

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA
CONCEPCIÓN FACULTAD DE COMUNICACIÓN,
HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES TRABAJO
SOCIAL



UCSC

Sistematización de aprendizajes sobre el rol del trabajo social en los procesos de ingreso y control al Programa de Salud Mental, en el sector rojo, del Centro de Salud Familiar la Floresta, comuna de Hualpén, enero a diciembre del año 2024

Informe de Sistematización para optar al grado académico de trabajador social

Estudiantes: Antonia Orellana Toledo- Anais Delgado Rodrigue

Docente: Mg. Marcela Muñoz Cuevas

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron al desarrollo de esta tesis. En primer lugar, a mi centro de práctica, el centro de salud familiar la floresta, que hizo posible esta sistematización y aportó a mi formación profesional durante mis dos años de práctica. También quiero agradecer a mis profesores, quienes fueron tutores y asesores a lo largo de todo este proceso, lo que permitió alcanzar los objetivos de esta sistematización.

Asimismo, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia, padres, abuela, hermanos y sobrinos, por su amor incondicional y por constituirse en una red de apoyo fundamental a lo largo de todos estos años de formación. Su acompañamiento, comprensión y aliento han sido pilares esenciales en cada etapa de este proceso académico y personal.

A mi madre, le manifiesto un reconocimiento especial por inculcarme desde siempre los valores del esfuerzo, la perseverancia y la responsabilidad. Su ejemplo de fortaleza y dedicación ha sido una fuente de inspiración constante en cada etapa de mi vida.

Extiendo también mi más sincero agradecimiento a mi pareja y a mi pequeña Liah, quienes representan mi mayor fuente de motivación y los pilares más significativos en mi vida. A mi pareja, Carlos, agradezco profundamente su presencia constante, sus palabras de apoyo y su infinita paciencia. Gracias por acompañarme, por escucharme y por hacer de este camino un trayecto más llevadero, lleno de amor, confianza y esperanza.

Por último, a mi compañera de tesis y amiga, Antonia, por estar conmigo en toda esta etapa universitaria, por los lindos momentos juntas y por finalizar esta experiencia juntas.

Con esta sistematización concluyó una etapa importante de mi vida, valorando a cada persona que estuvo presente y creyó en mí, así como a quienes brindaron su tiempo y apoyo. A mi familia y amigos, a todos ustedes les dedico este logro.

Anais Delgado Rodríguez

Con infinita gratitud a Dios, por ser mi guía en cada paso de este camino.

A mis queridos padres, Néstor Orellana y Dexis Toledo, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Son mis pilares más importantes en esta vida; sin ustedes, nada de esto habría sido posible.

A mi hermana Josefa y mi Zoè, por estar siempre presente, por su amor, su comprensión y por ser una fuente constante de alegría en mi vida.

A la memoria de mi Mamita Marina, cuyo amor y sabiduría me acompañaron en cada paso que di. Su presencia vive en mí y en cada logro que hoy celebro.

A mis familias Orellana-Toledo, por acompañarme en este proceso, por su cariño, sus palabras de ánimo y por recordarme siempre que se podía.

A mis amigas de la vida y de la universidad, gracias por su compañía, su cariño y por nunca dejarme sola. En especial, a Anaís y Liah por su amor, por compartir conmigo esta etapa universitaria y culminar juntas esta hermosa experiencia.

Finalmente concluyó una etapa muy importante de mi vida, valorando a cada persona que estuvo presente en este recorrido. Cada gesto, palabra y muestra de apoyo dejaron una huella en mí.

