONCLUSIONES.....	90
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
11. ANEXOS	101

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio, se constituye en una oportunidad para acercarse a los Centros de Atención de Salud Primaria de la comuna de Viña del Mar en el ámbito de su intervención en el área de la Salud Mental de la población infantojuvenil.

El interés por desarrollar esta investigación está dado por varios factores que se conjugan entre sí. Por un lado, la motivación personal de la autora, quien se ha desempeñado laboralmente por algunos años en la atención de usuarios niños/as y adolescentes en el área de la salud mental en el servicio de salud pública, lo cual le ha permitido observar de manera directa los logros y desafíos en la atención de personas que se ven afectadas por algún trastorno mental, así como las acciones llevadas a cabo para fortalecer la salud mental de las personas y comunidades.

Por otro lado, surge la motivación institucional del lugar de trabajo de la investigadora, el cual ha manifestado interés permanente por generar espacios de análisis, reflexión y sistematización de las experiencias desarrolladas, pudiendo concretarlas en la elaboración de investigaciones, herramienta para la retroalimentación entre la teoría y el quehacer profesional.

En el presente informe se exponen las distintas etapas que se llevaron a cabo durante el proceso investigativo. En el apartado siguiente se dan a conocer los principales elementos que hacen de la salud mental un problema de salud pública. Posteriormente, en el apartado sobre “Relevancia del Estudio” se entregan los argumentos que explican la importancia de desarrollar estudios sobre la implementación de programas sociales desde alguno de sus ámbitos de aplicación. En esta oportunidad se plantea el estudio sobre las intervenciones comunitarias en el contexto de la salud mental infantojuvenil en los centros de salud primaria de la comuna de Viña del Mar, organismos que forman parte de la Red Asistencial de Salud y que a través de la implementación de sus programas responden a los lineamientos

programáticos del Ministerio de Salud. Luego, en la fase siguiente se exponen los antecedentes contextuales y empíricos que guían el estudio, partiendo por la conceptualización del fenómeno de Salud Mental, para continuar con el apartado que muestra una breve síntesis de la historia de la Salud Mental en Chile. Posteriormente, se presenta el marco en el que ha desarrollado la atención de Salud Mental en los centros de atención primaria en el ámbito local en la ciudad de Viña del Mar.

Luego, se hace referencia al Plan Nacional de Salud Mental en Chile, documento que ha servido en los últimos 10 años de guía técnica para la atención de salud mental en la población. Más adelante, se aportan antecedentes sobre la conceptualización de la salud desde el enfoque comunitario, se definen y desarrollan diversos conceptos en torno a las intervenciones sociales y comunitarias en el contexto de la salud mental que permiten conocer desde qué enfoques teóricos se posicionan las políticas sociales en el ámbito de la salud mental, para continuar con un acercamiento a la etapa de vida infantojuvenil desde la perspectiva del desarrollo evolutivo.

Finalizada la exposición de los “antecedentes”, se da paso a la Pregunta de Investigación y los Objetivos que guiarán el estudio. Posteriormente, en el apartado sobre “Método” se dan a conocer el tipo de Diseño utilizado en la investigación, así como los participantes que se encuentran incluidos en la realización de este estudio. También, se hace mención a los procedimientos y técnicas de recolección de información y a los Aspectos Éticos que enmarcan esta investigación. Los últimos apartados denominados “Resultados” y “Discusión y Conclusiones” exponen los hallazgos del estudio durante el proceso investigativo; así como también se da cuenta del proceso de reflexión y análisis realizado a partir de los resultados encontrados en la realidad investigada, generando propuestas en el ámbito de la investigación y de la intervención social en salud mental.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La historia de la salud mental y psiquiatría, tanto en Chile, como en los demás países del mundo ha transitado -de acuerdo a sus realidades locales- desde un modelo médico, organicista, con un esquema asistencial de tipo curativo, que derivó en uno custodial y con una gran carga segregadora y de marginación para las personas que se encontraban afectadas de una enfermedad mental, a un modelo biopsicosocial, conformándose en una oportunidad para comprender de manera integral al paciente, proporcionando atenciones que van más allá de los cuidados requeridos por las personas con trastornos mentales, incluyendo en su atención de manera paralela y complementaria una política de cuidados dirigida a la rehabilitación y reinserción, que permita superar el estigma social que esta condición conlleva, tanto para las personas, como para sus familias (Torres & Sepúlveda, 2001).

El cambio de enfoque en atención y comprensión del fenómeno de la salud mental, ha significado un proceso lento y paulatino de cambio social, ya que si bien las directrices que han guiado la nueva concepción de salud mental han estado sustentadas por políticas diseñadas a nivel gubernamental, estas han implicado la participación de diversos actores de la sociedad, teniendo que asumir un rol activo. El espacio que anteriormente se encontraba restringido a especialistas médicos y demás profesionales de la salud, ha comenzado a ser ocupado por las propias personas afectadas y sus familias, muchas de ellas conformando grupos organizados y haciéndose parte y cara visible de la problemática que viven.

Asimismo, la formación y desarrollo de fundaciones, organizaciones y otros actores de la sociedad civil han impulsado y desarrollado diversas iniciativas y programas cuyo eje articulador lo constituye la salud mental.

En este sentido, el Ministerio de Salud [MINSAL] (1993, p. 14) ha señalado que “Existe suficiente información para afirmar que el nivel o estado de salud mental de individuos y

grupos está fuertemente ligado a las condiciones sociales, especialmente a la situación socioeconómica, al nivel de salud general, a las fortalezas de las redes sociales y al nivel de protección o desamparo”.

Bajo esta mirada se considera que en la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afecta a hombres y mujeres cada vez con mayor fuerza, atendiendo los requerimientos de la vida en una sociedad que vive en la modernidad, viéndose afectada la salud física y mental de las personas (MINSAL, 2000).

Los niveles de riesgo de desarrollar desórdenes mentales se incrementan en la medida en que las personas cuentan -en su mayoría- con una menor red de apoyo familiar y social, a consecuencia de un modo de vida que privilegia valores como el éxito, la competitividad y el individualismo, por sobre el fortalecimiento de la vida en familia o el favorecer las relaciones cercanas y directas entre los miembros de una comunidad.

Asimismo, existe abundante evidencia que respalda la asociación entre la aparición de enfermedades mentales y la pobreza, independientemente del nivel de desarrollo logrado de los países, existiendo una relación entre clase social y deterioro psicológico afectando a las clases sociales más bajas, toda vez que estarían expuestas a mayor estrés ambiental (Alvaro, Torregrosa & Garrido, 1992).

En Chile, los principales trastornos mentales que afectan a la población corresponden a la agorafobia, la depresión mayor, la distimia y la dependencia de alcohol. Estas enfermedades explican el 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Ante esta preocupante realidad, el Estado de Chile en el año 2000 presenta el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría elaborado por el Ministerio de Salud. Este plan es considerado como un “modelo de atención comunitario” que requiere de la configuración de una red de servicios que se encuentra cercana a los lugares de residencia y de trabajo de las personas, así como a sus características culturales, demográficas y socioeconómicas.

Por lo anteriormente dicho, cobran relevancia las propuestas de intervención que se desplieguen desde los centros de atención primaria de salud y su articulación con el nivel secundario y terciario de la red asistencial de salud.

Respecto de las políticas desarrolladas en nuestro país en el ámbito de la Infancia, es posible señalar que éstas han tenido una evolución significativa a partir de los gobiernos democráticos, desde 1990.

En el año 2001 el Ministerio de Planificación y Cooperación publica la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y Adolescencia, documento que adquiere el carácter de marco ético, valórico y programático para el impulso de iniciativas dirigidas a niños/as y adolescentes. En el área de la salud, específicamente, en el año 2004 entra en vigencia la Ley 19.966 (Ley AUGE) y se reconocen grandes logros asociados a indicadores en materia de mortalidad infantil, neonatal y materna (MIDEPLAN 2007, citado en: Abarzúa & González, 2007).

Posteriormente, en el año 2006 se crea el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, el cual elabora una propuesta de políticas y programas con el objetivo de asegurar a todos las niñas y niños de Chile un proceso de desarrollo pleno y equilibrado durante sus primeros años de vida. Resultado de este esfuerzo lo constituye la puesta en marcha del programa “Chile Crece Contigo”, sistema de protección destinado a la infancia

desde su gestación y hasta el ingreso al sistema escolar, especialmente a aquellos que pertenecen a los hogares del 40% con menores recursos del país. (Chile Crece Contigo, 2010)

Respecto de las prioridades programáticas relacionadas con la infancia y adolescencia desde las políticas sociales en salud mental se encuentran: los trastornos asociados a la violencia intrafamiliar (maltrato infantil), los trastornos hipercinéticos y de la atención, la depresión, los trastornos psiquiátricos severos (primer brote esquizofrenia) y el abuso y dependencia del alcohol y drogas.

Otros avances focalizados en el segmento infantojuvenil dicen relación con la formulación del Programa Nacional de Salud Mental Infanto-juvenil para los servicios de salud y el Programa de Atención y prevención del Maltrato Infantil, entre otros.

De acuerdo a lo anterior es posible evidenciar un avance sostenido en las propuestas impulsadas desde las políticas sociales para atender las necesidades en el ámbito de la salud mental de la población, incluidas aquellas dirigidas a la infancia y la adolescencia. Sin embargo, se hace necesario conocer cómo y de qué manera la implementación de los programas que dan forma al Plan Nacional Salud Mental responden a sus objetivos, toda vez que este último establece dentro de sus fundamentos teóricos la intervención desde el Enfoque Comunitario.

Asimismo, es preciso conocer de qué manera los distintos programas que indican las prioridades del mismo plan se articulan en la realidad local en la atención primaria de salud para dar respuestas a las necesidades de la población infantojuvenil, atendiendo los distintos escenarios de intervención: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

3. RELEVANCIA DEL ESTUDIO

La salud mental de una comunidad y de las personas que la conforman constituye un conjunto de condiciones que interactúan entre sí y que para su surgimiento y mantención se requiere de la articulación de acciones de todos sus componentes. La desarticulación de ellos o el desequilibrio entre sus interacciones provocará una condición de enfermedad. Por lo tanto, se podría plantear que desde el modelo biopsicosocial la enfermedad mental es concebida como un efecto del proceso de engranaje de variables individuales, familiares, económicas y sociopolíticas que por distintas causas no logran conjugarse armónicamente (Costa & López, 1986).

El actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, coherentemente con el cambio de enfoque de salud, propone que la salud mental tiene que construirse en el contexto comunitario, de acuerdo a las necesidades de sus habitantes y a los elementos de la realidad que les posibilite un mejor bienestar en todos los niveles de la estructura social (individual, grupal, comunitario, societal).

Este estudio, plantea el interés por conocer cuáles son las intervenciones que se desarrollan en los Centros de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Viña del Mar desde el enfoque comunitario para la atención de la salud mental de la población infanto-juvenil. En este sentido, es preciso señalar que el enfoque comunitario supone una red de servicios de salud en los distintos niveles de atención y de intervención para responder a las demandas y propuestas de salud de la comunidad. Esta investigación propone el descubrimiento del espacio que ocupa en el quehacer de los centros de salud primaria la intervención comunitaria en salud mental y cómo esta se articula con los demás niveles de atención: individual y grupal.

Si bien la salud mental como estado de bienestar se conforma por interacciones entre sus miembros y no es posible separarlas por segmentos diferenciados, esta investigación ha

acotado su aproximación al grupo de población de la infancia y la adolescencia, lo cual implica una mirada particular de observar el fenómeno, pero, a su vez, surge la posibilidad de observar cómo este grupo establece relaciones más amplias y simultáneas en la dinámica social.

Acotar el estudio a la observación de la salud mental de los niños/as y adolescentes significa asumir la distinción y las particularidades que este segmento tiene frente a los demás grupos sociales de acuerdo a la etapa del ciclo de vida que se encuentra en desarrollo, y donde su carácter de dependencia de las demás personas e instituciones sociales como cuidadores, educadores y formadores valóricos/espirituales los hace un grupo prioritario de atención al cual hay que cuidar y proteger.

La relevancia del este estudio se centra en la posibilidad de comprender que el trabajo en salud mental desde una mirada del desarrollo evolutivo, centrado en la población infantojuvenil, presenta una oportunidad para formar el cimiento de una comunidad con mejores niveles de salud mental y, por ende con mejores condiciones de vida. De esta forma este estudio pretende ser un aporte al trabajo práctico y teórico que requiere la red de salud mental infantojuvenil para favorecer una mirada cada vez más holística y participativa en atención a la realidad que experimenta la infancia y adolescencia en el ámbito de la salud a nivel local.

Por último, la relevancia del estudio se fundamenta en la tesis que establece que la salud mental de los individuos y de la comunidad requiere el esfuerzo, la participación y la decisión del conjunto de sus integrantes, donde la intervención comunitaria debe y puede estar contribuyendo complementariamente a la intervención individual/clínica de las personas que se ven afectadas por una enfermedad mental. A su vez, las acciones de promoción y prevención están estrechamente ligadas al enfoque comunitario; por lo tanto, el bienestar de las personas y comunidades se alcanza cuando las estrategias promocionales y preventivas presentan efectos positivos y un impacto significativo en la comunidad.

Ocuparse de los factores que inciden en la salud mental de la infancia y adolescencia, implica necesariamente asumir la responsabilidad que a cada miembro de las familias y comunidades les compete en el desarrollo de los niños/as y adolescentes, por lo tanto, el desarrollo pleno de las potencialidades de los niños/as y adolescentes estará definido, entre otros factores, por las oportunidades que los integrantes de la comunidad puedan brindarles.

Lo Anterior cobra aún más relevancia al mirar la prevalencia de fenómenos como la violencia intrafamiliar y el consumo de alcohol y drogas en el país, ambas problemáticas incluidas como prioridades en el Plan Nacional de Salud Mental y cuyo abordaje requiere imprescindiblemente una intervención integrada.

4. ANTECEDENTES

4.1 Acerca del concepto de salud mental

La salud mental es un concepto que se encuentra asociado a otros conceptos como son la calidad de vida y el bienestar psicosocial y, depende de factores individuales y también contextuales. No obstante, el concepto de salud mental es intrínsecamente ambiguo ya que no es ajeno al sistema de creencias y valores sociales, así como a su construcción simbólica a través del lenguaje. (Warr, 1987 citado en: Alvaro, et al. 1992).

De acuerdo a lo señalado por García (2005), en nuestro país se ha adoptado la definición utilizada por el Ministerio de Salud de Canadá que entiende la salud mental como “la capacidad del individuo, los grupos y el ambiente de interactuar entre sí, de promover el

bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo y uso de las facultades mentales individuales y colectivas, consistentes con los derechos de las personas, la justicia y el bien común”.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001, p.22) ha entregado el siguiente concepto de salud mental: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede enfrentar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (...) “Es mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas”.

Además, podemos señalar que el concepto de salud mental se encuentra ligado a otros conceptos tales como: trastorno mental, problema de salud mental y nivel de salud mental. “El trastorno o enfermedad mental afecta la homeostasis biopsicológica de un individuo, determinando una limitación en su vida de relación (...). Puede ser reconocido y diagnosticado a partir de la consistencia de sus manifestaciones en el plano subjetivo, orgánico y conductual” (MINSAL, 1993, p.5) y su evolución puede ser abordada mediante acciones de tipo preventivas, de tratamiento y de rehabilitación.

Los problemas de salud Mental “corresponden a una categoría más amplia e incluyente que la anterior. Este deviene también de una alteración en la interacción entre el individuo, el grupo y el ambiente originada en factores propios del individuo, o provenientes del entorno” (MINSAL, 1993, p.5).

Por último, el nivel de salud mental sea de una persona o de una comunidad se puede representar como un continuum entre dos polos, bajo y alto nivel de salud mental” (MINSAL,1993, p.5). En este sentido, la presencia de una enfermedad mental no es el único factor que determina el nivel de salud mental, ya que aún ante la presencia de un trastorno mental, una persona puede alcanzar un buen nivel de salud mental toda vez que cuente con

otros factores facilitadores o potenciadores de su bienestar como son las relaciones familiares, el apoyo social, la inserción escolar o laboral, entre otros.

En lo que se refiere a la intervención promocional y preventiva en salud mental, lo que se intenta es “optimizar la salud y el bienestar psicosocial, reducir los determinantes de riesgo y actuar sobre los condicionantes de la salud; asimismo, se trata de evitar o retrasar la aparición, atenuar la severidad y duración de trastornos mentales en personas y grupos de mayor riesgo” (Aretio, Müller & Mateluna, 2003, p.12). Sin embargo, la opción por una determinada concepción de la salud mental trae consigo una serie de consecuencias en el ámbito de las intervenciones en el área.

En el ámbito de la salud mental infantojuvenil es conocido que los trastornos o problemáticas en el área se generan y manifiestan en el ámbito familiar, escolar y social primario, lo cual constituye una responsabilidad y a la vez una oportunidad para que estos sistemas sociales puedan contribuir al desarrollo de nivel adecuados de salud mental de la población infantojuvenil, así como intervenir en aquellas situaciones donde existen niños/as que están siendo afectados por alguna problemática o enfermedad mental. (MINSAL, 1993)

Al respecto, se da cuenta de una síntesis de la evolución que ha tenido Chile en el abordaje de las problemáticas de salud mental de su población.

4.1.1. Síntesis Histórica de la Atención de Salud Mental en Chile

Como se ha mencionado en las páginas precedentes, la atención de la salud mental de la población a transitado desde modelos eminentemente bio-médicos con un enfoque esencialmente asistencial y curativo a modelos que proponen la puesta en marcha de acciones fundamentadas en el enfoque biopsicosocial, contribuyendo al establecimiento de una política de cuidados para las personas que sufren de trastornos mentales sin restringirse esta a la

curación (Villarino, 2009). Es en este contexto donde emerge la psiquiatría comunitaria como área participante de la atención de salud mental, la que surge en la segunda mitad del siglo XX.

En Chile las primeras experiencias con este modelo de atención son lideradas por el Dr. Luis Weinstein, el Dr. Juan Marconi y el Dr. Cordero, las cuales se ven truncadas con la emergencia del Gobierno Militar (Torres & Sepúlveda 2001). Desde 1990 se realiza una reestructuración de la Atención Psiquiátrica con el propósito de “privilegiar el desarrollo de servicios integrados a la red común de atención sanitaria, con énfasis en el desarrollo de dispositivos comunitarios” (Sepúlveda 2001, p. 4) y la creación de vínculos intersectoriales.

A partir de la Reforma Programática en Salud, la salud mental figura como la quinta prioridad sanitaria para el país con un presupuesto que asciende al 1,2 % y se presenta como una forma de ofrecer los servicios requeridos por la población, a través de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría, que si bien incorpora la mirada psicosocial en la comprensión de los fenómenos que interfieren en la salud mental, no descarta la utilización de Instituciones de Hospitalización Psiquiátrica.

Bajo esta conceptualización se comprende que la enfermedad de un individuo puede tener una mejoría sustancial en la medida en que el ambiente social donde se encuentra inserto facilite su adaptación e integración. “La vida en la comunidad es un constituyente indispensable en el proceso de sanidad del sujeto” (Sepúlveda 2001, pág. 8). También se releva el componente de control social que puede ejercer la comunidad en el contexto del diagnóstico y la atención precoz de las enfermedades mentales en las personas, estableciendo como elemento crucial la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales.

Respecto del desarrollo de la psicología y psiquiatría infantojuvenil, ésta tiene una historia muy nueva, recién en las primeras décadas del siglo XX surge una preocupación por atender y

comprender los procesos de salud-enfermedad en niños/as y adolescentes. Inicialmente, no existía una valoración de la infancia y de la adolescencia como etapas vitales de desarrollo con características propias, siendo el psicoanálisis la primera corriente psicológica que estudia estos fenómenos (Aretio et al., 2003).

Los primeros estudios en Chile sobre epidemiología en el área infantojuvenil surgen en los años '80, siendo “escasos e insuficientes y se circunscriben, mayoritariamente, a la población escolarizada de la Región Metropolitana...” (Aretio et al. 2003, pág. 31).

En relación con lo anterior, el MINSAL en su documento nominado “Políticas y Plan Nacional de Salud Mental” (1993), hace referencia a la escasa importancia e implementación que se ha otorgado a la atención en salud mental infanto-juvenil, tanto desde los servicios especializados en el área, como los generales, aún tomando en consideración las alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en edades tempranas y el positivo impacto que trae consigo la prevención de desórdenes psicológicos en la infancia.

De acuerdo a lo informado por MINSAL (1993), la prevalencia de desórdenes mentales en niños/as y adolescentes en países industrializados se encontraba entre un 14% y un 20%, cifra igual o superior asignada para Chile.

Dentro de los estudios que se pueden mencionar en el segmento infantojuvenil, se encuentra una investigación desarrollada por la psiquiatra Flora de la Barra con niños escolarizados en comunas populares de la ciudad de Santiago, cuyos resultados arrojaron que del total de niños/as estudiados (n= 1279), en el año 1992 un 38,1 % presentaba algún trastorno psiquiátrico, mientras que en el año 1993 el 24,2 % había sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico. Las mismas cohortes de niños/as fueron estudiadas cuando cursaban 6° básico (1997-1998), encontrándose algún tipo de trastorno en el 43% de los casos (Aretio et al., 2003).

Lo anterior podría responder a una serie de causas multifactoriales; sin embargo si tomamos como referencia los fundamentos del Plan Nacional de Salud Mental y su consiguiente cambio de enfoque para atender las necesidades de salud mental, podríamos sostener como hipótesis, que el porcentaje de los niños estudiados aumentaron su índice de trastorno psiquiátrico debido al incompleto modo de abordar la salud mental por el antiguo modelo de atención (biomédico) que dejaba fuera intervenciones de carácter más integral donde se comprendiera e interviniera sobre factores de índole familiar y comunitario.