Antonia Orellana Toledo

Índice de contenidos

I.	Introducción.....	7
II.	Marco referencial.....	8
	2.1 Justificación.....	8
	2.2 Experiencia.....	11
	2.3 Contextos de la experiencia.....	12
	2.3.1 Contexto territorial.....	12
	2.3.2 Contexto institucional.....	15
	2.3.3 Contexto político-social.....	17
	2.3.4 Contexto paradigmático.....	19
	2.3.5 Contexto sujeto de intervención.....	20
	2.3.6 Contexto programático.....	23
III.	Marco teórico-conceptual.....	37
	3.1 Marco teórico.....	37
	3.1.1 Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.....	37
	3.1.2 Modelo biopsicosocial.....	38
	3.1.3 Modelo de determinantes sociales de la salud.....	39
	3.2 Marco Conceptual.....	40
	3.2.1 Usuario/a.....	40
	3.2.2 Salud mental.....	41
	3.2.3 Control de salud mental.....	41
	3.2.4 Atención primaria de salud (APS).....	41
	3.2.5 Programa de salud mental.....	42
	3.2.6 Trabajo social en salud mental.....	42
	3.2.7 Determinantes sociales de la salud.....	42
	3.2.8 Derivación y continuidad de la atención.....	43
	3.2.9 Redes de apoyo.....	43
IV.	Estado del arte.....	43
	4.1 Trabajo Social en Salud: Tiempos de exclusión e incertidumbre.....	43
	4.2 Posiciones de trabajadoras sociales de primera línea en marcos político-institucionales de Salud Mental.....	44
	4.3 Salud Mental en Chile, Determinantes Sociales de la Salud y Desigualdad.....	45
V.	Preguntas Orientadoras de la sistematización.....	46
VI.	Objetivos, objeto, eje y sub-ejes de la sistematización.....	46
	6.1 Objetivo general.....	46
	6.2 Objetivos específicos.....	47
	6.3 Objeto.....	47
	6.4 Eje.....	47
	6.5 sub-ejes.....	48
	6.5.1 Funciones del Trabajador Social.....	48
	6.5.2 Valoración de la función.....	50
	6.5.3 Nudos críticos.....	50

VII. Marco metodológico.....	51
7.1 Actores.....	51
7.2 Técnicas e instrumentos.....	53
7.2.1 Revisión documental.....	53
7.2.2 Entrevistas semiestructuradas individuales.....	54
7.2.3 Línea de tiempo.....	54
7.3 Plan de análisis.....	55
7.4 Validación de la información.....	57
VIII. Análisis de resultados.....	58
8.1 Línea de tiempo.....	59
8.2 Análisis de contenido.....	63
8.2.1 Sub-eje: Funciones.....	63
8.2.2 Sub-eje Facilitadores y obstaculizadores.....	71
8.2.3 Sub-eje nudos críticos.....	76
8.3 Síntesis de análisis de contenido.....	79
IX. Aprendizajes y reflexiones.....	80
X. Propuestas de mejora.....	83
XI. Conclusiones.....	86
XII. Referencias bibliográficas.....	90
XIII. Anexos.....	95

Indicé de figuras

Figura 1. Población por sexo, proyección 2023, comuna de Hualpén.....	12
Figura 2. Población por grupos de edad, proyección 2023, comuna de Hualpén.....	13
Figura 3. Tasa de pobreza por ingresos, comuna de Hualpén (CASEN 2017 y 2022).....	14
Figura 4. Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Estadística CESFAM La Floresta, 2024.....	21
Figura 5. Flujograma elaborado por programa de salud mental del CESFAM La Floresta, 2024.....	25
Figura 6. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.....	33
Figura 7. Línea de tiempo de hitos relevantes en el proceso de ingreso y control del programa de salud mental.....	58

Indicé de tablas

Tabla 1. Resumen de hitos y aprendizajes de la línea de tiempo, año 2024.....	59
Tabla 2. Síntesis del análisis de contenido. Elaboración propia, año 2024.....	79

Indicé de imágenes

Imagen 1. Documento derivativo informal. Tomada de centro de salud familiar La Floresta, 2024.....	28
Imagen 2. Carné de Seguimiento Clínico de Salud Mental: Instrumento de Registro y Coordinación Interdisciplinaria, primera sección.	30
Imagen 3. Sección dos del carné de usuarios del programa de salud mental, perteneciente al control farmacológico.	30
Imagen 4. Sección tres del carné del programa de salud mental, donde se deja en evidencia los controles realizados por profesionales.	30