Un aporte significativo a la atención de salud mental en Chile lo constituye el documento elaborado por el Ministerio de salud en el año 1993 denominado “Políticas y Plan Nacional de Salud Mental” (1993). En este documento se establecen determinadas Áreas Prioritarias de Desarrollo para la atención de la población, las cuales se han ido desarrollando a través de los años por medio de la estructuración de una serie de programas implementados en la red de servicios de salud mental y psiquiatría a lo largo del país. Respecto de las cinco prioridades establecidas, la primera establece dentro de sus objetivos aumentar progresivamente la cobertura y la calidad de la atención en Psiquiatría y salud Mental Infantojuvenil, elaborar e implementar programas de prevención y atención integral del Maltrato Infantil. Lo anterior en concordancia con las necesidades diagnosticadas por la política en salud mental del país. Bajo estas directrices, en el año 1998, el MINSAL elabora un documento denominado “Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil” herramienta que sirve de guía para la prevención y atención integral del maltrato infantil en los Servicios de Salud. Así mismo, Posteriormente, el Programa de Salud Mental (MINSAL, 2008) implementado a lo largo de los dispositivos de salud pública establece como factores de riesgo y condicionantes de la salud mental la violencia intrafamiliar hacia la mujer y el maltrato infantil.

Respecto de la segunda prioridad es importante destacar la incorporación gradual de equipos de “Reforzamiento Psicosocial” (MINSAL, 1993) de manera de “Incrementar la capacidad de

los equipos de atención primaria para actuar en los campos de la promoción, prevención, intervención y resolución de los problemas de salud mental. Unido a lo anterior, se plantea el objetivo de “consolidar y expandir la Red de Centros Comunitarios de Salud familiar (COSAM), como componentes de la red de atención primaria en salud mental; así como “lograr la participación sistemática de la comunidad y de otros sectores en el diagnóstico de las necesidades en salud mental (...)” (MINSAL, 1993, p.54). Estos centros surgen inicialmente a partir de experiencias de trabajo comunitario en el ámbito del alcoholismo y drogadicción con jóvenes en la Región Metropolitana. Posteriormente, en 1990 el Ministerio de Salud invita a estos equipos de trabajo a participar en la formulación de un proyecto que permitiera la creación de una Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.¹

4.2. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) señala en sus fundamentos que el concepto de salud y especialmente de salud mental no sólo depende de factores biológicos de las personas o grupos, sino que también de las condiciones en las que ellos viven.

¹ “Muy brevemente podría decirse que la Red COSAM se trata de la creación e inserción en el aparato estatal de salud, de un programa comunitario y participativo, orientado a la prevención más que al tratamiento de los problemas de salud mental, que privilegia el trabajo en equipo y con grupos humanos, cuya estrategia fundamental es la identificación de problemas reales de la comunidad y la formulación en conjunto con esta, de programas locales de acción” (MINSAL, 1994).

El rol de los equipos de profesionales que conforman los COSAM tiene varias dimensiones. Por una parte deben actuar sobre el individuo y también sobre el grupo; deben dar prioridad a la prevención y el fomento de la salud mental; sin embargo debe estar dispuesto a atender las graves problemáticas existentes en el ámbito clínico. También debe ser un puente entre la comunidad y sus organizaciones y las autoridades locales (MINSAL, 1994).

En este sentido cobran relevancia todas aquellas acciones que se puedan desplegar en los contextos familiares, laborales y escolares donde las personas se desenvuelven, entendiendo que estas interacciones sociales promueven el bienestar individual y social, así como además, permiten acceder de manera oportuna a los servicios y apoyos que eventualmente puedan requerir los individuos ante una situación de dificultad, disminuyendo las posibilidades de llegar a experimentar una condición de discapacidad, o bien, de marginalidad social favoreciendo de esta manera la integración de las personas, grupos y comunidades.

“Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención, y el fortalecimiento de la atención primaria con una buena capacidad resolutoria enfocada en las personas, las familias y las comunidades” (Minoletti & Zaccaria 2005, p.348).

Lo que promueve el nuevo modelo de atención de salud mental es una continuidad de las atenciones de los usuarios por medio de una coordinación efectiva entre el nivel primario de salud y el nivel secundario, de manera de asistir a las personas que presenten algún episodio de deterioro de la salud mental, independientemente de las diferentes instancias por la que transite (Centro de atención primaria, hospitalización u otro dispositivo de la red de salud). Esta vinculación es fundamental para garantizar la continuidad del tratamiento. (León, 2002).

“La Red de Servicios De Salud Mental y Psiquiatría (Resolución Exenta N° 802 del 09/04/1999) surge a partir de un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda (usuarios y familiares), los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas” (MINSAL, 2000). Esta nueva estructura de funcionamiento pone énfasis en la

incorporación de las prestaciones de salud mental en la red de atención de salud general de cada Servicio de Salud, dejando de crear nuevos hospitales psiquiátricos.

El Plan de Salud Mental señala que será cada Servicio de Salud quien definirá para su red de servicios de salud mental y psiquiatría sus componentes y funciones; sin embargo, se establece algunos lineamientos tales como que el 30% de la atención deberá estar destinada a promoción y prevención de problemáticas de salud mental y que el énfasis en la atención estará en el nivel primario de atención.²

Este Plan contempla la puesta en marcha del Programa de Salud Mental, el cual tiene como propósito la detección, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales, así como el desarrollo de actividades en el área de la promoción y prevención. El programa se desarrolla en todos los niveles de atención, atendiendo las particularidades del contexto general de cada localidad en el que se inserta.

Las Actividades de Nivel Primario de Resolución están descritas de la siguiente manera:

1. Actividades para la articulación entre el nivel primario y secundario que consideran la realización de Consultoría de Salud Mental: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico- técnicas y atención conjunta de pacientes.
2. Actividades para la promoción de factores protectores de la población en general
3. Actividades para la Prevención

² De acuerdo a la sistematización de la experiencia de los COSAM entre los años 1990-1994 se señala que en la programación de actividades se consideró un 70% de prevención primaria, tanto de fomento y promoción, como de prevención específica; el 30% correspondió a actividades destinadas a recuperación de la salud, incluyendo diagnóstico y tratamiento precoz, rehabilitación y reinserción social. (MINSAL, 1994)

4. Actividades para el Tratamiento/ Recuperación y Rehabilitación

Dentro de las estrategias comunales en el ámbito de la salud mental propuestas por el Plan Nacional se encuentran: a) instalar el tema de la salud mental en la agenda política del municipio, con un enfoque integral de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; b) incorporar un componente de salud mental en el Plan Comunal de Salud, con un diagnóstico local, fijación de prioridades, programa de actividades, y red de servicios; c) facilitar la formación y funcionamiento de grupos de autoayuda en salud mental: agrupaciones de usuarios y familiares, organizaciones rehabilitadoras de alcohólicos y dependientes a otras drogas, grupos de apoyo psicológico, centros de adultos mayores, etc.; d) proveer dispositivos comunitarios que favorezcan la reinserción social de las personas con enfermedades mentales persistentes y discapacitantes, especialmente hogares protegidos, viviendas supervisadas, y clubes sociales; e) disponer de Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), que sirvan tanto para el funcionamiento de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, como para facilitar el desarrollo de grupos comunitarios y actividades conjuntas de salud con otros sectores.

Puntualmente en el ámbito de la salud mental infantojuvenil, el Programa de Salud Mental en los centros de atención primaria propone dos tipos de acciones: acciones dentro del establecimiento: Detección, Evaluación Diagnóstica, Consejería, Información y Educación, Intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo, Visita Domiciliaria Integral y acciones fuera del establecimiento: reuniones intersectoriales, reuniones con agrupaciones de padres y madres en los establecimientos educacionales, capacitación a profesores en la prevención de problemas de salud mental de niños y jóvenes, intervenciones psicosociales grupales con niños y niñas y con adolescentes de riesgo en la comunidad y en los establecimientos educacionales. (MINSAL, 2008)

Las acciones señaladas en los párrafos anteriores que se encuentran diferenciadas por nivel de atención y de intervención pretenden dar respuesta a las Prioridades Programáticas señaladas en el Plan Nacional, las cuales se definieron de acuerdo a algunos criterios epidemiológicos como la prevalencia, el impacto social, la disponibilidad de recursos humanos en el área, los costos de intervención, entre otros.

Dentro de las prioridades de atención es posible mencionar: Promoción de la salud mental y de la prevención de los riesgos; Atención a los niños y adolescentes en edad escolar con trastornos de atención e hiperactivos; Atención a las personas con trastornos mentales asociados con la violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar); Atención a las personas con depresión; Atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia y Atención a las personas con dependencia del alcohol y las drogas.

Complementariamente a lo ya expuesto, según Minoletti y Zaccaria (2005, p.352) si bien el Plan Nacional considera dentro de sus prioridades la atención en salud mental de la población infantojuvenil “el desarrollo de servicios de salud mental para niños y adolescentes está muy lejos de alcanzar la cobertura mínima definida en el Plan (...)”, ambos autores consideran que una de las limitaciones o dificultades que se observan en la evaluación realizada a la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile está dada por la insuficiente formación de profesionales en el enfoque comunitario de atención de salud.

4.2.1 Evolución del Programa de Salud Mental en la Atención Primaria

Tal como ha quedado de manifiesto en el apartado de la problematización del estudio, el interés y la motivación por hacerse cargo de la promoción de la salud mental y la intervención en la población que presenta trastornos mentales ha sido inicialmente una iniciativa desde el Estado Chileno, la cual se ha visto reflejada en los esfuerzos desplegados a través de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental por los distintos estamentos que

conforman el sistema de servicios de salud pública. En el ámbito local, son los centros de atención primaria junto a los hospitales generales y hospitales psiquiátricos quienes articulan sus acciones para responder a las necesidades de salud de la población.

Desde una perspectiva histórica, la atención de salud mental en la atención primaria ha ido evolucionando progresivamente desde la atención exclusiva de la población que presentaba problemas de consumo de alcohol, pasando por la incorporación del Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS en el año 2001; El Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o dependencia de Alcohol y Drogas en la atención Primaria en el año 2004³ y luego la puesta en marcha del Programa de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar en el año 2005.

Posteriormente, en el año 2007 se incorpora al Plan AUGE la atención de personas menores de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas en un Plan Ambulatorio Básico.

En el año 2008 se elabora el Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria, el cual viene a ensamblar los programas señalados anteriormente, pudiendo de esta manera dar respuesta integrada a las problemáticas de la población en el ámbito de la salud mental.

De los objetivos establecidos en este programa se desprende un componente que se encuentra asociado a la atención de salud mental infanto-juvenil.

Este componente, considera la intervención en niños/as y adolescentes que presenten trastorno hiperactivo y de la atención, maltrato infantil, trastornos emocionales y conductuales,

³ Guía Clínica: Detección y tratamiento Temprano del Consumo Problema y Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en a Atención Primaria, MINSAL, 2005)

además del trabajo en la línea promocional y preventiva en el ámbito de la salud mental con organizaciones de padres y organizaciones comunitarias y profesores de establecimientos educacionales.

Respecto del monitoreo y evaluación del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria esta se realiza a través de medios de verificación de los indicadores señalados para cada componente en las planillas de Resúmenes estadísticos mensuales de atención de usuarios (REM) y el Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en salud (SIGGES).

En relación con el trabajo comunitario, este se debe evaluar mediante un Informe al Servicio de Salud respectivo con la identificación de cada organización comunitaria o establecimiento educacional donde se realizó la intervención y la sistematización del trabajo realizado. (MINSAL, 2000)

Uno de los avances significativos que ha implementado la Política de Salud Mental en Chile, dice relación con la elaboración de Guías Clínicas y Protocolos de Atención para las distintas patologías y/o problemáticas que han sido establecidas como prioridades de atención. Es así que la Atención Primaria cuenta con una gama de documentos que orientan las acciones a seguir en maltrato infantil, violencia intrafamiliar, depresión, alcohol y drogas, trastornos hipercinéticos, entre otros.

4.2.2. Contexto Local de la Atención Primaria de Salud en la ciudad de Viña del Mar

En el ámbito local, específicamente en el caso de la comuna de Viña del Mar y de acuerdo a la información proporcionada por la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar (2008), existen 10 centros de salud de atención primaria, 5 de ellos corresponden a centros de salud familiar (CESFAM), 1 centro de salud comunitario familiar y 2 centros de salud comunitario vecinal.

En relación a las características sociodemográficas de la comuna es posible mencionar que la ciudad de Viña del Mar tiene una población de 286.931 (de acuerdo al Censo 2002) donde el 2.3 % corresponde a población en condición de indigencia, el 12.1 % pobre no indigente y el 85.6% no pobre. Del total de población de la comuna, el 28.4% corresponde a niños/as y adolescentes entre 0 y 17 años de edad.

En el ámbito de la educación, del total de niños/as de 0 a 5 años (22.430 personas), 40.2% asiste a jardines infantiles y educación pre-básica. Además, de la población total de 6 a 14 años (40.213 niños/as), el 94% se encuentra matriculado en un establecimiento educacional. Asimismo, la población de 14 a 17 años asciende a 19.028 adolescentes de los cuales el 90.3% se encuentra matriculado en establecimientos educacionales en el nivel de educación media.

Dentro de los antecedentes de salud de la población infantojuvenil es posible señalar que del total de embarazos a nivel de la comuna en el año 2007, el 14.3% corresponde a mujeres de 15 a 19 años de edad, situación que se constituye en un problema social por las alteraciones a nivel psicosocial que se generan a nivel, individual y familiar (diagnóstico comunal de la infancia).

Respecto al consumo de alcohol y drogas en población adolescente es posible informar que en la comuna (de acuerdo a información proporcionada por el SSVQ) de un total de 164 jóvenes entre 15 y 19 años atendidos por abuso de drogas por distintos centros durante el año 2006, 75 casos, es decir el 46% corresponde a jóvenes residentes en la comuna de Viña del Mar. Asimismo, la población infantojuvenil (10 a 19 años de edad) atendida en el programa de consumo de oh-drogas en 5 de los 10 centros de salud primaria en la comuna alcanzó a 18.4 % en el año 2007.

Respecto a otras atenciones realizadas en la APS en salud mental infantojuvenil, en el año 2006, se registran un total de 1276 atenciones. De las cuales 225 casos fueron derivados a

nivel secundario de especialidad en el área de Neuropsiquiatría Infantojuvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke. (Oficina de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia [OPD] y Red Comunal de Infancia de Viña del Mar, 2006). A su vez, en el mismo estudio, se señala que las principales problemáticas de salud mental que afectan a la infancia y adolescencia (estadística Área de Salud CMVM primer semestre año 2007) son: depresión (51,2%); trastornos hipercinéticos (24, 4%); trastorno ansioso, de las emociones y del comportamiento social (12,2%).⁴

Es importante señalar que el informe no registra casos vinculados a maltrato infantil, así como informa un número mínimo de casos víctimas de abuso sexual, por cuanto, se podría concluir que los centros de atención primaria no están pesquisando los casos asociados a estas problemáticas de manera completa, ya que los denuncias recepcionadas en la Fiscalía Local son muy superiores al número de casos informados por los centros de salud (OPD y Red Comunal de Infancia de Viña del Mar, 2006). En términos generales, existe una gran dificultad para conocer la prevalencia real de maltrato infantil lo que se debe a la baja denuncia y baja demanda de atención de este problema.

Estudios realizados en Chile estiman que el 5% de los niños reciben castigos físicos habituales (MINSAL, 1993). A pesar de la dificultad relativa a la denuncia de estos hechos, se ha ido tomando conciencia sobre la importancia de realizar acciones coordinadas entre las distintas

⁴ Los trastornos depresivos constituyen por tanto, un problema de salud pública de alta relevancia en el mundo entero. En Chile, la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si se agregan los episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres. Es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres. http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental3.html

Las diferencias entre hombres y mujeres en el riesgo de desarrollar depresión es comparativamente mayor en Chile debido a factores como el nivel educacional, la combinación mujer y pobreza, una escasa red apoyo, el N° de hijos menores de 15 años y las condiciones laborales. La presencia de violencia (de cualquier tipo) se asocia significativamente con una mayor severidad del cuadro depresivo. La gran mayoría de estas mujeres son madres de niños menores que viven en un ambiente psicosocial deteriorado y por consecuencia están expuestos a riesgo de maltrato.(MINSAL, 2009)

instituciones y organizaciones que trabajan en la red de infancia, en los distintos ámbitos de acción (salud, justicia, educación, entre otros) de manera de asumir como sociedad esta gran problemática que afecta a los niños/as y sus familias.⁵

Existe información estadística proporcionada por la Unidad de Neuropsiquiatría Infantojuvenil del Hospital Gustavo Frické que señala que en el año 2010 se registró la atención de 50 casos cuyo diagnóstico principal corresponde a maltrato infantil (incluidas en esta cifra los casos diagnosticados como violencia intrafamiliar), es decir, que adicionalmente al diagnóstico de maltrato pueden presentar otras patologías asociadas en salud mental.⁶

Respecto al trastorno hiperactivo de la atención⁷ que es una más de las prioridades del Plan de Salud Mental de acuerdo a lo señalado por Abarzúa y González (2007), el trastorno hiperactivo de la atención es el problema de salud mental más frecuente de la infancia y adolescencia en edad escolar en nuestro país, con una prevalencia que alcanza al 6,2% a nivel nacional. Desde la perspectiva médica, tanto los trastornos hiperactivos como el primer brote

⁵ El Ministerio de Salud en Chile plantea como estrategias para abordar las problemáticas del maltrato y la violencia intrafamiliar el enfoque de riesgo, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. (Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil. Prevención y Atención Integral. Pág. 22. MINSAL, 1998).

⁶ Según la UNICEF, en un estudio realizado en Chile mediante la aplicación de cuestionario a 1525 alumnos de 8° año de educación básica en el año 1994, 2000 y 2006, este arrojó como resultados los siguientes: en el año 1994, el 14.5 % de los encuestados estaba expuesto a algún tipo de violencia (psicológica, física leve, física grave), en el año 2000 el porcentaje fue de un 19.7 % y en el 2006 alcanzó un 21.4 %. Así también se observan variaciones entre el año 2000 y 2006 donde existe un aumento de violencia grave en el nivel socioeconómico medio y nivel alto (de un 16,3% a un 18,9%), y una disminución significativa en el nivel socioeconómico bajo: de un 25,6% a 18,9%. (UNICEF, 2008)

⁷ El Trastorno Hiperactivo /Trastorno de la Atención (THA) constituye un cuadro clínico que se identifica cuando se presentan **déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad**, en forma persistente, y en más de uno de los ambientes de vida del niño, niña o adolescente. Su tratamiento debe comenzar desde el inicio del período escolar. Se incluye: Trastorno de hiperactividad Trastorno de déficit de la atención y Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. De manera coordinada, a contar de 1998, la **Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)** con apoyo técnico del MINSAL pone en marcha el programa “Habilidades para la Vida” (HPV), cuya población objetivo incorpora niños y niñas desde el 1° y 2° nivel de transición de la educación parvularia, hasta el 3° básico. (niños de 4 a 9 años) de escuelas municipales y particulares subvencionadas con alto índice de vulnerabilidad social. El modelo de intervención del **HPV** se sustenta en los aportes de la epidemiología del desarrollo, las buenas prácticas en promoción y prevención en Salud Mental, la psicología clínica infanto-juvenil y estrategias comunitarias. MINSAL 2008)

de esquizofrenia (patología incorporada en el Sistema AUGE), ambas carecen de la evidencia de marcadores biológicos que determinen su origen y evolución.⁸ Sin embargo, “la normativa estatal centra su énfasis en la medicación (antipsicóticos para la esquizofrenia y psicoestimulantes para la hiperactividad), constituyendo las intervenciones psicosociales (...) acciones más complementarias al tratamiento farmacológico” (Abarzúa & Gonzalez, 2007, p.92).

En esta misma línea, las autoras Aretio et al. (2003), establecen que podría ser un riesgo atacar el síntoma sin un enfoque más ecosistémico que ayude a responder qué y cómo se asocia la aparición refiriéndose del síndrome déficit atencional.

4.3. Aproximación a la intervención en Salud Mental desde el Enfoque Comunitario

Las páginas anteriores han dado cuenta de los cambios que ha ido experimentando el abordaje de la salud mental. Se ha aceptado que en ella influyen diversos factores que no dependen sólo del individuo, sino más bien, son la conjugación de variables personales y del entorno familiar, social y político que contribuyen a posibilitar un mayor o menor nivel de salud mental en las personas y comunidades.

La visión de la salud como salud pública, donde el énfasis está puesto en la protección de la salud y la educación para una cultura de la salud data de la década de los años '20 (Costa & López, 1986).

⁸ En contraposición a lo señalado por Abarzúa y González, el Ministerio de Salud en Chile manifiesta que de acuerdo a la información científica disponible, es posible afirmar que el trastorno hiperactivo posee una base biológica, determinado genéticamente con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente. Por lo anterior, la influencia de factores psicosociales, del ambiente familiar y escolar de los niños que presentan este trastorno es significativa, los cuales pueden ser determinantes para la expresión sintomatológica, para la mantención del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos. Es así, que la norma técnica señala como parte esencial en el tratamiento la consideración de intervenciones psicosociales a nivel familiar y escolar, así como apoyo psicológico y tratamiento farmacológico para el niño/a. (MINSAL, 1998)

Posteriormente surge en Europa la perspectiva de la salud comunitaria asociada al nacimiento de los centros de salud primaria y con ello, el intento por abolir los “manicomios”, lugares donde se cronificaban los trastornos adolecidos por los individuos, impidiendo su posibilidad de re-integración social.