1.- Introducción

Para la obtención del grado de Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Católica de la Santísima Concepción, se contemplan diversas modalidades de Memoria de Grado. Una de ellas corresponde a la sistematización de experiencias, entendida como una estrategia metodológica orientada a la recuperación, el análisis reflexivo y la resignificación de una práctica profesional desarrollada en un contexto real de intervención. Esta modalidad busca reconstruir colectivamente la experiencia profesional, promoviendo la participación de los actores involucrados y contribuyendo al fortalecimiento de las competencias disciplinares, así como a la generación de conocimiento situado.

En la actualidad, la salud mental se ha posicionado como una prioridad tanto sanitaria como social, debido a su elevada carga de enfermedades y su estrecha relación con determinantes sociales como la pobreza, el desempleo, la violencia y la exclusión (MINSAL, 2017). Bajo esta perspectiva, el enfoque biopsicosocial del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) impulsa intervenciones interdisciplinarias y con participación comunitaria, donde el Trabajo Social adquiere un papel estratégico (García-Huidobro et al., 2018).

Dentro de este marco, la labor del Trabajo Social resulta esencial en las acciones vinculadas a la salud mental desde el nivel primario, al contribuir con herramientas de evaluación psicosocial, activación de redes, intervención en situaciones de crisis, acompañamiento familiar y coordinación con programas sociales y comunitarios. En particular, durante el proceso de ingreso y seguimiento en el programa, la participación del profesional del área permite comprender de manera más profunda el contexto del usuario, reconocer factores de riesgo y protección, y fomentar intervenciones integrales y ajustadas a la realidad de cada persona.

Por esta razón, el presente proyecto tiene como propósito analizar el rol del Trabajo Social en los procesos de ingreso y control del Programa de Salud Mental del sector rojo del CESFAM La Floresta durante el año 2024. A partir de este análisis, se busca describir las funciones y responsabilidades que desempeña el profesional en dichos

procesos, así como identificar los factores que los facilitan u obstaculizan, considerando las barreras institucionales y las oportunidades de mejora. Asimismo, se pretende proponer estrategias orientadas a optimizar la gestión, la eficiencia y la efectividad del programa. En conjunto, el estudio procura promover una reflexión crítica respecto de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, destacando aprendizajes, desafíos y proyecciones que fortalezcan un abordaje integral, participativo y sustentado en el enfoque de derechos.

La recopilación de información se realizó mediante instrumentos y técnicas, utilizándose principalmente las de revisión documental y entrevistas semi-estructuradas y línea de tiempo. Estas estrategias proporcionan como resultados una recolección de datos completa, al incorporar teoría con el relato de los/as entrevistados.

II. Marco referencial

2.1 Justificación

El Trabajo Social, como disciplina y profesión, desempeña un rol fundamental en el ámbito de la salud mental, especialmente en el nivel de atención primaria, donde se abordan integralmente los determinantes sociales que inciden en el bienestar psicosocial de las personas, familias y comunidades. En este contexto, el ingreso y control al Programa de Salud Mental del Centro de Salud Familiar La Floresta, específicamente en el sector rojo, constituye un espacio privilegiado para observar, analizar y reflexionar sobre la práctica profesional en contextos reales de intervención.

“La sistematización de experiencias se ha instituido como una propuesta pedagógica para organizar, teorizar y reorientar las prácticas educativas. Se trata de una reflexión crítica y participativa de la experiencia vivida, que construye realidades de los sujetos o actores protagónicos del proceso” (Delgado & Gutiérrez, 2021, p. 10).

La salud mental representa un eje clave en la atención primaria, especialmente en contextos como el del Centro de Salud Familiar La Floresta, en la comuna de Hualpén, donde las condiciones sociales, económicas y familiares influyen directamente en el bienestar