En los años ´80, en España proliferan los Centros de Promoción de la Salud, cuyo propósito inicial se relaciona con la necesidad de dar respuesta satisfactoria a las demandas de salud de la población que no eran efectivamente cubiertas por el sistema de salud vigente, el cual otorgaba respuestas desde el enfoque eminentemente médico. Asimismo, la mayor proliferación de estudios desde este enfoque de investigación, dice relación con que el modelo médico ha tenido una trayectoria histórica más amplia; sin embargo, comienzan a surgir autores que sostienen la importancia de considerar las variables sociales y ambientales para la comprensión y tratamiento de las patologías mentales.

Otra experiencia en el ámbito de la salud mental desde un enfoque comunitario nos otorga la realidad Cubana, que a partir de un proceso de reorientación de la psiquiatría hacia la Atención Primaria de Salud (APS) en los años ´90, le da un sentido un poco más salubrista a la atención psiquiátrica de la población, centrándose básicamente en la prevención y la promoción de salud, sin dejar de atender el daño y su rehabilitación (León, 2002).

Las primeras experiencias en salud mental y psiquiatría comunitaria en Chile datan del año 1968, donde uno de sus componentes claves está dado por la integración de la atención de salud mental y psiquiatría en los hospitales generales con el apoyo de las comunidades. A este proceso se le denominó “Reforma Psiquiátrica Chilena”.

Dentro de las experiencias más significativas desarrolladas en Chile es posible exponer las siguientes: Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago;

Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital de Temuco y Creación de los Centros de Salud Mental Familiar (COSAM).

Desde una visión psicosocial, la salud mental puede ser concebida como la interacción entre el individuo y su posición social, así como los cambios sociales a los cuales está afecto. Es así que, el deterioro psicológico no es entendido como una característica estable de la persona, sino como una respuesta instrumental/adaptativa al medio social. (Alvaro, Torregrosa & Garrido, 1992).

“Clase social, género y situación laboral han sido considerado en los estudios, tanto ecológicos como epidemiológicos y clínicos, como aspectos principales de la estructura social que influyen o configuran el bienestar emocional y la aparición de trastornos de carácter psicosomático” (Alvaro et al. 1992, p.10).

San Martín y Pastor (1984, en: Costa & López, 1986) aportan una definición sobre la salud comunitaria entendida como “el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades del trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad” (p. 233).

De acuerdo a la definición anterior, el punto central de la salud comunitaria estaría en comprender que el ciclo salud-enfermedad se encuentra determinado por la interacción entre los sistemas biológicos, ambientales y sociales de los individuos. Por lo tanto, los componentes educativos, promocionales y preventivos de la salud toman fuerza bajo este modelo de atención.

Aún cuando la voluntad política y el poder económico sean factores relevantes en término de las decisiones respecto de los lineamientos estratégicos a seguir y la distribución de los recursos para otorgar prestaciones de salud a la población, es patrimonio de la comunidad también, el decidir sobre sus propias condiciones de vida y de salud a través de la promoción y puesta en marcha de acciones tendientes al mejoramiento sistemático de su calidad de vida, impidiendo, o bien, deteniendo la proliferación de enfermedades mentales, fortaleciendo la capacidad psicológica de las personas para enfrentar las dificultades que se presenten de manera más efectiva.

Desde la perspectiva comunitaria, el desorden mental es concebido no sólo como la imposibilidad del sujeto a presentar respuestas satisfactorias ante los estímulos ambientales, sino que se entiende como el fracaso de los diversos sistemas con los cuales el individuo interactúa: familia, escuela, organizaciones sociales, etc. (Costa & López, 1986).

Las experiencias enunciadas anteriormente, coinciden en señalar que toda propuesta desde el enfoque comunitario en salud mental debe considerar los siguientes elementos: desarrollar la capacidad de poder y control de los sujetos sobre sus circunstancias ambientales; enfatizar la construcción del bienestar individual como producto de que el sujeto ponga en práctica sus recursos potenciales, siendo protagonista del proceso; promover una acción sinérgica entre los recursos que hay en los pacientes en la comunidad donde viven y en las instituciones, para satisfacer las necesidades de la asistencia y de rehabilitación de los pacientes; implementar estrategias para disminuir la brecha existente entre la intelectualidad de los profesionales del área de salud mental y la realidad social de los pacientes; desarrollar un programa específico de lucha contra el estigma del enfermo psiquiátrico, superando la postura “castigadora” hacia los pacientes que presentan trastornos mentales, llegando las comunidades y equipos de salud a una actitud “solidaria” hacia ellos.

En correspondencia con el enfoque comunitario en salud, Moreira (2007) realiza una interesante conceptualización respecto a una de las patologías con mayor prevalencia en nuestro país y que por lo demás, ha sido considerada como una de las prioridades del Plan Nacional de Salud Mental y forma parte del Sistema AUGE: La depresión.

Para esta autora, la depresión es considerada un desorden de los afectos y así se clasifica en el actual DSM-IV, en contraste con los desórdenes del pensamiento, como por ejemplo, la esquizofrenia. La división entre afecto y pensamiento es fruto de una forma dicotomizada de pensar la psicopatología (Moreira 1998, 2002a citado en: Moreira, 2007). La etiología de la depresión estaría más directamente asociada a un orden social de los desafectos que a un desorden de los afectos (Moreira 2003a; Moreira & Freiré 2003; Moreira & Sloan, 2002 en: Moreira, 2007).

A su vez, esta misma autora manifiesta que generalmente se ha dado más preponderancia al tratamiento de este trastorno a través de la farmacología que a la intervención con un enfoque psicosocial y comunitario, ya que si bien existen casos de compromiso orgánico donde se justifica la administración de antidepresivos, “el síntoma frecuentemente es mucho más social que psicopatológico y muchas veces el trabajo del asistente social o del líder político termina siendo mucho más importante que el del médico”(Moreira, 2007, p.132)

En esta misma línea de comprensión de los trastornos mentales y la apuesta por intervenciones de carácter social-comunitario, los investigadores Cova et al. (2006) de la Universidad de Concepción, realizaron un análisis de los programas llevados a cabo en distintos países sobre la prevención de la depresión infantil a través de talleres grupales y donde los principales resultados señalan que éstos tienen su fundamento en las teorías cognitivo-conductuales de la depresión y emplean las estrategias y técnicas desarrolladas desde este enfoque para el tratamiento de la depresión, dejando con poca consideración a otros factores psicosociales. En ese mismo estudio, los autores enfatizan en la necesidad de crear programas preventivos en el

ámbito de los trastornos mentales para la infancia y adolescencia, considerando las necesidades y realidad de los niños/as en nuestro país.

Complementariamente a lo anterior, otra de las problemáticas que afectan significativamente la salud mental de la infancia y adolescencia en Chile, es el maltrato infantil. Una investigación realizada en la ciudad de Temuco evaluó la relación entre padres (madre y padre) que ejercen conductas de maltrato físico hacia sus hijos y apoyo social (Medina, Aracena & Bilbao, 2004). Esta investigación arrojó como resultados que los hombres maltratadores se contactan significativamente más veces con sus redes sociales que las mujeres maltratadoras y que los hombres y las mujeres no maltratadores. Además, los padres no maltratadores perciben a sus redes sociales en general como más apoyadoras que los padres maltratadores físicos. En este sentido, podría plantearse que estructuralmente los padres maltratadores físicos quizás no se encuentran aislados socialmente, pero sí podría plantearse que éstos están socialmente aislados desde un punto de vista funcional, ya que se perciben como menos apoyados por sus familias, vecinos y por las redes sociales en general, cuando se los compara con los padres no son maltratadores (Medina et al., 2004).

Desde el contexto de la intervención con estas familias, este estudio sugiere que las acciones preventivas o curativas se centren en los recursos con los que cuentan los padres que ejercen conductas maltratadoras, las conductas de apoyo implementadas, los aspectos contextuales y personales, pero por sobretodo en los aspectos funcionales del apoyo social, ya que los datos plantearían que lo esencial es la percepción de apoyo que tendrían los padres en cuanto a: (a) los recursos, es decir, con quienes cuentan los padres, a quien recurren en busca de ayuda, (b) las conductas de apoyo, se deben considerar los tipos de apoyos requeridos por los padres que ejercen conductas de maltrato (material, emocional o informacional) y (c) los aspectos funcionales del apoyo social, se deberían tomar en cuenta, las valoraciones subjetivas que hacen los padres con conductas maltratadoras de los elementos anteriores; sentirse apoyado o no, estar o no satisfecho con el apoyo recibido.

Estos resultados podrían constituirse en antecedentes a considerar para el diseño de programas de intervención desde enfoques mas comunitarios y menos clínicos, para enfrentar esta problemática social potenciando las relaciones primarias y el fortalecimiento de organizaciones comunitarias que cumplan funciones de contención emocional y control social frente a la emergencia de dinámicas de relaciones violentas o conflictivas en pequeñas comunidades o incluso a nivel familiar.

Desde el enfoque comunitario en salud mental, se plantea la necesidad de generar transformaciones en los sistemas económicos y educativos de la sociedad con el fin de dar respuestas adaptativas a las realidades que viven las personas, más aún aquellas que están marginadas o excluidas socialmente. El énfasis debe estar puesto en el trabajo con grandes unidades sociales o comunidades, más que en el individuo o las familias de manera particular.

Es en este contexto, donde se hace necesario el desarrollo de programas de salud en general y salud mental en particular donde exista una complementariedad entre las intervenciones clínicas, ponderando el carácter técnico y de expertos de las intervenciones, con acciones de índole comunitarias donde el foco está puesto en la participación activa de los propios usuarios adecuando los conocimientos teóricos-empíricos a las creencias, tradiciones, hábitos y valoración que tiene la propia comunidad sobre la salud mental .

“En este escenario, la Atención Primaria de Salud (APS) se ha convertido en núcleo central, en la clave de la Salud Comunitaria y de todo el engranaje de los sistemas de servicios de salud. La reforma de salud vigente, pone a la APS como base y eje coordinador del cuidado continuo, pero también como una estrategia de desarrollo tendiente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas” (MINSAL, 2007 citado en: Martínez, Silva, Sepúlveda & Soto, 2008, p.53)

Para los autores Chacón y García (1998, citado en Montenegro, 2001) los modelos centrados en la salud mental se refieren a la rama de la psicología clínica comunitaria que han criticado las tradicionales definiciones intrapsíquicas de los problemas mentales y que ponen énfasis en los aspectos sociales y relacionales de las conductas de las personas, considerando de manera relevante la puesta en escena de los recursos materiales, sociales y psicológicos de los que dispone el individuo.

Lo anterior requiere el desarrollo de un espacio que propicie la intervención desde el enfoque comunitario. El modelo comunitario se sustenta bajo tres lineamientos: del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios; del psiquiatra al equipo” (Desviat 2007, p. 89), trasladando el enfoque de atención, desde el abordaje biomédico al abordaje biopsicosocial⁹.

Según Martínez [s.a.] “el enfoque comunitario es un modelo metodológico en el cual subyace una cosmovisión o paradigma particular de lo psicosocial. Más específicamente, el enfoque comunitario constituye una herramienta para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos de intervención social”. (p. 10)

Este enfoque orientado básicamente a la intervención, postula una triple articulación que de acuerdo a Martínez [s.a.] está dada en los siguientes niveles: articulación teórico-práctica; articulación institucional comunitaria; articulación entre encuadre positivo-encuadre negativo. El enfoque comunitario, orienta las intervenciones en el contexto natural donde se desenvuelven las personas, las cuales se desarrollan en “una relación primaria de pertenencia con los sistemas naturales” (Martínez [s.a.] p.22).

⁹ Este modelo constituye una comprensión holística del paciente mental, a partir de la cual es posible una política de cuidados, y no solo de curación, destinada a la rehabilitación y reinserción de los pacientes, y a una superación del estigma generado por el antiguo modelo asistencial.

Este enfoque pretende articular los encuadres negativos y positivos al momento del estudio de una realidad social determinada, pudiendo conocer y construir el diagnóstico de las problemáticas que vivencia una comunidad, pero a su vez otorgando sentido a la intervención, elevando las potencialidades y recursos con los que cuenta o puede desarrollar una comunidad para la modificación de las situación inicial.

Según Alfaro (2005), las prácticas comunitarias serían el resultado de desarrollos disciplinarios, técnicos y operativos los cuales desembocan en nuevas formas de entender (conocimiento) y actuar (técnicas), permitiendo de manera gradual conocer el “objeto”, que en este caso es la “salud mental”.

En el plano de las intervenciones que se pueden desplegar para modificar parte de una realidad social, podemos considerar las intervenciones sociales y comunitarias; sin embargo, a pesar de la gran cercanía entre ambas, existen importantes diferencias, dentro de las cuales podemos señalar las siguientes: en la intervención comunitaria existe un papel de sujeto-activo y participante y protagonista, pero que en la intervención social éste se asume como objeto de dicha intervención. Otra diferencia está dada por el nivel de la intervención. En la intervención comunitaria se trabaja en un nivel meso-social, lo comunitario se sitúa en un nivel social intermedio entre lo grupal y lo social, en cambio, en la intervención social ésta se da a nivel global, macro-social (Cordeau, 2010).

En la intervención comunitaria, el énfasis está puesto en los aspectos positivos, los recursos y el desarrollo de la comunidad. En la intervención social, el foco de atención -al menos en la fase inicial- está puesta en las situaciones problemáticas y los contextos disfuncionales de los sistemas sociales. De lo anterior, se desprende que las acciones comunitarias plantean la potenciación de los recursos existentes en la propia comunidad por medio del fomento de la participación de las personas que la conforman.

Otra propuesta clásica de intervención comunitaria es la que realiza Caplan (1979, citado en: Sánchez, 1996). El autor concibe la organización de un programa comunitario como un conjunto de principios genéricos que sistematizan las soluciones programáticas aportadas a situaciones comunitarias sociales recurrentes pero que deberían ser concretadas para cada caso y situación particular”.

Para Rueda (1996, 1998, citado en: Sánchez, 1996), la intervención comunitaria “sería esencialmente una intervención psicosocial centrada en la resolución de una situación social (psicosocial) problemática que es vista como un sistema adaptativo disfuncional para el grupo social. La intervención se centrará en la búsqueda y adopción de alternativas adaptativas...”. Este autor pone énfasis en la resistencia o rechazo inicial que puede surgir desde la comunidad como respuesta al hábito o costumbre de los comportamientos disfuncionales que se pretenden modificar por otros alternativos. Además, Rueda propone tres modalidades generales de intervención: asistencialista, tecnicista y participativa. Esta última asume la respuesta activa de los usuarios a través de su compromiso en la apuesta de sus propias capacidades y recursos.

Por otra parte, según Montenegro (2001), existen diferentes formas de intervención social, que, se clasifican en intervenciones dirigidas, participativas, y de acción situada.

En el contexto de las intervenciones dirigidas, los problemas sociales responden al resultado de las dinámicas sociales, por lo tanto, el énfasis está en la intervención en las competencias de las personas que se encuentran experimentando la situación problemática. “No se interviene en las producciones culturales, o en la distribución de los bienes sociales, sino que en la capacidad de acceder al empleo, a los recursos educativos, etc. (Alfaro, 2005, p.6)

Dentro de los distintos ámbitos de la intervención social, aparece como importante para este estudio, hacer mención a los grupos de apoyo social¹⁰ y de ayuda mutua¹¹ como ámbitos de intervención psicosocial denominadas “intervenciones dirigidas” que tratan con problemas relacionados con el bienestar y la salud. “El reconocimiento de la influencia del ambiente social en la salud de las personas, propio de los modelos ecológicos y sistémicos a dado como fruto numerosos estudios a cerca de cómo hacer intervenciones en las que se creen y fortalezcan los vínculos sociales, produciendo relaciones que sirvan de soporte a las personas sobre todo cuando se encuentran en procesos de crisis vital. (Montenegro, 2001, p.127).

En las perspectivas “participativas” se presenta una sociedad estructurada a partir de relaciones de dominación y explotación que es necesario revertir con la participación de grupos conscientes de esta situación y comprometidos con el cambio” (Montenegro 2001, p. 36). La visión de la sociedad se hace desde un punto de vista conflictivista, presentando una sociedad dividida y con intereses contrapuestos donde los recursos económicos, sociales y culturales están distribuidos asimétricamente entre los diferentes grupos sociales.

Las intervenciones de carácter participativo establecen una relación de cambio social mediante un dialogo que busca la reflexión crítica sobre la realidad y donde la relación entre el interventor y la comunidad es de sujeto-sujeto.

¹⁰ El apoyo social puede ser definido como el grado en que las necesidades básicas de las persona – como la afiliación, el afecto, la partencia, la identidad, la seguridad y la aprobación-son satisfechas a través de la interacción con otros/as. (Thoits en “la intervención social: intervenciones dirigida”. Montenegro, M.(2001)

¹¹ Las relaciones de ayuda permiten por un lado, superar condiciones de vida particulares a través del intercambio de recursos y servicios y, por otro, establecer sentimientos de soporte efectivo, de identidad y pertenencia a las personas imbuidas en dichas redes sociales. (“la intervención social: intervenciones dirigida”. Montenegro, M.(2001))

El enfoque participativo hace una crítica a la intervención social más tradicional que “utilizando las herramientas propias del conocimiento técnico y profesional, reproduce las relaciones de denominación en la sociedad” (Fals Borda, 1993 citado en: Montenegro 2001).

Desde la perspectiva situada, la intervención social es concebida a partir de las articulaciones donde participan diferentes posiciones de sujeto, incluyendo a los interventores y otras personas, grupos o instituciones afectadas por la problemática a tratar. El eje central está dado por la negociación de las construcciones que desde diferentes posturas puede ser visto como problemático. Se asume que la intervención del profesional generará una acción transformadora y positiva para quien la recepciona.

La propuesta “situada” sobre la intervención social debe reflexionar sobre cómo son constituidas las relaciones y prácticas en el entramado de poder – saber – instituciones que alojan estas relaciones. (Montenegro, 2001).

Es relevante para esta investigación que la conceptualización de la intervención sea asumida desde una mirada comunitaria, es decir, donde la participación de los actores sociales es trascendental para la planificación y ejecución de acciones que serán desplegadas en la reflexión y enfrentamiento de las temáticas y/o problemáticas que los afectan. En este escenario, cobran importancia la consideración del concepto de salud comunitaria entregado por San Martín y Pastor (1984), así como la comprensión de las intervenciones desde el enfoque comunitario (Martínez, [s.a.]), principalmente en lo relativo a la articulación de encuadre positivo-negativo, logrando la necesaria conexión entre la detección de las problemáticas evidenciadas en una determinada realidad social y los recursos y potencialidades de las comunidades en las que se interviene. Además, este enfoque se define como un modelo metodológico, lo cual se constituye en un instrumento sumamente útil para el diseño, implementación y seguimiento de programas sociales y por lo tanto, es factible de ser utilizado como referencia para esta tesis, toda vez que lo que se busca es el acercamiento de

las intervenciones comunitarias en el contexto de un programa de salud, cuyo diseño desde la política en salud mental se sustenta en este enfoque.

Asimismo, la conceptualización que realiza Rueda (1986,1988,1989 y 1990 citado en: Sánchez, 1996), respecto a la intervención comunitaria es interesante, en la medida que presenta distintas modalidades: intervenciones asistencialistas, tecnicistas y participativas, las que pudieran estar articuladas de manera armónica para responder a una determinada realidad social, ya que no es posible olvidar que en los contextos sociales donde se despliegan las políticas sociales, como es el caso de la realidad en que se está investigando, las variables socioeconómicas son parte de las problemáticas a abordar y por lo tanto, es preciso considerar las acciones asistencialistas. Sin embargo, se estima que la interconexión de estas modalidades debiera ser cuidadosa, de manera de evitar la excesiva preponderancia de una sobre la otra, perdiendo la mirada integrada que se requiere para el abordaje del fenómeno en el que se busca generar cambios sociales.

Algo similar ocurre con la propuesta que ofrece Montenegro (2001) al concebir las intervenciones sociales desde tres enfoques: dirigidas, participativas y de acción situada. Cada uno de estas orientaciones podrán ser asumidas desde los interventores de acuerdo a las características que posea la realidad en particular donde se plantee la intervención, debiendo considerar la triple articulación que establece (Martínez, [s.a.]), articulación teórico-práctica; articulación institucional comunitaria; articulación entre encuadre positivo-encuadre negativo.

Respecto a las intervenciones sociales, es necesario asumir que en el contexto de este estudio, las intervenciones sociales desde una perspectiva dirigida y situada serían nociones favorables de tomar en cuenta, toda vez que se plantea el interés por descubrir las acciones llevadas a cabo desde el enfoque comunitario, lo cual supone una mirada reflexiva y participativa desde los actores sociales involucrados.

Por último, desde las diferencias que adquieren las intervenciones sociales y comunitarias respecto del foco de atención, es posible plantear que ambas intervenciones pudieran ser compatibles, en la medida en que las primeras son necesarias en la fase diagnóstica del proceso de intervención, mientras que las segundas podrán estar incluidas durante todo el proceso de implementación de las acciones desplegadas para generar los cambios de la realidad social que se interviene.

De acuerdo a los objetivos perseguidos por la intervención social y comunitaria es posible clasificar las técnicas y estrategias a utilizar (Sánchez, 1996):

A) Prestación de Servicios: corresponde a la prestación de servicios humanos alternativos a los tradicionales desde criterios poblacionales (destinados a toda la población), sociales (dirigido a los marginados o desfavorecidos) y comunitarios (trabajo “desde abajo” y por medio de mediadores comunitarios).

B) Desarrollo de Recursos Humanos: se basa en la concepción de que las personas y comunidades poseen potencial por desarrollar, el cual puede utilizarse para la resolución de las problemáticas sentidas por los mismos. Esta estrategia distingue dos subgrupos: el Desarrollo de Recursos Indirectos y el Desarrollo de Recursos Directos. Los primeros corresponden a la potenciación de la capacidad de una persona para ayudar a otros mediante su rol profesional, ampliando su rol profesional para la prestación de otros servicios humanos que puedan estar relacionados con su quehacer. Los segundos, están referidos al desarrollo de las personas *per se* no en cuanto a mediadores comunitarios que prestan servicios a otros. Los grupos de autoayuda se incluyen dentro de este subgrupo.

C) Prevención: en esta estrategia se distinguen tres grupos: la Prevención Primaria que corresponde a la prevención propiamente dicha; prevención secundaria vinculada al tratamiento y organización de los servicios con orientación preventiva y la prevención terciaria, asociada a la rehabilitación. La promoción de la salud mental es el método clásico de prevención como estrategia de intervención comunitaria.

D) Reconstrucción Comunitaria: esta estrategia toma como supuesto que el surgimiento de los problemas sociales están asociados a la desintegración social, por lo tanto la reconstrucción social y comunitaria propone la organización del apoyo social y de las redes de apoyo.

E) Cambio Social: esta estrategia propone una modificación significativa de la estructura social básica relativa a la distribución de poder. A su vez se distinguen dos tipos de estrategia: las que intentan crear nuevos sistemas sociales alternativos o instituciones “paralelas” y, las que pretenden cambiar un sistema social existente. En esta segunda estrategia para lograr los cambios propuestos se distinguen tres métodos básicos:

- Desarrollo de comunidades: Se asumen la disposición de recursos ilimitados (económicos, humanos, políticos, etc.) partiendo de la base del consenso y la cooperación a través del desarrollo de la autogestión de la propia comunidad con apoyo técnico externo. La comunidad es relativamente homogénea en términos culturales y de intereses. Si bien esta estrategia no deja rezagos de violencia y fomenta el desarrollo constructivo de recursos puede generar desigualdades sociales que luego requerirán de acciones redistributivas.

- Acción social: Es una estrategia de conflicto y confrontación sustentada en la idea de que los recursos sociales son limitados y distribuidos desigualmente. La comunidad es marcadamente heterogénea en términos culturales de poder e intereses. Los mecanismos psicosociales centrales de esta estrategia son la solidaridad, la coerción, la organización y movilización de masas para acceder a los recursos y al poder.

- Abogacía Social: Es una estrategia que busca la reforma de ciertos aspectos y procesos de un sistema a partir de un grupo o persona que se siente perjudicado, intentando modificar los sistemas que han dado origen la problemática.

En relación a las estrategias y técnicas de intervención, éstas van a estar guiadas de acuerdo a al enfoque que los interventores adopten respecto de las intervenciones. Desde la perspectiva de esta investigación, se plantea la consideración del uso de estrategias y técnicas que potencien las áreas de promoción de estilos de vida saludable y prevención de situaciones que pongan en riesgo el bienestar de las personas y comunidades. En este sentido estrategias como

las de prevención, desarrollo de recursos humanos y de reconstrucción comunitaria pueden ser adecuadas en la implementación de programas sociales vinculados al área de la salud. Dentro de la segunda estrategia enunciada, es importante considerar el potencial poder que pueden desarrollar las organizaciones de autoayuda vinculadas a personas que vivencian algún problema de salud mental o trastorno mental en apoyo a la mejoría de su nivel de salud mental.

Por otra parte, se estima que las estrategias que se definen como conflictivas o que promueven cambios sociales estructurales, no responden a las características y el escenario social existente en el contexto político, social y cultural desde donde se proponen las intervenciones en el ámbito de la salud en la comuna de Viña del Mar, por lo tanto serían estrategias a considerar en contextos y momentos muy diferentes al actual.

Es importante tener en cuenta que al momento del desarrollo de las intervenciones es posible que se produzcan ciertas tensiones entre los profesionales que asumen su rol de interventores y el marco institucional en el que se sustentan los programas y políticas sociales. En este sentido, Alfaro et al. (2007, pág. 3) refiere que “las prácticas de intervención comunitarias y psicosocial de los psicólogos en programas y políticas sociales, son constituidas desde el interjuego de un conjunto de dispositivos de acción que integran y articulan, por una parte, el nivel de competencias profesionales entregadas por los programas de formación de psicólogos; los requerimientos técnicos de los marcos situacionales de las instituciones y programas en los cuales se despliegan las intervenciones, por otra parte; y el espacio simbólico y material de elaboración que constituye el propio interventor.”

Estos mismos autores, (Alfaro et al., 2007) hacen mención a distintos estudios (Krause & Jaramillo (1998), Saavedra (2005), Reyes (2005)) los cuales coinciden en señalar las relaciones de conflicto a las que se han visto expuestos los interventores sociales, incluyendo a los psicólogos comunitarios a partir de los años '90 en el ejercicio de su rol, donde se observa

un acento en las tareas profesionales más cercanas al ámbito asistencial y de prevención específica, que en el desarrollo de acciones comunitarias. Estos profesionales “habrían pasado a ocupar una posición más tradicional de científico-técnico, pasando a ser considerados los poseedores de una verdad que se debería “promover” y “develar” a los usuarios de sus servicios, conformándose una identidad de ellos como especialistas, “médicos o doctores” (Alfaro et al., 2007 pág. 9).

Unido a lo anterior, existen según el autor, tensiones en el ámbito de la formación académica de aquellos profesionales que desarrollan su práctica en el ámbito social y comunitario. En este sentido se visualizan principalmente dos tensiones: la primera “relativa a la definición y delimitación de los conceptos básicos utilizados: Intervención Social, Intervención Comunitaria, Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria” (pág. 11) y la segunda, asociada a los modelos conceptuales de referencia al momento de desarrollar las prácticas de intervención.

Respecto al mismo tema, los resultados obtenidos en el estudio efectuado por Martínez et al. (2008), mencionan que de la muestra estudiada¹², ésta presenta en promedio un “bajo grado” de capacitación en el modelo comunitario de atención en salud mental. A pesar de lo anterior, los encuestados en promedio, refieren poseer entre un alto y moderado grado de conocimiento respecto de los nuevos lineamientos del nuevo modelo comunitario de atención en salud y se perciben entre alta y moderadamente capacitados para realizar las intervenciones en salud mental con enfoque comunitario.

¹² La muestra se seleccionó aleatoriamente quedando compuesta por 12 profesionales que se desempeñan en la unidad de atención primaria (APS) del sistema público de salud en cuatro comunas del país: El Monte, Rengo, San Clemente y Victoria. Siendo esta representativa de la población total estudiada. La mitad de la muestra estuvo compuesta por psicólogos, un 16,7% por a asistentes sociales y el 33,3% corresponden a otros profesionales de la salud.

Esto podría estar confirmando lo que expresa Minoletti & Zaccaria (2005), respecto que las destrezas para el ejercicio profesional son adquiridas fundamentalmente a través en la práctica profesional.

Respecto de los obstáculos que los profesionales enuncian en la labor que realizan en los centros de atención primaria para desarrollar el modelo comunitario, se encuentran la insuficiencia de recursos humanos que cuenten con formación para implementar el modelo, la falta de conocimiento respecto de las políticas en salud mental, insuficiencia de recursos y de tiempo para la planificación de este tipo de trabajo, así como dificultad para realizar un trabajo en equipo.

En relación a los obstáculos reconocidos más frecuentemente por lo profesionales de la unidad de Atención Primaria en Salud en la implementación del modelo comunitario en salud mental, se observa que el 100% de ellos identifica una insuficiencia de recursos humanos disponibles para aplicar el modelo comunitario, mientras que un 83 % reconocen un desconocimiento de las políticas y lineamientos, carencia de capacitación, de conocimiento y destrezas profesionales, de recursos materiales (insumos y tecnologías), de tiempo para planificar y ejecutar intervenciones de acuerdo al nuevo modelo comunitario de atención y dificultades para articular el trabajo al interior del equipo. Además, un 75% identifica una carencia de claridad respecto de las necesidades y demandas de la población. (Martínez et al., 2008).

En el mismo ámbito de análisis, en otra investigación realizada en distintos Servicios de Salud del país, el informe sobre los resultados describe que en el ámbito de las actividades desarrolladas por los psicólogos semanalmente en la atención primaria son las actividades individuales las que más se efectúan, luego aparecen las actividades grupales, familiares y en último lugar las comunitarias. Asimismo, esta investigación informa que aquellas actividades efectuadas por los psicólogos fuera de los centros de salud tales como visitas domiciliarias, visitas a establecimientos escolares o laborales, coordinación con otros organismos comunales

y actividades comunitarias “se realizan en menor medida, dado que los psicólogos podrían tener su jornada laboral completa con las tareas que deben hacer en los centros de salud, porque no están financiadas, porque no han sido capacitados para este efecto o porque las realizan otros profesionales del equipo de Salud Mental. Los profesionales identifican como limitación la falta de dominio para trabajar de manera efectiva con grupos, la escasez de habilidades de intervención comunitaria, la falta de herramientas para el diseño de estrategias de prevención de maltrato infantil y la falta de conocimiento y experiencia para coordinar de redes. (Scharager, Molina & Moncayo, 2004)

En este apartado se han presentado un conjunto de formas de intervención que desde la mirada de distintos autores constituyen las bases para llevar a cabo las acciones en salud mental desde el enfoque comunitario. En las páginas que siguen se exponen los sustentos teóricos que deben estar presentes al momento de desarrollar proyectos de intervención con niños/as y adolescentes entendiendo que por constituirse en una población en desarrollo, es preciso considerar ciertas particularidades al momento de atender sus necesidades en el área de la salud mental.

4.4. Salud Mental en la Infancia y Adolescencia desde la perspectiva del Desarrollo Evolutivo

Como ya se ha expresado en los párrafos precedentes, existen distintos factores que influyen en la salud mental de las personas. Asimismo, los niños/as y adolescentes pueden presentar problemas de salud mental cuando se ven expuestos a un ambiente estresante, poco protector o adverso. Por ejemplo pueden verse afectados si están insertos en un contexto de violencia intrafamiliar, maltrato, pobreza, etcétera.

La salud mental de los niños/as y adolescentes presenta características particulares y definidas, ya que son personas en desarrollo que necesitan del cuidado y protección de otros, que podrán influenciar positiva o negativamente su evolución, pudiendo resultar un desarrollo dentro de parámetros normales, con problemas de salud mental o trastornos bien definidos. Un trastorno mental se constituye cuando ya existe una alteración o enfermedad (García, 2005).

Tanto Kimelman (2005) como Montenegro (1994), concuerdan en señalar que desde la perspectiva teórica, el desarrollo evolutivo de los seres humanos se puede comprender bajo el enfoque Ecosistémico, basado en la Teoría de Sistemas. Ésta se fundamenta en las interacciones que tienen los elementos que constituyen cada micro-sistema y, a su vez, las relaciones que cada uno de ellos tiene con el resto de los sistemas que conforman en su conjunto el macrosistema.

Desde la perspectiva social tenemos al individuo que interactúa más directamente con el microsistema familiar y con otros sistemas como la escuela, el trabajo, las organizaciones sociales, por ejemplo. Por lo tanto, en esencia esta teoría postula un cambio de paradigma en cuanto a la importancia que existe en la construcción y mantención de los sistemas y la relación entre sus partes, trasladándose de “un pensamiento lineal causal a un pensamiento circular” (Montenegro, 1994, p. 15). Por lo anterior, el estado de salud o de enfermedad del individuo va a estar determinado, por una parte, por los factores biológicos y psicológicos de la persona y por otra parte, por las relaciones entre el individuo, su conexión con la familia y finalmente con el macrosistema social.

La perspectiva del desarrollo, es esencial en el ámbito de la salud para poder determinar cuáles conductas que se consideran normales y cuáles patológicas. En la etapa del ciclo vital referidas a la infancia y adolescencia, es más importante aún comprender los cambios que van aparejados al desarrollo, ya que como se ha señalado, el niño/a y el adolescente son individuos en formación.

Existen distintos enfoques teóricos sobre el desarrollo en estas etapas, según Kimelman (2005) los más representativos son:

Desarrollo del Vínculo Afectivo: plantea como base el proceso mediante el cual se constituyen las relaciones afectivas. Distintas escuelas psicológicas y psiquiátricas han puesto su atención en este enfoque.

Según Kimelman (2005) y de acuerdo a la Teoría del Apego, es el bebe quien presenta la tendencia primaria de aproximarse a su madre, incluso en situaciones donde la madre no se encuentra atenta o disponible para interactuar con él, el bebe insistirá dentro de ciertos parámetros para estimular a la madre en el contacto; sine margo, si después de sus intentos por vincularse con ladre este no encuentra respuesta, caerá en la apatía, pudiendo llegar a presentar sintomatología depresiva.

Esta perspectiva teórica ha sido parte de los fundamentos esgrimidos para la implementación del Programa Chile Crece Contigo puesto en marcha a partir del año 2008 en la atención pública de salud cuyo objetivo es “ acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan mayor vulnerabilidad”, generando una red de protección formada por instituciones públicas, que estimula el pleno desarrollo de las potencialidades y la igualdad de oportunidades de las niñas y niños de Chile. En este escenario, cobran gran relevancia las intervenciones desarrolladas en la APS la que se centra en el acompañamiento al pleno desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas, a través del programa denominado Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, que se ejecuta en los establecimientos públicos de salud.

Teoría del Desarrollo Psicosexual: considera la energía sexual como el motor que impulsa el desarrollo. Esta energía se localiza en determinadas zonas del cuerpo con capacidad erógena de donde se deriva la activación para cada fase del desarrollo en la niñez: fase oral, anal, fálica y latencia.

Teoría del Desarrollo Cognitivo: el desarrollo cognitivo implica la adaptación y la organización de la experiencia por medio de la acción. La adaptación conlleva dos procesos interrelacionados: asimilación y acomodación. El primero consiste en la incorporación de nuevos objetos o experiencias a esquemas inexistentes. El segundo, consiste en el proceso inverso, es decir, la modificación de los esquemas propios para resolver los problemas que surgen de nuevas experiencias.

En relación a esta teoría, también es posible considerarla como un aporte en la comprensión de la infancia y adolescencia desde el desarrollo evolutivo con sustento en el enfoque ecosistémico, en el sentido a que los procesos de asimilación y acomodación van a estar contruidos en base a las interacciones que el niño/a genere con su medio social, desde la familia, el jardín infantil, la escuela y otras instituciones que van a participar en su proceso de socialización, de tal manera que en el proceso de incorporación de nuevas experiencias resulta relevante que tan favorables o desfavorables se presentan estas experiencias, en concordancia con las necesidades o demandas que poseen los niños/as de acuerdo a su etapa del ciclo vital. En este contexto surge como un elemento esencial la consideración de las características psicosociales de los contextos familiares, comunitarios ante la oportunidad de implementación de cualquier intervención en salud.

Así entonces, frente a una realidad deprivada en alguno de los escenarios de desarrollo del infante, es posible esperar una dificultad en la adaptación a las experiencias que afrontará, las cuales, de acuerdo al grado de desadaptación podrán generar eventualmente problemas de salud mental o bien, trastornos definidos en esta área.

Desarrollo Moral: la moralidad corresponde a la sumisión a un sistema de normas que tienen un carácter social.

A su vez, el proceso de desarrollo de un individuo se sistematiza en etapas, cada una con características típicas y esperables para cada período. El desarrollo evolutivo se considera como una epigénesis interaccional, lo cual quiere decir que es “el proceso de inducción sucesiva y recíproca entre los elementos de diferentes sistemas que conducen a la construcción de una persona que es simultáneamente un “organismo”, un yo y un miembro de la sociedad”.

(Kimelman, 2005, pág. 17)

Las etapas del desarrollo se clasifican en: Epigénesis interaccional temprana (de la concepción al bebé); Epigénesis interaccional intermedia (de la niñez temprana a la adolescencia); Epigénesis interaccional tardía (de la adultez joven a la edad madura).

A continuación se desarrollarán las principales características de las dos primeras epigénesis interaccionales, atendiendo a que esta investigación está circunscrita a la infancia y adolescencia.

La interacción temprana se sustenta en las competencias del bebé (que se encuentran definidas por sus capacidades sensoriales) y las competencias parentales (aptitudes potenciales del cuidador/a para captar y emitir señales). Dentro de la competencia parental asociadas a la maternidad se pueden mencionar: ser la figura primera del vínculo, comunicar su presencia, promover y controlar estimulaciones polisensoriales, transmitir la presencia del padre y aceptar la individualidad del niño incondicionalmente (Kimelman, 2005).

Es importante añadir que la base de la inteligencia sensoriomotriz del bebé está sustentada en la experiencia sensorial con personas y objetos. De esta manera, en la medida en que el bebé se desarrolle en un ambiente de estimulación temprana alcanzará niveles normales de desarrollo que serán el colchón de sus etapas de desarrollo posteriores, siendo trascendental la competencia parental.

Lo esencial de esta primera etapa corresponde al proceso de vinculación-separación y la adquisición de una confianza básica como resultado de las interacciones con el medio, en especial con la madre del niño/a. (Kimelman, 2005).

La Epigénesis Interaccional Intermedia corresponde a la etapa en la que el niño se consolida como un ente singular, modulando el medio ambiente (Kimelman, 2005). La tarea primordial de la niñez temprana (2 a 4 años) es lograr la autonomía a través del sentimiento de su propia individualidad, en contraposición a un sentimiento de duda y/o vergüenza.

En este período la competencia parental está dada por la facilitación de un contexto que permita la autonomía y a la vez, la contención de conductas dependientes e infantilismos. La necesidad de poner límites claros, pero flexibles en un contexto de amor, es fundamental para el desarrollo del sí mismo y el manejo de situaciones frustrantes para el niño/a. (Kimelman, 2005).

En la edad del juego (4 a 6 años), el dominio del lenguaje y la motricidad permiten al niño un nivel de autonomía relativa que lo conduce a establecer relaciones más allá del medio familiar. La tarea primordial es la adquisición de un sentido de iniciativa, en oposición a un sentido de pasividad o culpa.

En el período escolar, el niño ingresa al sistema educacional formal: la escuela. La interacción con sus pares es esencial para reafirmar su autoestima y la autoevaluación de competencias. La

edad escolar, requiere de cierta madurez que permita al niño adquirir ciertas funciones básicas para el aprendizaje lecto-escrito, diferenciación de juego y trabajo e inserción en el medio extrafamiliar (Kimelman, 2005). En esta etapa, la competencia parental está dada por la facilitación para la inserción extrafamiliar, adecuar el estilo comunicativo y captar la relación más igualitaria entre el niño y sus padres, sin perder el nivel de jerarquía.

En la adolescencia, la labor principal es la es la búsqueda de identidad, apoyada por el surgimiento del pensamiento abstracto hipotético-deductivo que promueve en el adolescente la reflexión de sí mismo como objeto. Los adolescentes presentan impulsos contradictorios frente al crecimiento. Los cambios morfofisiológicos que ocurren en esta etapa, los obliga a tener que adaptarse a una nueva imagen corporal y a redefinir su actitud con los demás. (Kimelman, 2005).

Los párrafos precedentes, muestran la importancia de considerar en las intervenciones en salud mental el concepto de desarrollo evolutivo, más aún cuando estas acciones van a favor de proceso de crecimiento de niños/as y adolescentes, todas personas en formación a nivel mental, emocional y afectivo. Esta perspectiva, del desarrollo evolutivo puede estar ligada a promover el conocimiento en las comunidades sobre las características y las experiencias esperables en un contexto dentro de parámetros normales de desarrollo durante la etapa de la niñez y adolescencia. Asimismo se espera promover el estar presentes y concientes desde la posición que cada persona o actor social ocupa en la realidad que viven los niños/as y jóvenes miembros de una comunidad, sea esta escolar, barrial, deportiva, espiritual, etc. El tener una misión, meta u objetivo particular, pero a la vez compartido con otros, en relación a alcanzar mejores niveles de bienestar social podría facilitar la comprensión de los fenómenos sociales que experimentan las comunidades y por ende, facilitar la generación de respuestas más acordes a las propias experiencias, creencias y valores de quienes constituyen actualmente las comunidades. Es en este sentido amplio e integral donde el enfoque del desarrollo evolutivo y el enfoque comunitario pueden articularse en el contexto de la atención primaria en salud.

Después de haber transitado por el camino que da cuenta de la comprensión del fenómeno de la salud mental, específicamente en la población infantojuvenil, las formas que se proponen para su abordaje y las implicancias que cada forma de intervención puede generar en las posibles soluciones y resultados esperados, surge la necesidad de plantear la siguiente pregunta de investigación que guiará el estudio: ¿Cuáles son las intervenciones desde el enfoque comunitario que realizan los centros de atención primaria de salud en la comuna de Viña del Mar, en el ámbito de la salud mental de la población infantojuvenil?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

Conocer las intervenciones desde el enfoque comunitario que realizan los centros de atención primaria de salud en la comuna de Viña del Mar, en el ámbito de la salud mental de la población infantojuvenil.

5.2. Objetivos Específicos:

1. Delimitar la relevancia de la intervención comunitaria en salud mental infantojuvenil en el quehacer de los centros de salud primaria.
2. Identificar las características de la intervención comunitaria en salud mental infantojuvenil en el quehacer de los centros de salud primaria.

3. Conocer la articulación existente entre las intervenciones comunitarias y las intervenciones clínicas y grupales en el ámbito de la salud mental infantojuvenil.
4. Identificar la existencia de tensiones entre la posición que asumen los profesionales del equipo de salud en el ejercicio de su rol y las estrategias de intervención definidas en los lineamientos programáticos emanados desde el Ministerio de Salud en el ámbito de la salud mental infantojuvenil
5. Conocer la opinión que poseen los entrevistados sobre la formación académica de los profesionales que intervienen en el área de salud mental infantojuvenil desde el enfoque comunitario.

6. METODO

6.1. Diseño

La investigación que se ha llevado a cabo, ha planteado su desarrollo desde la metodología cualitativa, asumiendo un diseño de tipo analítico-relacional; esto, a razón que lo que pretende este estudio es generar modelos comprensivos sobre las características y niveles que presentan las intervenciones que se desarrollan en los centros de atención primaria en el ámbito de la salud mental infantojuvenil.

Como propuesta metodológica, se ha planteado la aplicación de la Teoría Fundamentada, la cual permite ir desarrollando la investigación en un proceso continuo de interjuego entre el análisis y recolección de los datos. Esta metodología utiliza el método inductivo para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de

supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes (Amezcuca & Gálvez, 2002)

Este método, se basa en cuatro estrategias: a) un interrogatorio sistemático a través de preguntas generativas, que buscan relacionar conceptos, b) el muestreo teórico, c) los procedimientos de categorización (codificación) sistemáticos y d) el seguimiento de algunos principios dirigidos a conseguir un desarrollo conceptualizado (Sandoval, 2002).

6.2. Participantes

Los participantes que fueron incluidos en el estudio, corresponden a ocho profesionales de dos disciplinas (psicólogos y asistentes sociales) que participan en la realización de intervenciones en el ámbito de la salud mental infantojuvenil en los centros de atención primaria de salud de Viña del Mar.

En cuanto al muestreo, se utilizó el muestreo intencionado y guiado teóricamente, construyéndose en base a las necesidades que fueron surgiendo durante el proceso investigativo. Así, se tiene que “el muestreo teórico es el proceso de recolección de datos que permite la generación de teoría a través de sucesivos estadios, determinados por los cambios en los criterios para seleccionar los entrevistados de acuerdo con los aprendizajes que se hubiesen podido derivar de las fuentes de datos previos (...). Los participantes se escogen a partir de estos hallazgos más que con base en un diseño previo”. (Sandoval 2002, p. 85).

Así entonces, en esta investigación los participantes formaban parte de los equipos de salud mental en los distintos centros de salud primaria.

Todo ello con el fin de lograr el máximo de oportunidades para comparar las intervenciones sociales que se realizan en los variados centros de salud primaria, con sus dimensiones y propiedades.

De acuerdo a la taxonomía de Patton (1988, citado en: Sandoval, 2002), consideramos que es relevante para esta investigación aplicar además un muestreo que considere la variación máxima. Este permitirá describir los temas centrales o las características más significativas de la realidad a investigar. De acuerdo a la metodología usada en este estudio podemos señalar que se consideró la variación máxima en cuanto a las posibilidades de entrevista en distintos centros de salud, más que variación máxima respecto a cargos o funciones desempeñadas por los en los Centros.

Además, se tomaron en cuenta las tres modalidades de muestreo planteadas por Strauss y Corbin (2002): el muestreo abierto el cual está asociado a la codificación abierta; el muestreo relacional- fluctuante asociado a la codificación axial, ya que la idea es maximizar el hallazgo de diferencias y el muestreo discriminativo que está vinculado a la codificación selectiva donde se pretende maximizar las oportunidades para verificar los argumentos construidos.

A la muestra de la investigación se llegó a través de la solicitud por escrito al Director de la Corporación de Salud de la I. Municipalidad de Viña del Mar, con el fin de poder realizar la investigación en los 10 Centros de Salud Primaria de la comuna. (Anexo N° 1).

Posterior a la autorización entregada por esta autoridad, la Encargada del Programa de Salud Mental de la Corporación de Salud de Viña del Mar proporcionó a la investigadora los correos electrónicos y teléfonos de los Directores de cada centro de salud. Luego, a través de medios telefónicos y correos electrónicos se solicitó a estas autoridades la realización del estudio en los centros de atención primaria, mediante la realización de entrevistas a alguno de los miembros del equipo de profesionales que trabajaban en el área de salud mental infantojuvenil. En esta etapa hubo que reiterar la solicitud en varios casos, ya que algunos directores no respondieron inicialmente a la solicitud emanada, a pesar de haber sido informados por la Encargada del Programa de Salud Mental de la Corporación con

anterioridad. Finalmente, se convocó a los actores claves, es decir, a los profesionales que fueron identificados como tales por los Directores de cada centro, con la finalidad de generar una instancia de acercamiento para la realización de las entrevistas.

Finalmente se efectuaron 7 entrevistas, de las cuales 6 se realizaron en forma individual y 1 en dupla, con una duración promedio de 40 minutos cada una, entre los meses de septiembre y diciembre del 2010. (Anexo N° 2)

6.3. Técnicas de Recolección de Datos

Como se mencionó en los párrafos precedentes, se utilizó como estrategia de recolección de información la entrevista de tipo semiestructurada, cuyo propósito “es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos” (Kvale, 1996 citado en Martínez, 2006, p.140). Se consideró apropiado el uso de entrevistas semiestructuradas, ya que de acuerdo al objetivo del estudio lo que se pretendía era llegar a un nivel de conocimiento exhaustivo respecto de las intervenciones en salud mental desde el enfoque comunitario en salud mental, lo cual requería de la presentación de ciertas preguntas generales sobre ciertas temáticas, sin tener necesariamente que seguir un orden preestablecido. En este sentido, la técnica utilizada permitió a los entrevistados plantear sus conocimientos, opiniones ya actitudes de manera espontánea, sin interferencia de la entrevistadora.

Unido a lo anterior, el uso de la entrevista como técnica de recolección de información considera el registro de Observación y Notas de Campo, cuyos aspectos tomados en cuenta para este estudio estuvieron dirigidos al contexto y entorno donde se desarrollaron las entrevistas, tales como la observación sobre las condiciones para la realización de las entrevistas en cuanto a ventilación, luminosidad, silencio; al entrevistado(a) respecto a su actitud frente a la entrevista pudiendo observar muestras de disposición a colaborar en todos

los casos, también fue posible la observación de gestos, movimientos corporales de los entrevistados, situación que fue un complemento a la información recopilada por medio del lenguaje verbal de los mismos . También, fue posible registrar las sensaciones e impresiones de la entrevistadora durante el proceso de recolección de información, información relevante para el siguiente paso de la investigación asociado al análisis de los datos recogidos.

6.4. Técnica o Estrategia de Análisis

Respecto del proceso de análisis, se utilizó el método que surge de la teoría fundamentada denominado comparación constante, el cual se constituye por los siguientes niveles de codificación: codificación abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin, 2002). Este método permitió establecer durante el proceso de investigación similitudes y contrastes entre los datos que fueron surgiendo en la aplicación de la técnica de recolección de información.

El método de comparación constante “permite volver a repetidas instancias en caso de duda sobre la validez de la codificación o categorización de un dato” (Raymond, 2005). Este proceso que se desarrolla de manera dinámica y simultánea, considera además la elaboración de memos los cuales permiten interpretar los datos recogidos. Los memos elaborados en la investigación actual fueron incorporados en la codificación axial, pudiendo retroalimentar el surgimiento de categorías y sus propiedades, logrando una estructura relacional entre ellas.

La decisión por utilizar la Teoría Fundamentada como metodología de análisis, se explica debido a que el objeto de este estudio radica en el conocimiento de un fenómeno social, constituido por las intervenciones comunitarias desarrolladas en los centros de atención primaria de salud de Viña del Mar en el ámbito de la salud mental infantojuvenil. Sin embargo, esta realidad social no ha sido estudiada anteriormente en la comuna y además se considera como una realidad particular dentro de sistema global de intervenciones que

efectúan los centros de salud primaria, por cuanto, lo que se pretende es crear una teoría substantiva de este fenómeno social. En este sentido al emplear esta teoría “el propósito primario es generar modelos explicativos de este fenómeno a partir de los datos que se obtengan durante todo el proceso de investigación” (Sandoval, 2002, p.84).

6.5. Procedimientos

Como procedimiento de registro se utilizó la grabación de las entrevistas en formato MP4, haciendo posteriormente la transcripción del audio a papel, con el fin de poder desarrollar el proceso de codificación de los datos obtenidos.

6.6. Aspectos Éticos

La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso de descubrimiento. Ello implica que todos los elementos que conforman la cultura (identidades, juicios, tradiciones, etc.) donde se desenvuelven los seres humanos que participaran de la investigación impregnan el problema, el objeto de estudio, los métodos e instrumentos. Las implicaciones de esta condición tienen grandes consecuencias y, por lo tanto, el proceso investigativo debe estar sustentado bajo algunos valores que según González (2000), son esenciales para la adecuada consecución del objetivo esencial de la investigación cualitativa, cual es la producción de conocimiento de una realidad humana y social determinada con un apego a los valores de verdad y justicia. Dentro de los valores fundamentales a considerar, se encuentran:

Valor social o científico: La investigación debe plantear una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento

que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas. Esto asegura que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.

Validez científica: exige la necesidad de coherencia entre un método de investigación, el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas. Además, se requiere un marco teórico suficiente, basado en fuentes documentales y de información; un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe. Por último debe existir un alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y los resultados.

Selección equitativa de los sujetos: La selección de los sujetos del estudio debe asegurar que estos sean seleccionados por razones relacionadas con las interrogantes científicas. La selección de sujetos debe considerar la inclusión de aquellos que pueden beneficiarse de un resultado positivo.

Condiciones de diálogo auténtico: La posición central del diálogo en la investigación cualitativa hace necesario atender específicamente este aspecto particular en la evaluación de proyectos e investigaciones ya realizadas. Esto significa que la participación no es simplemente el ser capaz de expresar contenidos propositivos que son neutros con respecto a la forma de expresión. Más bien, la participación significa ser capaz de hablar “en la propia voz de uno”, simultáneamente construyendo y expresando la identidad cultural propia, por medio del lenguaje.

En este sentido, el investigador debe estar dispuesto a participar en los diálogos que le afecten y a fomentar la participación en ellos de todos los afectados, como también a promover tales

diálogos; a fomentar la resolución de conflictos de manera pacífica y a evitar las presiones de tipo físicas o psicológicas a los sujetos ante la exposición de sus ideas, intereses y opiniones.

Consentimiento informado: La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación y en la investigación-, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si participar o no.

De acuerdo al Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile, éste señala en su artículo 15° que las consideraciones éticas en el campo de la investigación establecen que el desarrollo del trabajo del investigador debe resguardar el bienestar y los derechos de las personas que participan en el estudio. En este sentido, el investigador deberá obtener el consentimiento informado, expreso y por escrito de los participantes, en caso que las investigaciones pongan en riesgo su privacidad; particularmente cuando se contemple cualquier clase de registros, filmaciones y/o grabaciones que puedan ser utilizadas en reportes posteriores.

En el caso en que la investigación se realice en instituciones públicas o privadas, el investigador deberá solicitar además, autorización a la autoridad correspondiente y comunicar a ésta los objetivos, sentido del estudio. (Anexo N° 3)

7. RESULTADOS

En este capítulo se muestran los hallazgos obtenidos a lo largo del proceso investigativo. En la primera etapa, se fragmentaron, examinaron, compararon y categorizaron los datos, siendo un momento de descripción del proceso. Posteriormente, las dimensiones de las categorías descritas fueron relacionadas de manera de alcanzar una comprensión relacional del fenómeno en estudio, para finalmente dar paso al surgimiento de una categoría central, la cual es capaz de explicar el fenómeno social estudiado, articulando todas las categorías anteriores con sus propiedades.

7.1. Codificación Abierta

Durante la etapa de codificación inicial se lograron identificar 3 categorías, a saber:

Estructura del Programa de Salud Mental, Prácticas en Salud Mental Infantojuvenil en APS y Trabajo comunitario, cada una de ellas conformada por distintas propiedades las cuales se relacionan entre sí y, a su vez con las demás dimensiones de las otras categorías. (ver Cuadro N° 1)

Acerca de la Estructura del Programa de Salud Mental: ¿Cómo ésta es identificada por los profesionales de salud?

Como se ha informado en párrafos anteriores, las acciones desarrolladas en Salud están diseñadas y ejecutadas a través del Programa de Salud Mental. Dentro de los resultados obtenidos y en relación a la Estructura de este programa se encontró información abundante proporcionada por los profesionales que trabajan en la APS. Al ser consultados sobre cómo este programa se desarrolla al interior de cada centro de salud, llama la atención que todos los entrevistados inician la conversación haciendo referencia a las características estructurales del programa, situación que deja en evidencia un alto nivel de respuesta y cumplimiento por parte de los equipos de la atención primaria respecto de las directrices entregadas por las autoridades ministeriales a nivel central y las autoridades locales. Dentro de las propiedades

que fue posible identificar como constitutivas de la categoría Estructura del Programa se encuentran:

Orientaciones Programáticas – Guías Clínicas

De acuerdo a lo anterior y como parte de los hallazgos de esta investigación, es posible señalar que en los centros de atención primaria de Viña del Mar la política de salud mental se encuentra estructurada de manera jerárquica donde las decisiones basales están a cargo del gobierno central, a través del Ministerio de Salud. Así entonces, se cuenta con la articulación de un Plan de Salud Mental con una estructura definida en cuanto a Orientaciones Programáticas y prioridades de atención apoyado por Guías Clínicas y protocolos de atención.

A nivel local, este Programa presenta una estructura en cuanto a flujograma de atención de usuarios que se inicia con la atención médica (en la mayoría de los centros), una organización de la atención sectorizada territorialmente, canastas de prestaciones para patologías incluidas en el sistema AUGE y prioridades en cuanto a niveles y ámbitos de intervención.

También es importante agregar que en los centros de atención primaria de salud de Viña del Mar se da una interconexión en la implementación de distintos programas, donde muchas de las actividades diseñadas en el Plan Nacional de Salud Mental son ejecutadas al alero de otros programas instalados en la red, como por ejemplo el Programa Chile Crece Contigo que dentro de sus objetivos estratégicos plantea varias actividades de diagnóstico e intervención en el ámbito psicosocial.

“El servicio tiene ciertas orientaciones programáticas, ellos dicen, necesitamos tales temas a tratar y la corporación, porque nosotros tenemos una parte que dependemos de la corporación municipal, y la corporación establece una especie de convenio y nos dicen ustedes tienen que trabajar estos temas; con estas metas en virtud de la historia que hemos tenido” (Entrevista N°2)

Jerarquía de la Atención

Respecto a las intervenciones propiamente tales, el estudio refleja que los centros de salud realizan mayoritariamente intervenciones a nivel individual. En un segundo orden aparecen las intervenciones grupales y en último nivel las comunitarias.

Prioridades en el Nivel de Intervención

Asimismo, el ámbito de intervención más desarrollado corresponde al nivel de tratamiento y de rehabilitación, lo cual está ligado claramente a dar respuesta a la emergencia de patologías en salud mental y no a la promoción y prevención de la salud, siendo las intervenciones mayoritariamente sociales y no comunitarias.

Si bien, se explicita en los resultados de este estudio como sustento epistemológico del trabajo realizado por los equipos de salud el Enfoque Familiar y en algunos casos Comunitario, se evidencia una interfaz entre el discurso y la puesta en escena de la aplicación de estos modelos, persistiendo con fuerza una dicotomía entre el “deber ser” y el “ser” en el ejercicio profesional.

“...también tiene que ver con la metodología de trabajo en salud familiar - donde de alguna manera los distintos- miembros del equipo no están trabajando con una persona sola, sino con una familia detrás, entonces hay que entender que mucho de lo que está pasando es porque hay una familia”(...) “el tema era hacer metodología de salud familiar con características comunitarias, por lo que cualquiera del equipo que trabajara acá no podía perder de vista esa mirada, entonces no se puede sentir ajeno, no puede atender a personas como si nada, como que le tome la presión y si siente mal o se siente bien con los parámetros médicos...”(Entrevista N° 4)

“Totalmente, nuestra misión es como lo comunitario, como lo de familia, y finalmente nosotros tenemos que responder a una necesidad distinta y que es lo clínico, y en ese problema nos vamos quedando y ahí, porque pudiéramos hacer más trabajo tal vez preventivo, con los mismos pacientes que están postrados, los niños, el tema todo lo que son la enfermedades crónicas de manera distinta, pero al final se termina haciendo en el box, entonces creo que en la lógica en la que esta, la lógica que se tiene, la lógica que está planteada efectivamente no está coherente”.
(Entrevista N°5)

Recursos Asignados

En este sentido, se puede señalar que los profesionales observan diferencias entre las prestaciones en salud mental para patologías AUGE o de aquellas establecidas como prioridades del Plan de salud Mental y aquellas que están fuera de este sistema. Las primeras cuentan con una gama de prestaciones definidas por Guías Clínicas y Protocolos emanados del Ministerio de Salud. Para las patologías que se encuentran ajenas a las prioridades de las políticas públicas en salud existe un vacío en cuanto a la estructura y propuesta de intervención. Lo mismo a nivel de recursos destinados para las atenciones. Si bien en la actualidad no existen metas asociadas a traspaso de recursos desde el Ministerio a las Corporaciones de Salud Municipal, se privilegian y miden resultados en torno a las directrices ministeriales.

Evaluación del Programa

Respecto a la evaluación del Programa de Salud Mental en los centros de atención primaria de la comuna en estudio, existen dos niveles: una evaluación interna de cada centro de salud y otra externa, dirigida a informar a la Corporación Municipal y al Ministerio de Salud sobre los resultados de la labor ejecutada. La primera es una medición de tipo cuali/cuantitativa, donde se busca medir las metas alcanzadas por la atención de las patologías definidas como prioritarias. En el caso de la evaluación externa, esta es principalmente cuantitativa, ya que

recoge las estadísticas de atenciones realizadas en sistemas de registros previamente proporcionados por el Ministerio y la Corporación de Salud. Lo anterior posee implicancias significativas en relación a que si bien es necesaria la medición cuantitativa en términos de cobertura de atención, ésta no logra evaluar la calidad de esta atención, y el impacto asociado a la mejoría del estado de salud de las personas, ya que lo que se mide es cumplimiento de un número predeterminado de usuarios/as atendidos/as, dejando sin evaluar el número de usuarios/as que recibieron atención y lograron superar o mejorar su condición de enfermedad.

Estos elementos debieran ser considerados en la atención de salud que se ofrece a la población, siendo un recurso e instancia para la retroalimentación del trabajo desarrollado en la atención primaria desde la percepción y experiencia de los usuarios del sistema de salud, para lo cual se requiere de una mirada compartida entre lo cuantitativo y lo cualitativo.

En relación a la evaluación de las intervenciones comunitarias estas son medibles en cuanto a la cantidad de acciones realizadas; sin embargo, no existen mediciones cualitativas en cuanto al proceso que conlleva la puesta en marcha de estas intervenciones. Por lo anterior, las posibilidades de conocer las características, recursos, problemáticas y necesidades de la comunidad son muy limitadas, ya que este conocimiento requiere de un acercamiento profundo y permanente con la comunidad, donde la contabilidad de las acciones llevadas a cabo por sí sola no significa en sí misma un avance en los procesos de participación comunitaria. Es necesario rescatar y sistematizar las experiencias que se desarrollan en el ámbito comunitario desde un enfoque cualitativo, el cual de cuenta en profundidad del trabajo llevado a cabo con la comunidad.

Prácticas en Salud Mental Infantojuvenil en APS

En esta segunda categoría, se puede señalar que el Programa de Salud Mental en la APS en la comuna de Viña del Mar es un programa que incluye indistintamente las atenciones para

población adulta e infantojuvenil y donde la prioridad de los niveles de atención está dada por la atención clínica, principalmente atenciones individuales y familiares. Existe una prevalencia de la atención en el ámbito de tratamiento y rehabilitación de patologías más que en las áreas de promoción y prevención de la salud mental infantojuvenil.

“Si, en este momento en este modelo, si, esta como en lo más clínico, aunque ya Igual, nosotros conversamos y si hay un cuestionamiento a eso también, o sea, nos cuestionamos, pero de alguna forma las metas que uno se traza tienen mucho que ver con el trabajo clínico, y también pasa con esto de que si bien cierto se pide que el profesional por ejemplo el sicólogo sea más comunitario, y todo, pero también, hay una, no están las capacidades de hecho instaladas, no ha habido capacitaciones o no ha habido un lineamiento claro donde tu digas, si, hay que hacer esto porque hay una meta un producto que lograr (...) Mira yo, con todo el sesgo que significa que a mi me llega el paciente ya patologizado, llega al sicólogo cuando ya esta con una patología, por lo general son trastornos emocionales y también un incidencia también alta en depresión, síntomas depresivos, yo diría como línea de corte desde los 13 años en adelante, ...” (Entrevista N° 1)

Flexibilidad en el diseño de planes de intervención

Respecto al Diseño de las intervenciones es relevante hacer mención que los profesionales que se desempeñan en el área dan cuenta de un grado de flexibilidad que les permitiría desarrollar propuestas innovadoras, haciendo uso de la creatividad local en consideración a las problemáticas evidenciadas en las comunidades en las que se encuentra insertos, es decir, los miembros de los equipos de salud poseen la facultad de proponer planes de intervención al interior de sus equipos de trabajo, por lo tanto aparece como una dimensión a considerar como una potencialidad del trabajo que se realiza en las practicas en el área de la salud mental infantojuvenil.

Creatividad en el abordaje de problemáticas en salud mental

Unido a lo señalado en el párrafo anterior, esta dimensión nos muestra que si bien los equipos psicosociales cuentan con la posibilidad de hacer uso de técnicas de intervención con creatividad y flexibilidad, existe a nivel de la Corporación de Salud una comisión de trabajo que está abocada al diseño de un sistema de homologación de prestaciones para la APS en salud mental, como herramienta para hacer más similares las prestaciones que se otorgan en esta área en la atención primaria, sin por ello dejar de ofrecer instancias para las propuestas locales de acuerdo a las realidades específicas de las comunidades en cada sector de la comuna.

Intervención ejecutada por equipo psicosocial

En relación al trabajo de los profesionales de distintas disciplinas en el área de salud mental infantil aparecen dos hallazgos que deben ser resaltados y que conforman la dimensión denominada “Intervención ejecutada por equipo psicosocial”. La primera dice relación con que en la mayoría de los centros de salud no se cuenta con profesionales que posean formación académica en el ámbito de salud mental infantojuvenil. Esta carencia es más evidente en los profesionales médicos, lo cual cobra gran relevancia si se toma en consideración que la puerta de ingreso a la atención de salud está estructurada de manera que es el profesional médico en primera instancia quien realiza el diagnóstico del usuario/a. La segunda, está asociada a que las intervenciones en salud mental infantojuvenil, en la mayoría de los centros de salud se realiza por profesionales del área psicosocial, quedando excluidas o en una posición periférica las intervenciones de profesionales del área biológica.

“En el caso de asistente social y psicólogo, yo siento que el resto del equipo presupone que uno tiene las habilidades necesarias, entonces, se deposita muchas veces en el profesional psico-social la capacidad de trabajar con estos temas de salud mental y muchas veces, también por un tema de perfil. Por ejemplo hay poca participación de los médicos, porque los médicos sí tienen otra formación, o están recién ingresados a la atención primaria, o no es su tema favorito trabajar con

adolescentes, por ejemplo o en el modelo más comunitario. Entonces, yo siento que el trabajo principal se le atribuye al profesional psico-social y en especial al asistente social". (Entrevista N°6)

En el ámbito de las técnicas y niveles de intervención se aprecia una valoración de las actividades grupales por parte de los equipos psicosociales, siendo este tipo de técnicas utilizadas en distintos programas como para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipercinéticos, Prevención de consumo de alcohol y drogas, entre otros. Al respecto, se puede inducir que existe una complementariedad de las intervenciones individuales y grupales en aquellos programas que en sus diseños proponen la puesta en escena de ambas niveles de acción, no así las intervenciones comunitarias que se diseñan e imprimen a partir de los equipos de salud específicos de acuerdo a cada centro.

"A ver, hay un taller, que es para las mamás y los niños en el tema de SDA, y que en realidad se gesta como una forma de intervención comunitaria, que es en realidad la instancia en que la familia va, se hace con los padres psico-educación, con los niños psicoterapia grupal y es un taller que los acompaña casi todo el año. Esta actividad es una instancia realmente comunitaria, y que acerca bastante el centro de salud al usuario. Y el hecho de sentir mas cerca al centro de salud o al profesional, hace que la persona venga mas a los controles individuales, siento que facilita un poco la adherencia".(Entrevista N°7)

Respecto a la puesta en marcha de los planes de intervención, el trabajo se desarrolla de manera interdisciplinaria asumiendo cada miembro del equipo el área de sus competencias. Sin embargo, la coordinación intra-equipo se realiza de manera informal, es decir, no existe como actividad programada y por lo tanto, depende del interés y motivación de cada profesional, así como de la afinidad interpersonal entre los miembros del equipo.

Necesidad de intervención en población adolescente

Las propuestas de intervención dirigidas a la población adolescente es un escenario que se visualiza como otra dimensión importante de ser considerada en las prácticas en el área de salud mental infantojuvenil, siendo evaluada por los entrevistados como una necesidad sin ser atendida de manera integrada. Existen determinadas acciones que se llevan cabo en algunos centros de atención; sin embargo, no figuran como propuestas estructuradas bajo un paraguas de prestaciones definidas.

Demanda de atención

Respecto a las principales problemáticas que se atienden en la atención primaria estas corresponden a: disfunción familiar, trastornos emocionales, vinculares y adaptativos, falta de control social en los niños y jóvenes, padres ausentes en el hogar, niños sin utilización funcional de su tiempo libre, alcohol y drogas, deserción escolar, trastorno de la conducta y emoción.

En este escenario es importante mencionar que las intervenciones en salud mental están asociadas, en su mayoría, a la demanda de atención que surge desde los establecimientos escolares, ya sea para atención clínica de niños/as con dificultades conductuales o bien para la realización de acciones en la esfera de la promoción de salud mental, específicamente en el ámbito de la educación sexual.

“Un solo liceo de acá del sector, que es la escuela industrial de acá de Miraflores, que eso también es algo que salió como coordinado, una actividad como del colegio. (...). Como ellos saben que ha habido embarazos adolescentes, que saben que los niños van a fiestas y han tenido relaciones sexuales entonces como que hay ese espacio, y es bien acogido por los chiquillos entonces el matrón va, va todas las semanas y da una consejería, hace intervenciones, de promoción de la vida sexual”.
(Entrevista N°3)

¿Qué tienen que decir los equipos de salud sobre el trabajo comunitario en la atención primaria?

En el contexto de la categoría “Trabajo Comunitario”, la investigación revela que las intervenciones comunitarias son el escenario menos desarrollado en los centros de atención primaria siendo los equipos psicosociales quienes la llevan a efecto. Lo anterior responde a una limitación asociada al modelo de intervención, ya que como se ha enunciado en páginas anteriores, la atención primaria se articula bajo el enfoque familiar de atención, por cuanto el marco de las intervenciones está dado en ese perímetro, quedando las intervenciones comunitarias en un escenario ausente de directrices definidas y sustentables por los propios equipos de salud. Las experiencias señaladas por los entrevistados en el área comunitaria, en la mayoría de los casos son lideradas por profesionales del área psicosocial, observándose además una compartimentalización de estas acciones de acuerdo a la especialidad de cada profesional, quedando en evidencia una dificultad en la comprensión del fenómeno de la salud desde un enfoque holístico.

Dentro de las dimensiones identificadas en la categoría “Trabajo Comunitario” aparecen las siguientes:

Se facilita cuando existen profesionales psicosociales en jefaturas

La posición y el poder formal que asumen los miembros de los equipos de salud sería uno de los factores que potenciaría las intervenciones desde el trabajo comunitario. La coordinación o jefatura de los programas a cargo de profesionales de área psicosocial y comunitaria podría constituirse en un recurso fundamental para lograr el salto desde el modelo biomédico a un modelo biopsicosocial donde se integran las áreas del conocimiento y las distintas formas de llegar a este, sin limitar el acercamiento a la realidad social desde un foco particular. Las intervenciones en salud desde el enfoque biopsicosocial permiten observar la realidad desde

las distintas ópticas de las disciplinas que contribuyen a brindar salud a la población, todas en su interacción facilitan el desarrollo de una comunidad saludable.

Coordinación con redes institucionales y organizaciones Comunitarias

Continuando con las dimensiones observadas al interior de la categoría de “Trabajo Comunitario” queda de manifiesto que las intervenciones comunitarias transitan en el espacio de las coordinaciones con redes institucionales como escuelas y otros organismos estatales que poseen sedes en los diferentes barrios. También la coordinación con organizaciones comunitarias para la habilitación de espacios en la realización de talleres son algunas de acciones que acercan la labor de los equipos de salud a las comunidades.

Necesidad de capacitación del equipo de salud

Otra dimensión visible que incide significativamente en el desarrollo que ha alcanzado el trabajo comunitario en los centros de salud es la insuficiente formación de los profesionales para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Este factor se constituye en una fuente de tensión entre los profesionales y las autoridades de salud, siendo evaluado como una falencia para la ejecución de intervenciones comunitarias.

En este sentido se aprecian diferencias entre los entrevistados respecto de la conceptualización del trabajo comunitario. Al ser consultados sobre el desarrollo de este ámbito de intervención algunos hacen referencia a conceptos más cercanos al nivel de intervención grupal que comunitario propiamente tal; es decir, las acciones que surgen desde el discurso de los entrevistados, en su mayoría se alejan de los conceptos revisados sobre intervención comunitaria y si bien, el diseño e implementación de talleres es una de las técnicas más utilizadas en este campo de intervención para la promoción y prevención en algún área particular, son estrategias que responden a un marco de trabajo grupal, cuya metodología objetivos y población destinataria difiere bastante del enfoque comunitario.

“¿cuando hablamos de intervenciones comunitarias en el centro de salud, ¿estas se dan en el ámbito de la salud mental?”

*Entrevistada: “A ver, hay un taller, que es para las mamás y los niños en el tema de SDA, y que en realidad se gesta como una forma de intervención comunitaria, que es en realidad la instancia en que la familia va. Se hace con los padres psico-educación, con los niños sicoterapia grupal y es un taller que los acompaña casi todo el año. Esta actividad es una instancia realmente comunitaria, y que acerca bastante el centro de salud al usuario. Y el hecho de sentir mas cerca al centro de salud o al profesional, hace que la persona venga mas a los controles individuales, siento que facilita un poco la adherencia. Por ejemplo si un paciente tiene una hora un mes y medio después y la mama tiene una consulta, puede hacerla en ese espacio”.
(Entrevista N°7)*

Los entrevistados reconocen que los asistentes sociales son los profesionales más idóneos y capacitados para realizar intervenciones a nivel comunitario, lo cual podría explicarse por la formación de pregrado que estos profesionales reciben, en algunos casos. Sin embargo, al no contar con equipos capacitados en el área comunitaria se observa, por una parte, la incapacidad de los asistentes sociales para hacerse cargo del área comunitaria por si solos, y por otra parte, el encomendar esta labor de manera exclusiva a estos profesionales significa una comprensión restringida del enfoque comunitario, toda vez que este modelo lo que plantea es la participación de los equipos de salud desde las diferentes disciplinas del conocimiento para la articulación de intervenciones integradas desde las distintas particularidades del saber en función de los recursos, potencialidades y problemáticas existentes en la comunidad.

Ausencia de Propuestas de la comunidad

Siguiendo con las dimensiones que conforman el trabajo comunitario, es posible señalar que los entrevistados refieren que las demandas de la comunidad, desde los discursos de las

organizaciones comunitarias y del Consejo Local de Salud (organización que agrupa distintos representantes de las organizaciones comunitarias) están enfocadas al aumento y mejoría de la calidad en la atención clínica que ofrecen los centros de salud. Por otra parte, las necesidades comunitarias están asociadas a sanidad ambiental de los espacios públicos comunitarios, recreación y seguridad ciudadana. Las temáticas vinculadas a la salud mental no surgen como problemáticas a abordar desde el contexto comunitario.

“Con las organizaciones comunitarias nos hemos centrado todos estos años para levantar el centro de salud, o sea principalmente en eso, era la emergencia instalar un centro de salud, pero cuando ha pasado el escenario de: no tenemos nada más que levantar, y ves que hay que comenzar a trabajar con los mismos temas, cuesta, cuesta harto. por ejemplo ahora estamos trabajando con la parcela 11 e intentamos instalar unos ciclos de capacitaciones para la comunidad, no nos ayudaron mucho, aunque ellos decidieron las capacitaciones que querían, cómo tomar la presión, en algún momento, hemos intentado capacitar así como monitores para que ellos se creen el espacio, pero no, no cunde, no prende mucho; sin embargo cuando hay que resolver otras cuestiones, como que al jardín le entraron a robar, que hay que ponerle alarma, allí esta la parcela completa, esta organización es mas lenteja para moverse...” (Entrevista N°4)

Asimismo, los entrevistados logran identificar ciertas condiciones que favorecerían la realización de intervenciones comunitarias tales como la participación activa de las organizaciones comunitarias. En este punto se observan realidades diversas, ya que en algunos sectores las organizaciones comunitarias constituyen focos de participación activa de vecinos del sector, mientras que en la mayoría de los sectores de Viña del Mar las organizaciones comunitarias tendrían un rol pasivo y donde sus dirigentes sería personas que si bien llevarían largos años desempeñando funciones dirigenciales no serían líderes representativos de la comunidad.

“yo creo que hay una relación, pero esta bien marcada por estas crisis de liderazgo en la comunidad, a nosotros nos cuesta mucho encontrar líderes que se quieran relacionar con nosotros, o que tengan un rol en sus sectores y que ese rol este validado por su comunidad, tenemos mucho líderes sin respaldo”. (Entrevista N°1)

Depende del interés y motivación de los profesionales

De manera complementaria a las dimensiones citadas en los párrafos anteriores relativas al “Trabajo Comunitario”, es posible manifestar que los profesionales que participan de acciones en contextos comunitarios lo hacen principalmente por disposición y motivación personal. Asimismo, quienes se capacitan lo hacen por interesarse en el área comunitaria y como una propuesta personal, sin formar parte de las indicaciones de las autoridades de los centros de salud.

Las características personales de los profesionales como la responsabilidad, el compromiso ético, la vocación profesional son también elementos que contribuyen al trabajo comunitario que se realiza en los centros de salud.

El trabajo en equipo es otro de los elementos que aparece como facilitador para la puesta en marcha del trabajo comunitario. Este trabajo potencia la institución de liderazgos democráticos pudiendo participar los profesionales en decisiones sobre las áreas programáticas de atención.

“A ver: el médico tiene la función principal que es dar el diagnóstico, por la parte legal y el ingreso de las patologías. En algunos casos la asistente social colabora cuando tenemos que derivar y principalmente a pacientes a alcohol y drogas, a donde sea (...) Y aun mas se necesita la asistente social cuando tu vez que la situación esta compleja, hay cosas que no te cuadran mucho, tú necesitas que la asistente social te ayude con una visita domiciliaria. Algunas veces se entrevistan personas que están con sobre peso porque están ansiosas que se yo y la nutricionista. También colabora con el trabajo clínico cuando hay trastorno alimenticio. Los otros

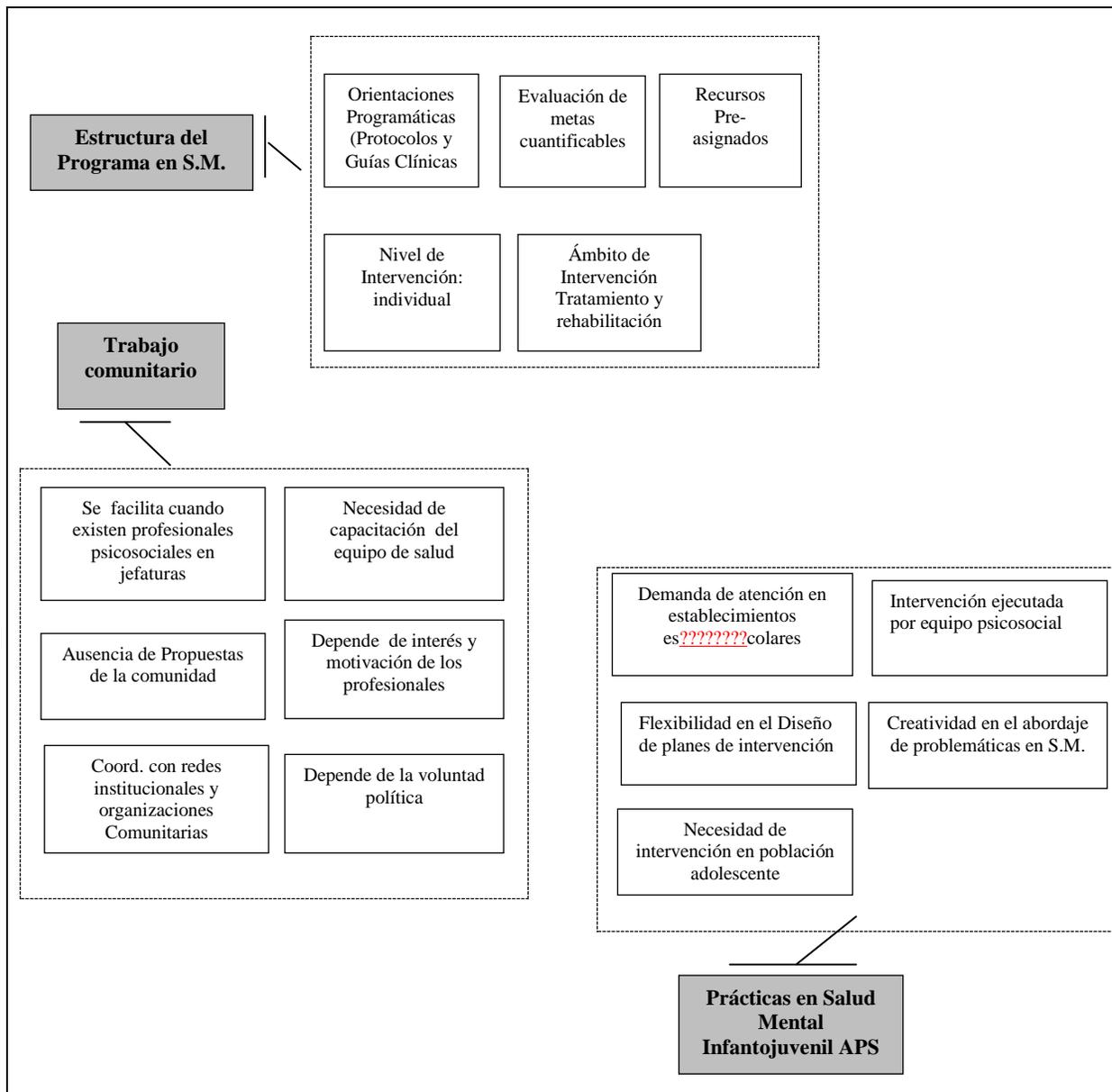
con quien trabajamos muy en conjunto son con las matronas porque se ve mucha mujer con estados depresivos, por embarazos no deseados, depresión post parto, situaciones psicosociales irregulares entonces allí con ellas tenemos reunión con todos los profesionales del sector para decidir qué vamos a hacer. (Entrevista N°6)

Depende de la voluntad política

Por último, la voluntad política surge como una dimensión relevante al momento de realizar el trabajo comunitario. El respaldo institucional desde las jefaturas y autoridades del área de salud es considerado un factor importante, en tanto que, las orientaciones sobre los programas en ejecución se encuentran dentro de sus facultades de decisión.

“Entonces yo tengo un cuestionamiento muy fuerte con respecto a eso y tu sientes esa contradicción acá. Yo, en este box de 2 por 1 siento el peso de la falta de dialogo, coherencia, consistencia de los peces gordos y del poder jerárquico, siento esa distancia gigante con el quehacer cotidiano de un funcionario publico de la salud, y de la educación y de la justicia.....” (Entrevista N°2)

Cuadro N°1



7.2. Codificación Axial

Intervenciones desde el enfoque comunitario: importancia y poder del equipo de salud

La motivación y el interés por desarrollar el quehacer profesional con mayor amplitud en la mirada de la realidad en que se interviene, validando y valorando a la comunidad con los recursos que posee y donde las propuestas de intervención son de responsabilidad conjunta, son cualidades y destrezas que se posibilitan en el hacer profesional desde el enfoque comunitario. Este escenario, lejano aún en la atención primaria de la comuna no sería una realidad exclusiva de Viña del Mar.

De acuerdo al planteamiento de los profesionales entrevistados, la formulación de ¿qué hacer? y ¿cómo hacerlo? en torno al trabajo en salud mental con población infantojuvenil pasa por la voluntad y decisiones políticas por parte de las autoridades de cada centro de salud, lo cual se constituye en una tensión entre la posición que asumen los profesionales del equipo de salud en el ejercicio de su rol y las estrategias de intervención definidas en los lineamientos programáticos emanados desde el Ministerio de Salud en el ámbito de la salud mental infantojuvenil. Esta tensión dice relación con la sensación de imposibilidad de los profesionales de generar iniciativas conducentes a la resolución de problemáticas que ellos observan en la población usuaria y que presuponen la necesidad de abordar estas temáticas desde un enfoque más integral; sin embargo factores como la falta de tiempo, el exceso de atención clínica y la insuficiente formación profesional en el área hacen que su quehacer se encuentre limitado a la mirada eminentemente asistencialista e individual en un contexto de tratamiento y rehabilitación de patologías más que en la formulación y ejecución de intervenciones en el área de la promoción de la salud mental.

El tránsito entre enfoques epistemológicos y metodológicos: Una Interfaz presente entre el enfoque biomédico y familiar comunitario

En la actualidad las propuestas de intervención en el ámbito de la salud mental se encuentran en un terreno que oscila entre el enfoque biomédico y el enfoque familiar. Si bien aparece en el quehacer de los centros de salud la visión psicosocial, ésta se encuentra restringida a la atención de usuarios con patologías en salud mental y no como un enfoque que guía la misión de los centros de atención primaria. Por lo anterior, nos encontramos con la realización de acciones que si bien en la teoría surgen como un modelo a seguir para alcanzar mejores niveles de salud en las comunidades, la puesta en escena del modelo sigue conteniendo en sus fundamentos visiones particulares de la realidad con sesgos importantes en torno a la concepción del individuo como ser integrado en lo biopsicosocial.

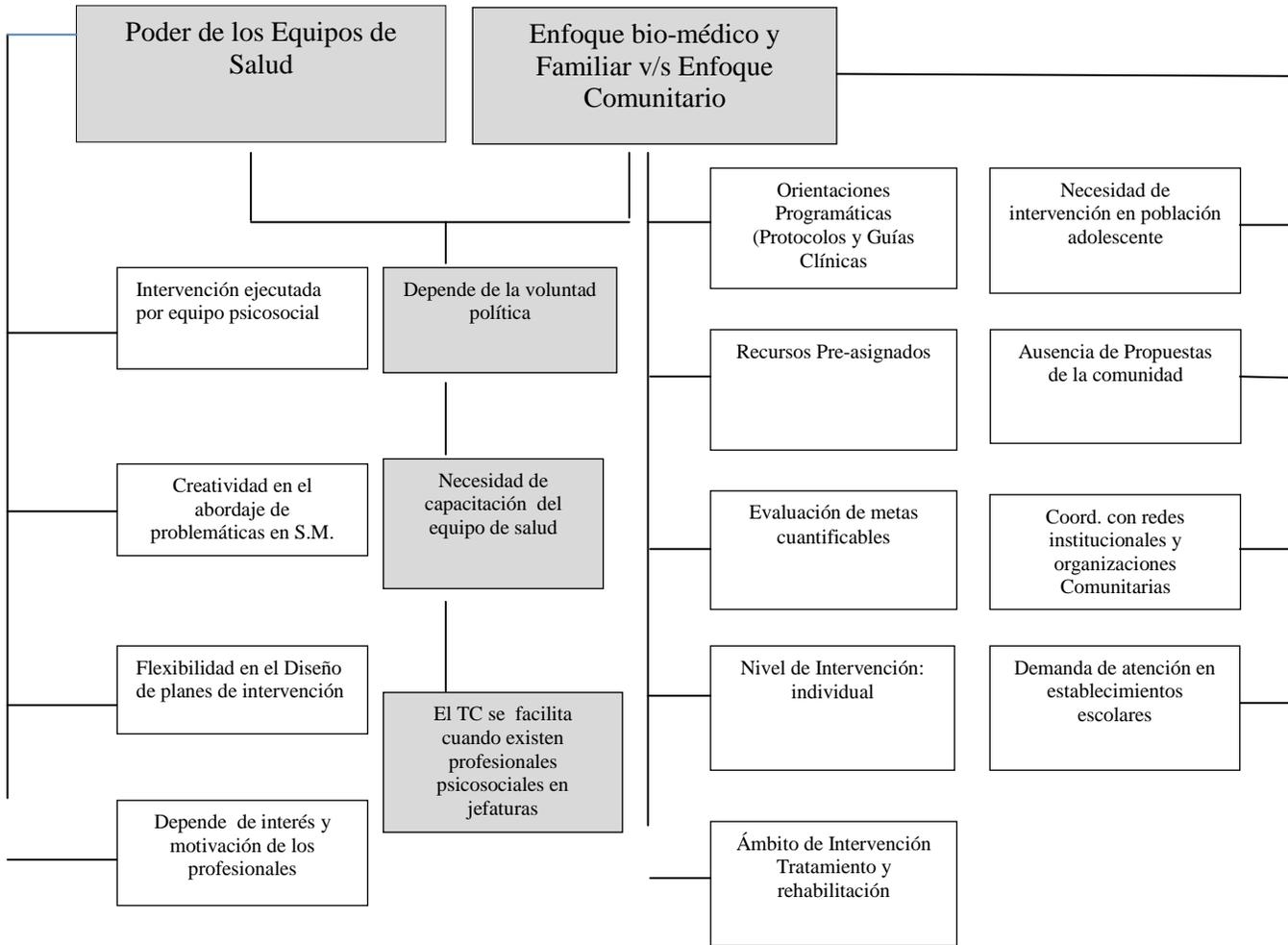
Las intervenciones en salud mental se desarrollan desde las particularidades del mismo programa, así como lo hacen los demás programas que dan sustento al trabajo en los centros de salud; cada uno de ellos responde ante objetivos y metas diferentes aunque existe como fin último avanzar en mayores niveles de salud de la población. Sin embargo, lo central en las intervenciones sigue estando liderado por la atención de personas que se encuentran enfermas, quedando en un escenario desierto las propuestas de intervención en las áreas vinculadas al trabajo promocional y preventivo.

“y también pasa con esto de que si bien cierto se pide que el profesional por ejemplo el sicólogo sea más comunitario, y todo, pero también no están las capacidades de hecho instaladas, no ha habido capacitaciones o no ha habido un lineamiento claro donde tu digas, si, hay que hacer esto porque hay una meta un producto que lograr” o sea, en el fondo no habiendo un incentivo que tenga que ver con meta o con un producto que sea cuantificable y que podamos exhibir o mostrar a las autoridades, es poco lo que se hace en términos de infante juvenil (Entrevista N° 1)

Esta interfaz que se constituye entre el modelo de atención que se propone para la atención primaria y la puesta en escena del mismo, deja entrever los nudos críticos o situaciones de desconexión que existe entre la planificación y la implementación de las políticas en salud mental. Lo anterior queda de manifiesto en los mecanismos establecidos para evaluar los logros en términos de los objetivos planteados en los programas en el área, toda vez que las mediciones plantean principalmente indicadores estadísticos de usuarios atendidos por patologías, sin considerar el diseño, implementación y evaluación de intervenciones comunitarias propiamente tal. El trabajo comunitario tiene una valoración desigual entre los demás niveles de intervención, cuyo sistema de evaluación está diseñado principalmente desde lo cuantitativo, por lo tanto las acciones realizadas quedan sin resultados visibles ante los sistemas de registro y evaluación.

“Hay varias variables, y tiene que ver también con discursos que se contraponen entre la visión comunitaria y la demanda de números, y aunque no estemos asociados a metas, en la práctica es otra cosa y a veces también hay cosas tan banales como el que no tengamos códigos para trabajo comunitario. Nosotros visibilizamos una agenda que da cuenta de nuestra productividad en el ámbito comunitario, pero también es una de las áreas más cuestionadas, puesta en duda, respecto de nuestra productividad, esa es como una de las variables que hay y es bien significativa. Es como haga una intervención comunitaria pero atiéndame a toda la cantidad de niños que tiene que atender. (Entrevista N°7)

Cuadro N°2



7.3. Codificación Selectiva

Intervención desde el enfoque comunitario. ¿es posible su realización desde los equipos de salud?

Dentro de lo establecido por el Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, el 30% de las intervenciones en la atención primaria debieran estar adscritas a este nivel de intervención. Sin embargo, ya se ha señalado que esta indicación está muy lejana a la realidad que experimentan hoy en día los centros de salud primaria en la comuna de Viña del Mar, así como de otras comunas.

Las razones que se observan están vinculadas a varias situaciones que dicen relación con la existencia de comunidades que poseen una baja representación a través de las organizaciones comunitarias, escenario que facilita el desconocimiento de los recursos, las necesidades y propuestas de las comunidades frente a los centros de salud. Por lo tanto, las ofertas programáticas desde la atención primaria son diseñadas con un conociendo insuficiente de lo que acontece en los sectores geográficos que atienden, reduciendo así su campo de acción a la resolución de patologías físicas y/o mentales. Es este contexto donde los programas y las atenciones que de ellos se derivan poseen una correspondencia con el modelo biomédico e incluso familiar, donde el foco de la intervención es el sujeto y su contexto de relaciones más cercano.

“A ver, como estamos sectorizados ahí se nota claramente la impronta como de cada centro, como de cada sector, por ejemplo el sector de chorrillos hay un comunidad antigua, pero que fue muy activa y que todavía tiene resabios de esa actividad pero no hay una renovación de dirigentes, (...) se siente que esta falencia para poder negociar o relacionarse con las distintas instituciones incluidos nosotros como salud. (...) Yo creo que hay una relación, pero está bien marcada por estas crisis de liderazgo en la comunidad, a nosotros nos cuesta mucho encontrar líderes que se

quieran relacionar con nosotros, o que tengan un rol en sus sectores y que ese rol este validado por su comunidad, tenemos mucho lideres sin respaldo”.

(Entrevista N°1)

La potenciación del trabajo comunitario se encuentra ligado fuertemente a los requerimientos de los equipos de salud de capacitación en el área, pero más fundamental aún es la voluntad política de las autoridades Ministeriales y Locales en salud de velar porque los objetivos en cuanto cumplimientos de metas en el ámbito de las intervenciones comunitarias presenten procesos y resultados alentadores.

Los recursos se destinan en virtud de las prioridades de atención propuestas por el gobierno central, de manera que en este contexto se observa un punto crítico en relación a la disposición de recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, etc. para abordar otras temáticas y/o problemáticas locales cuando éstas son adicionales a las planteadas por el ministerio.

Las capacitaciones otorgadas por el ministerio no parecen ser suficientes en cantidad y en calidad, ya que se encuentran dirigidas a algunos de los profesionales de los equipos de salud, no a todos quienes trabajan con población Infanto-juvenil. Estas metodologías de aprendizajes parten de la base de que una vez recibida la capacitación, el profesional capacitado podrá constituirse en capacitador de su equipo, sin embargo, esta situación generalmente no ocurre por distintas razones: falta de tiempo, falta de motivación de los miembros de los equipos, saturación de actividades, entre ellas la atención clínica.

“Tiene que haber una capacitación de médicos en salud mental y en trabajo más comunitario. Lo que se hace es muy poco porque en la capacitación de los laboratorios el estudio del trastorno de la personalidad dura una hora y estamos, y apunta principalmente a farmacología, pero la idea es que aprendan, que se les enseñe, que aprendan a distinguir un diagnostico de otro (...).” (Entrevista N°6)

“Yo creo que sí estamos capacitados para el trabajo comunitario, pero los más que serían los asistentes sociales ya, porque incluso a mi me cuesta coordinar, llamar, eh, ver, (...) entonces siento, que ellos tienen como esas herramientas, tiene como claro el panorama y que sería como bueno, que nos pudieran capacitar a nosotros en tener más conocimiento en eso.” (Entrevista N°1)

Respecto de capacitación para el desarrollo de trabajo comunitario no se vislumbran como áreas donde esté puesto el acento para la emergencia de nuevas metodologías en la intervención de salud, situación que podría definirse como una condición necesaria para otorgar prestaciones a las comunidades desde enfoques más comunitarios.

El trabajo en equipo es otro de los elementos que aparece como facilitador para la puesta en marcha del trabajo comunitario. Este trabajo potencia la institución de liderazgos democráticos pudiendo participar los profesionales en decisiones sobre las áreas programáticas de atención. A esto ayudaría la situación que se da en la atención primaria donde se interviene por sectores geográficos acotados, por lo tanto los equipos de salud podrían disponer de un conocimiento más acabado de las características, de la identidad y necesidades de las comunidades.

El trabajo con las redes institucionales y más aún con las comunitarias son otra condición necesaria en la práctica de estas intervenciones. El trabajo intersectorial facilita la integración de miradas desde cada organismo constitutivo de la red, los cuales intervienen en las mismas comunidades que los centros de salud. De igual forma, las organizaciones comunitarias representativas de la comunidad se constituyen en informantes “claves” respecto de la realidad que experimentan, pudiendo desde ahí diseñar propuestas acorde a sus recursos, potenciales, enfoques, con el apoyo externo de los centros de salud. En este sentido y de acuerdo al contexto en el que se desarrolló este estudio se evidencia una insuficiente coordinación interinstitucional, siendo este un desafío al interior de los distintos organismos que ejecutan

políticas sociales en los territorios locales aunando criterios de intervención y evitando la sobreintervención en las comunidades.

Salud Mental como Decisión Política¹³

La atención primaria en la comuna de Viña del Mar está organizada de acuerdo a variadas prestaciones de salud que dan respuesta a los programas emanados desde el gobierno central. Desde un modelo médico-asistencial que todavía prima en estos centros, es el profesional médico en primera instancia quien realiza el diagnóstico del usuario/a. Esta situación se torna realmente importante al analizar uno de los puntos críticos del funcionamiento de los centros de atención primaria, en relación a que si bien existe el discurso de hacer de la atención primaria el núcleo central y la clave de la Salud Comunitaria, así como una estrategia de desarrollo tendiente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas, estos propósitos se encuentran entrapados en la oferta de respuestas asistenciales en torno a las problemáticas de salud que aquejan a la población, de manera que no se ha logrado dar un salto cualitativo en términos de responder a la demanda asistencial, sin descuidar el fin último de la APS que dice relación con la oferta de propuestas de intervención para la promoción de la salud mental y la prevención de patologías en el área.

Estas decisiones poseen como constructo epistemológico el Enfoque Familiar en Salud el cual si bien es complementario al Enfoque Comunitario, se vuelve insuficiente para atender las esferas de la promoción y prevención en salud mental.

¹³ El significado del concepto de “política” acuñado para este estudio corresponde a: “actividad del que participa directamente en la vida pública” (Diccionario El Pequeño Larousse Ilustrado, 2003)

Para lograr avances en lo que se refiere a propuestas en promoción y prevención en salud la atención primaria requiere avanzar en la mirada del concepto de salud, pasando desde un enfoque familiar a un concepto de Salud Comunitaria.

Si bien, los profesionales tienen conocimiento respecto de las Orientaciones Programáticas y de los protocolos y guías clínicas que sustentan los programas en el área de salud mental, lo cual deja de manifiesto que poseen capacitación en este ámbito, se observan limitaciones en cuanto al manejo de técnicas y modelos de intervención comunitaria, así como en el abordaje de problemáticas en el área de salud mental infantojuvenil.

Respecto de las prácticas desarrolladas en la atención primaria, es posible señalar que estas se encuentran bajo el marco conceptual de las intervenciones sociales, sin alcanzar la esfera de las intervenciones comunitarias.

Por otra parte, si bien en el ámbito de salud mental infantojuvenil, las actividades descritas en el Programa de Salud Mental y las desarrolladas por los equipos de salud presentan correspondencia, estas se enmarcan dentro de la esfera del trabajo clínico preponderantemente desde el enfoque de la intervención social no comunitaria, ya que las intervenciones estipuladas fuera del área clínica están ligadas a la prevención de factores de riesgo psicosocial, sin considerar los recursos y potencialidades de la comunidad.

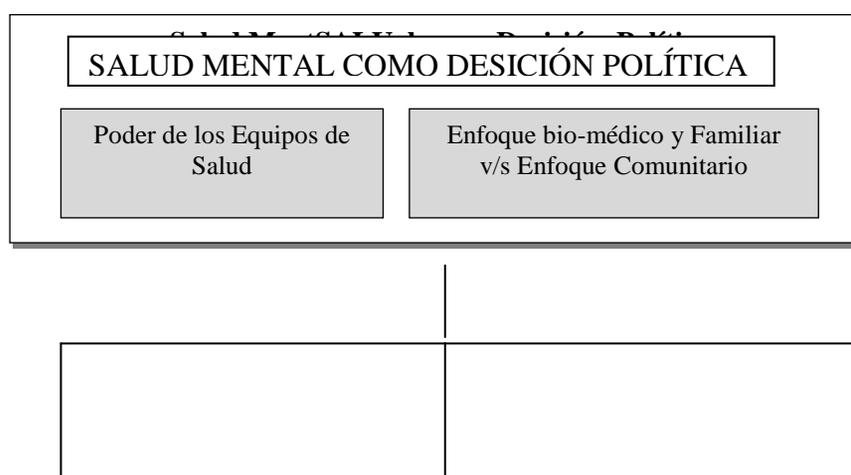
Con todo lo anteriormente señalado, esta investigación plantea que la Salud Mental en la APS se encuentra sustentada por dos dimensiones: el “Poder del equipo de salud” y el “Enfoque bio-médico y Familiar v/s Enfoque Comunitario”.

La voluntad política surge como una dimensión relevante al momento de realizar el trabajo comunitario. El respaldo institucional desde las jefaturas y autoridades del área de salud es

considerado un factor importante, en tanto que, las orientaciones sobre los programas en ejecución se encuentran dentro de sus facultades de decisión.

La “Salud Mental como Decisión Política” se constituye en la categoría central de análisis en este estudio, ya que de acuerdo a los resultados encontrados en el estudio, tanto las características de “Estructura del Programa de Salud Mental”, así como “Las Prácticas en Salud Mental Infantojuvenil en APS” y el desarrollo de “Trabajo Comunitario” se explican a partir de esta categoría. Al respecto, es posible inferir que las directrices del trabajo en el ámbito de la salud mental están determinadas por decisiones políticas que asumen las autoridades gubernamentales y municipales en la oferta de programas y estrategias para llevarlas a cabo. Asimismo, se considera importante evaluar la trascendencia que podría implicar la instalación de equipos psicosociales en posiciones de poder formal al interior de los equipos de salud como jefaturas de programas u otros cargos directivos con el propósito de contribuir y avanzar aún más en un enfoque biopsicosocial de atención en la salud primaria con énfasis en la promoción y prevención no sólo a nivel individual-familiar, sino comunitario. (ver Cuadro N° 3)

Cuadro N°3



8. DISCUSIONES

Desde la perspectiva comunitaria se puede mencionar que el desorden mental es concebido no sólo como la imposibilidad del sujeto a presentar respuestas satisfactorias ante los estímulos ambientales, sino que se entiende como el fracaso de los diversos sistemas con los cuales el individuo interactúa: familia, escuela, organizaciones sociales, etc., dentro de los cuales se encuentran los organismos de salud. (Costa & López, 1986).

De esta forma lo que busca el modelo comunitario es precisamente el acercamiento de las personas que presentan alguna patología mental a la comunidad, su inserción en ella, y por lo tanto, la tarea de los centros de salud debiera contemplar dentro de sus lineamientos fundamentales la organización de agrupaciones comunitarias que logren visualizar estas realidades al interior del tejido social como estrategia para mejorar el nivel de salud mental de estas individuos y sus familias. Lo anterior, en complementariedad con las atenciones clínicas que estos enfermos requieren. También se debe considerar la potenciación para la formación de organizaciones de niños/as y adolescentes y de otras agrupaciones que sean capaces de promover estilos de vida que fortalezcan la salud mental de las personas y comunidades.

Por otra parte, el enfoque comunitario releva la importancia de valorar las potencialidades de las comunidades para hacerse cargo de manera protagónica de las temáticas y problemáticas que sus miembros determinan como importantes de abordar, situación que debe ser asumida por los equipos de salud primaria desde las particularidades de sus competencias profesionales, pero de manera integrada. Así entonces, el enfoque comunitario “se sustenta bajo tres lineamientos: del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios; del psiquiatra al equipo” (Desviat, 2007, p. 89), trasladando el enfoque de

atención, desde el abordaje biomédico al abordaje biopsicosocial¹⁴, situación que en la realidad dista de ser llevado a cabo.

Para lograr avances en lo que se refiere a propuestas en promoción y prevención en salud la atención primaria requiere avanzar en la mirada del concepto de salud, pasando desde un enfoque familiar al un concepto de Salud Comunitaria definida como “el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades del trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad”. (San Martín & Pastor 1984 citado en Costa & López 1986, p. 233).

De acuerdo a lo planteado en el objetivo relacionado con la identificación de las características de la intervención comunitaria en salud mental infantojuvenil en el quehacer de los centros de salud primaria, es posible mencionar que las prácticas desarrolladas en la atención primaria se encuentran bajo el marco conceptual de las intervenciones sociales, sin alcanzar la esfera de las intervenciones comunitarias. Según Cordeau (2010) estas últimas difieren de las primeras porque en la intervención comunitaria existe un papel de sujeto-activo y participante en calidad de protagonista, que en la intervención social se asume como objeto de dicha intervención. Los resultados muestran la ausencia de consideración de los usuarios en el sistema de salud como sujetos activos e impulsores de propuestas y demandas sociales comunitarias vinculadas al plano de la salud mental.

¹⁴ Este modelo constituye una comprensión holística del paciente mental, a partir de la cual es posible una política de cuidados, y no solo de curación, destinada a la rehabilitación y reinserción de los pacientes, y a una superación del estigma generado por el antiguo modelo asistencial.

Además, en la intervención comunitaria, el énfasis está puesto en los aspectos positivos, los recursos y el desarrollo de la comunidad, mientras que lo que surge desde los hallazgos de este estudio dan cuenta de una intervención social donde el foco de atención está puesto en las situaciones problemáticas y los contextos disfuncionales de los sistemas sociales.

Asimismo, de acuerdo a Montenegro (2001) se puede desprender que las intervenciones sociales llevadas a cabo en el marco de la salud mental infantojuvenil están dentro de las denominadas intervenciones dirigidas, donde la comprensión de las problemáticas sociales responde al resultado de las dinámicas sociales, por lo tanto, el énfasis estaría puesto en la intervención en las competencias de las personas que se encuentran experimentando la situación problemática y no desde enfoques participativos o situados.

De acuerdo a los objetivos perseguidos por la intervención social que se despliega en los centros de salud primaria, se puede concluir que las técnicas y estrategias a utilizadas corresponden a la estrategia de Prevención (Sánchez, 1996), siendo la prevención secundaria y terciaria las más utilizadas, las cuales se encuentran vinculadas al tratamiento y la rehabilitación. Sin embargo, y de acuerdo a las problemáticas que se reportan por los entrevistados éstas presentan un bajo nivel de complejidad, por lo tanto, podrían ser abordadas en el nivel de prevención primaria.

De lo anterior se desprende que la relevancia de la intervención comunitaria en salud mental infantojuvenil se encuentra descendida respecto a las intervenciones individuales y grupales, Asimismo, no se observa una articulación entre los dos primeros niveles de intervención y el nivel comunitario.

De acuerdo a las investigaciones revisadas (Alfaro, 2007), el desarrollo de las prácticas profesionales en el contexto de la salud primaria estaría teñidas por relaciones de conflicto en las que se han visto expuestos los interventores sociales, incluyendo los psicólogos

comunitarios, donde se observa un acento en las tareas profesionales más cercanas al ámbito asistencial y de prevención específica, que en el desarrollo de acciones comunitarias.

En este mismo ámbito, los resultados arrojados en la investigación en curso develan tensiones en el área de la formación académica de aquellos profesionales que desarrollan su práctica en el ámbito social y comunitario, las cuales coinciden con los hallazgos de las investigaciones mencionadas en los capítulos anteriores. En este sentido se visualizan principalmente dos tensiones: la primera “relativa a la definición y delimitación de los conceptos básicos utilizados: Intervención Social e Intervención Comunitaria y la segunda, asociada a la falta de coherencia que existe entre el discurso de la autoridad y las exigencias que tienen los profesionales en cuanto a dar respuesta a la demanda asistencial en salud, ya que por una parte se promueve la intervención desde el enfoque comunitario en salud, pero por la otra, en lo relativo a la acción profesional se demandan cumplimientos de metas de atención clínica.

Respecto al primer punto señalado, es posible añadir que durante el proceso de entrevistas realizadas, quedó de manifiesto que los entrevistados presentan diferencias e inconsistencias al referirse a conceptos como “intervención grupal” e “intervención comunitaria”.

Además, los resultados obtenidos en la investigación en curso vienen a confirmar los descubrimientos de los estudios analizados en capítulos anteriores, en cuanto a que los profesionales identifican una insuficiencia de recursos humanos disponibles para aplicar el modelo comunitario, carencia de capacitación, de conocimiento y destrezas profesionales, de tiempo para planificar y ejecutar intervenciones de acuerdo al nuevo modelo comunitario de atención y dificultades para articular el trabajo al interior del equipo.

En este sentido, los entrevistados refieren que los equipos de salud no estarían debidamente capacitados para realizar las intervenciones en salud mental y desde el enfoque comunitario, a diferencia de los resultados hallados en el estudio dirigido por Martínez et al. 2008, en otros

centros de atención primaria del país, donde los profesionales se perciben entre alta y moderadamente capacitados para realizar las intervenciones en salud mental con enfoque comunitario.

Con esto, podría estar confirmando lo que expresa Minoletti & Zaccaria (2005) respecto a que las destrezas para el ejercicio profesional son adquiridas fundamentalmente a través de la práctica profesional y no en contextos propiamente académicos de formación de pre y postgrado.

Otra de las tensiones descubiertas en el estudio se encuentra asociada a que las intervenciones en salud mental infantojuvenil, en la mayoría de los centros se realiza por profesionales del área psicosocial, quedando excluidas o en una posición periférica las intervenciones de profesionales del área biológica, lo cual podría considerarse como un impedimento al trabajo interdisciplinario que se demanda para la atención de problemáticas complejas en el ámbito de la salud mental. De esta manera, las intervenciones realizadas por los profesionales se darían de manera desconectada, afectando las probabilidades de otorgar soluciones efectivas y sostenidas en el tiempo para la población que se atiende.

Por otra parte, el asignar principalmente la responsabilidad de las acciones en salud mental a los equipos psicosociales dejaría en evidencia la ausencia de un modelo coordinado y con suficientes herramientas para hacer frente a las necesidades de salud que posee la comunidad desde las distintas áreas del conocimiento aplicadas al ámbito de la salud.

Respecto a las actividades efectuadas por los equipos psicosociales, surgen como datos trascendentes que son las actividades individuales las que más se efectúan, coincidiendo con los hallazgos de los estudios precedentes realizados en este mismo ámbito de investigación y si bien, la creatividad en el diseño de propuestas de intervención al interior de los equipos de profesionales surge como una dimensión valorada positivamente para el ejercicio del quehacer

profesional, se encontraría limitada por la insuficiente capacitación en el ámbito de la salud mental infantojuvenil y del enfoque comunitario.

9. CONCLUSIONES

La investigación desarrollada ha permitido situar en un espacio particular de la labor en la salud mental en la atención primaria de Viña del Mar aquellas intervenciones que se despliegan en el ámbito de la salud mental infantojuvenil y desde el enfoque comunitario.

Sus descubrimientos nos han facilitado la comprensión cercana y profunda de la realidad institucional en que desenvuelven y desarrollan su quehacer los equipos de salud y, en particular los grupos psicosociales al interior de la salud primaria.

El aprendizaje logrado podría significar el despliegue de nuevas iniciativas y propuestas novedosas que posibiliten avanzar aún más en el fin último de la Atención Primaria, cual es la oferta de alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas que constituyen las comunidades, fomentando hábitos saludables, prevención y promoción de la salud.

Dentro de las conclusiones generadas durante este proceso de trabajo investigativo es posible manifestar que la atención de salud primaria en el ámbito de las intervenciones comunitarias en el área de la salud mental infantojuvenil entrega respuestas a las demandas de las personas y comunidades sujetas principalmente a la oferta de prestaciones establecidas por el Ministerio de Salud y, aunque se reconoce en los centros de atención primaria cierto grado de flexibilidad en el diseño de planes de intervención, esta flexibilidad no se traduce en propuestas innovadoras con acomodación a las realidades particulares de cada comunidad debido a factores que se encuentran asociados a una alta carga de trabajo clínico, exigencia de metas

por atención clínica y además por la escasa voluntad política por parte de las autoridades para elaborar propuestas alternativas a las que se ejecutan actualmente desde el enfoque clínico principalmente.

Si bien, la atención primaria implementa sus acciones con sustento en el modelo familiar de atención, la visión psicosocial como enfoque epistemológico y metodológico sería el modelo que facilitaría el trabajo comunitario en salud. Por lo anterior, se sugiere que el equipo de profesionales que se desempeñan en la atención primaria y específicamente en el área de la salud mental ejecuten sus intervenciones desde ese modelo, logrando proyectar las intervenciones desde el enfoque familiar en un escenario individual y grupal, como se da en la actualidad, a un nivel mayor de articulación que involucre a sistemas sociales más amplios, es decir a las comunidades en las cuales estas mismas familias que son sus destinatarios de atención, se encuentran insertas.

Claramente se podría establecer que ante el vacío que existe en el ámbito del trabajo comunitario desde los centros de salud, y siendo estos organismos uno de los actores que están llamados a impulsar el desarrollo comunitario, se torna complejo que las comunidades alcancen una participación activa en los procesos de decisión sobre los diversos ámbitos de la realidad social que experimentan.

La aparición de una comunidad empoderada ocupando un espacio activo, participativo, es otra condición elemental para desarrollar una apuesta en salud desde el enfoque comunitario, lo cual se puede constituir en causa y a la vez efecto del mismo proceso. Desde esta perspectiva, si acordamos que el fin último del quehacer de la atención primaria en salud se encuentra fundamentado en el trabajo con las comunidades para brindar mejores condiciones de vida a sus miembros, las cuales se traduzcan en la elevación de sus niveles de salud, el compromiso activo de los actores institucionales por fomentar y apoyar a las comunidades en el logro de estos fines se constituye en una razón fundamental de la labor de los centros de salud, cuyos

fines a su vez, se transforman en el efecto esperado por los mismos, es decir, la disminución de los factores de riesgos biopsicosociales que lleva a sus integrantes a presentar enfermedades tanto físicas como mentales, logrando el surgimiento de comunidades más sanas.

El trabajo desde el enfoque comunitario en los centros de salud podría estar inicialmente vinculado a potenciar la participación comunitaria desde las organizaciones territoriales y funcionales de los barrios. Lo anterior en alianza con otros organismos de la red institucional comunal o nacional que se encuentren vinculados a la generación de propuestas sobre participación y ciudadanía.

A este respecto y tomando en consideración los antecedentes aportados por el Diagnóstico de Infancia y adolescencia realizado en Viña del Mar (Oficina de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia [OPD] y Red Comunal de Infancia de Viña del Mar, 2006) se propone como una de las directrices en intervención comunitaria en salud mental con población adolescente la prevención de embarazo y consumo de oh-drogas.

Desde este nuevo marco conceptual, las intervenciones sociales se ejecutarían desde la perspectiva situada, produciendo acciones que se darían a partir de las articulaciones de las distintas posiciones de sujeto que participan del proceso, incluyendo a los interventores y otras personas, grupos o instituciones afectadas por la problemática o temática a tratar, reflexionando sobre cómo están establecidas las relaciones y prácticas del poder en cada uno de los sujetos sociales participantes.

Bajo esta mirada las comunidades verían resueltas sus necesidades de atención en cuanto a prestaciones de tratamiento y rehabilitación de las enfermedad desde una mirada integrada, así como también podrían actuar en interacción y con apoyo de instituciones y organismos externos en la potenciación de sus recursos, potencialidades y manejo de temáticas de interés

en el ámbito de la salud, cuyos contenidos serían el sustrato de la actividad comunitaria desde los centros de salud y de los demás organismos que intervienen en las comunidades.

Se propone también, la necesidad del cambio en los modelos mentales que podrían estar arraigados en las autoridades y profesionales que realizan su quehacer en la salud primaria, apegados a la concepción de que el trabajo en los centros de salud se desarrolla con personas pasivas en la comunidad, que reciben la oferta de atención sin verse involucradas en la construcción de las propuestas surgidas en los centros de salud, pudiendo favorecer una comprensión de los pacientes con enfermedades psiquiátricas o problemas asociados a su salud mental desde una mirada solidaria y no castigadora.

Los equipos de salud plantean disposición para ampliar sus conocimientos teóricos y también prácticos en cuanto a la aplicación de nuevas estrategias y técnicas de intervención, pero para ello requieren formación académica en el área de salud mental y trabajo comunitario. Dicha formación debiera ser dictada a todos los profesionales de los equipos de salud de manera de constituirse en un proceso de formación y aprendizaje conjunto y sincronizado, siendo el proceso de habilitación de competencias profesionales el primer paso que deben dar los centros de atención primaria para implementar sus acciones en, para y con la comunidad.

Asimismo se propone que la coordinación del Programa de Salud Mental en la APS sea un profesional con formación académica en el ámbito comunitario.

Los resultados de esta investigación muestran que existen en la comuna dos centros de salud en los que si bien la implementación de los programas de salud mental aparecen igualmente deprimidos, presentan una visión más psicosocial en la manera de enfrentar el trabajo, las intervenciones tienen una alta intención comunitaria, existiendo teóricamente una comprensión de la atención en salud como un fenómeno biopsicosocial, y asumiendo que ésta debe construirse con el conocimiento científico y también con las comunidades. Lo anterior, podría

traducirse en que estos centros podrían ser los precursores de iniciativas sustentadas desde el enfoque comunitario.

Por otra parte, se plantea que estudios realizados en esta área del conocimiento puedan ser valorados por las instituciones que implementan las políticas sociales como sustrato para avanzar en el desarrollo de un enfoque de atención holístico en salud mental.

Desde el ámbito de la investigación social se propone la sistematización de experiencias comunitarias y la creación de criterios de evaluación desde la metodología cualitativa que permita su validación y utilización en programas diseñados desde las políticas sociales.

Por último, es preciso hacer mención a la valoración expresada por los entrevistados, respecto a tener la posibilidad de analizar y reflexionar en este espacio de investigación acerca de sus prácticas profesionales y el contexto institucional desde donde se generan.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abarzua, M. & González, M. (2007). Salud Mental Infanto-Juvenil como Problemática Pública. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 16 (2): 79-95.

Alfaro, J. (2005). Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Análisis de su desarrollo en Chile. [en línea] Santiago, Chile.

<www.psicologiacientifica.com> [consulta: 07 agosto 2010]

Alfaro, Jaime y Otros. (2007). Estado actual de las prácticas de intervención comunitarias y psicosociales de psicólogos que trabajan en el marco de los programas y políticas sociales chilenas. Valparaíso.

Avaro, L., Torregrosa, J., Garrido A. (1992). Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Madrid, España.

<<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n3/v20n3a08.pdf>> [consulta: 07 de junio 2010]

Amezcu, M. & Galvez, A. (2002). Los Modos de Análisis en Investigación cualitativa en Salud: Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta". *Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo*, Vol. 76 (5).

Aretio, M., Müller, P. & Mateluna, X. *Clínica Infantojuvenil: Herramientas para el psicodiagnóstico y nociones de psicoterapia*. Santiago, Chile. 2003. 235 p.

Colegio de Psicólogos de Chile. Código de Ética [en línea]

<<http://www.colegiopsicologos.cl/el-colegio/comisiones/comision-detica/estatutos/>>

[consulta: 05 de agosto 2010].

Cordeau, C. (2010). Curso Modelos de Intervención en Psicología Comunitaria. Magister en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile. Santiago.

Cova, F.; Aburto, B.; Sepúlveda, M. y Silva, M. (2006). Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes [en línea]. Santiago. *Revista PSYKHE*, 15 (1), 57-65.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=0718-2228&script=sci_serial [consulta: 12 de junio 2010].

Costa, M. & López, E. (1986). Salud Comunitaria. En su: Salud Comunitaria y Comportamiento. Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A.

Desviat, M.. (2007). Vigencia Del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica. *Rev. GPU*; 3, 1 88-96.

García, R. (2005). Salud mental en el niño y el adolescente En: Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Chile*. Editorial Mediterráneo Ltda., pág. 79-86.

González, Manuel. (2000). Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa. Guatemala.

Kimelman, M. (2005). Desarrollo psicológico del niño En: Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, Chile*. Editorial Mediterráneo Ltda., 36 p.

León, M. (2002) La Atención Comunitaria en Salud Mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [en línea] La Habana, Cuba, 18 (5) – . <<http://scielo.sld.cu/scielo.php>>

[consulta: 12 agosto 2010]

Martinez, M. 2006. La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual). *Revista IIPSI*. 9 (1):123-146.

Martínez, N., Silva, L., Sepúlveda, G., Soto K. (2008). *Obstáculos percibidos por los equipos de atención primaria en la implementación del nuevo modelo comunitario en salud mental*. Programa Magíster Psicología Comunitaria, Universidad de Chile, Cuaderno de Trabajo Vol. (6): 42-58., Metodologías Cuantitativas aplicadas a la Psicología Comunitaria.

Martinez, V. *El Enfoque Comunitario. El Desafío de Incorporar a las Comunidades en las Intervenciones Sociales*. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, [s.a], Santiago. 135p.

Medina, P., Aracena, M. Y Bilbao, M. (2004). Maltrato Físico Infantil y Apoyo Social: Un Estudio Descriptivo - Comparativo Entre Maltratadores Físicos y No Maltratadores de la Ciudad de Temuco. [en línea]. Santiago *Revista PSIKHE*, (13) 1 175-189., <http://www.scielo.cl/scielo.php>. [consulta: 06 mayo 2010]

Chile, Ministerio de Planificación. Programa Chile Crece Contigo. Chile, 2010. [en línea] <http://www.chileclic.gob.cl/1542/article-186884.html> [consulta: 07 agosto 2010]

Chile, Ministerio de Salud. (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. 98 p.

Chile, Ministerio de Salud. (1998). *Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil: Prevención y Atención Integral*..

Chile, Ministerio de Salud. (1998). *Normas Técnicas para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipercinéticos en la Atención Primaria*.

Chile, Ministerio de Salud. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [en línea] Santiago, Chile.

< <http://www.redsalud.cl> > [consulta: 06 mayo 2010]

Chile, Ministerio de Salud. (2004). Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM). Santiago.

Chile, Ministerio de Salud. (2008). Programa de Atención Integral de Salud Mental En la Atención Primaria, Santiago.

Chile, Ministerio de Salud Depresión.

<http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental3.html> [consulta: 20 diciembre 2010]

Chile, Ministerio de Salud. (2008). *Guía Clínica Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA)*, Santiago.

Chile, Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica. Tratamiento de Personas con Depresión. Santiago.*

Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. [en línea] Santiago, Chile.

<<http://www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf>> [consulta: 07 de junio 2010]

Montenegro, H. (1994). Marco Conceptual del Crecimiento y Desarrollo En su: Montenegro, H. *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Segunda Edición. Chile. Editorial Mediterráneo Ltda.. 16 p.

Montenegro, M. (2001) *La Intervención Social: Conocimientos, Agentes y Articulaciones, Una Mirada Situada a la Intervención Social. Tesis de Doctorado*. Barcelona, España.

MOREIRA, V. (2007). Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo: Una Lectura Fenomenológica Mundana. [en línea]. *Revista PSYKHE*,(16) 2,129-137.

< <http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip>> [consulta: 21 de agosto 2010]

Oficina de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia y Red Comunal de Infancia de Viña del Mar. *Diagnóstico Comunal de la Infancia y Adolescencia de la Comuna de Viña del Mar*. Viña del Mar, 2008. 117p.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoción de la Salud: Concepto, Evidencia y Práctica*. Ginebra,. 69 p.

Sánchez, O. & Méndez, F. (2009). El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. *Revista Clínica y Salud*. [en línea]. 20(3),. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n3/v20n3a08.pdf>

Sánchez, Vidal, A. *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Métodos de Intervención. Intervención Comunitaria: Concepto, Proceso y Panorámica* (Barcelona, 1996). 28 p.

Sandoval, C. (2002). *Enfoques y modalidades de investigación cualitativa: rasgos básicos* En su: Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Bogotá, Colombia. Editorial ARFO Editores e Impresores Ltda. Pág. 53-112.

Scharager, J., Molina, L. y Moncayo, R. (2004). *“El Quehacer del Psicólogo en la Atención Primaria de Salud: un análisis basado en evidencia. Informe de Resultados Estudio Nacional*

sobre Perfil Laboral de Psicólogos en la APS. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología. Santiago, Chile.

Sepúlveda, R. (1998). *Una Reflexión sobre la Organización de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría en Chile.* Cuad. Med. Soc. XXXIX: (3-4): 16-21.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa: Técnica y Procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada.* 2ª ed., 341p.

Torres, R. Y Sepúlveda R. (2001). *Monografía: Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile.* En: CURSO de Educación Continua en Psiquiatría y Salud Mental:. Santiago, Universidad de Santiago de Chile.

UNICEF. (2008). *Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile: Análisis comparativo 1994 – 2000 – 2006*”. Santiago, Chile.

Villarino, H. (2009). Análisis del Manual de Trabajo en Equipo para la Psiquiatría Comunitaria. Revista Medicina y Humanidades. Vol. I. (3).

11.

ANEXOS

ANEXO N° 1:



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAGISTER EN PSICOLOGIA
MENCION PSICOLOGIA COMUNITARIA

Santiago, 25 de Mayo del 2010

Sr. Gerardo López O.
Director del Área de Salud
Corporación Municipal Viña del Mar
Presente

Por medio de la presente quisiera exponer a usted la solicitud de aceptar a la alumna tesista del Magister en Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile Srta. FRANCISCA MONTANÉ PAUBLO, RUN N°: 12.645373-6 quien se encuentra en etapa inicial de su Tesis titulada. “Aproximación a la intervención comunitaria en salud mental infantojuvenil en los centros de salud de atención primaria de la ciudad de Viña del Mar”

El objetivo de este trabajo es conocer las intervenciones sociales que realizan los Centros de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Viña del Mar, desde el enfoque comunitario en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil”.

El interés por el área en estudio se fundamenta principalmente en el trabajo desarrollado por la profesional al interior del área de la salud mental en el nivel secundario y su compromiso por realizar estrategias que potencien la interconexión y complementariedad en las acciones impulsadas desde los distintos niveles de intervención en área de la Salud.

La aceptación por parte de vuestra Corporación de la estudiante en calidad de tesista se traduce en posibilitarle el acercamiento a los Centros de Atención Primaria, con el fin de acceder a información disponible respecto de las acciones desarrolladas en el Programa de Salud Mental implementada en cada centro entre los meses de agosto 2010 y enero del 2011.

Asimismo, una vez finalizado el estudio, la institución universitaria, por medio de la alumna referida se compromete a entregar de manera íntegra una copia de la investigación efectuada y sus resultados, así como a difundir -si ustedes lo requieren- en los equipo de salud y usuarios de los centros de atención los resultados obtenidos.

Esperando una buena acogida a la solicitud planteada,
Se despide cordialmente,

Germán Rozas Ossandón
Coordinador del Programa de Magíster en Psicología Comunitaria
Universidad de Chile

ANEXO N° 2:

PAUTA DE ENTREVISTA

1. ¿Cómo se desarrolla el Programa de Salud Mental en el Centro de Atención Primaria?
_ Interrelación entre los distintos niveles de intervención (clínicas, grupales y comunitarias)
2. ¿Qué labor efectúan o como hacen la labor?
3. ¿Cuál es el o (o su) rol de los profesionales en el diseño?
4. ¿Cuál es el o (o su) rol de los profesionales en la implementación?
5. ¿Cómo se realiza la evaluación de las intervenciones que se llevan a cabo en el área de salud mental infantojuvenil en los centros de atención primaria? _ Grado de libertad de los profesionales para tomar decisiones en el ámbito de la intervención
6. ¿Como se llevan a cabo las intervenciones en el ámbito de la SM
7. ¿Estas son comunitarias?
8. ¿Cuáles son específicamente las intervenciones comunitarias que se realizan en el ámbito de la salud mental infantojuvenil? (si es que las hay)
9. ¿Qué profesionales ejecutan las intervenciones comunitarias?
10. ¿Y ellos tienen formación en salud mental, en infancia y adolescencia, en trabajo comunitario?

ANEXO 3:



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAGISTER EN PSICOLOGIA
MENCION PSICOLOGIA COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la ciudad de, con fecha..... la (el) participante del *Estudio denominado* “Aproximación a la intervención comunitaria en salud mental infantojuvenil en los centros de salud de atención primaria de la ciudad de Viña del Mar”, se compromete a participar en la entrevista individual a realizarse entre los meses de agosto a diciembre del 2010 y de la actividad de entrega de resultados del estudio.

Si bien se encuentra establecido que la participación de cada profesional es voluntaria, se requiere que éste cumpla con la realización de la entrevista en los plazos estimados e informados para tal efecto. El no cumplimiento de esta actividad facultará a la investigadora para considerar al participante, como sujeto excluido del estudio, quedando este ajeno de las siguientes actividades que contempla el proceso de investigación.

Cabe señalar que toda la información entregada por los profesionales será utilizada en forma única para llevar a efecto esta investigación, siendo de manejo exclusivo de la investigadora; quedando de esta manera resguardada y con carácter de confidencialidad.

En este acto, el (la) participante toma conocimiento de las condiciones de su participación en el estudio y de las consecuencias de su incumplimiento.

Nombre Completo:

Rut:

Firma:

Funcionario

Centro de Salud: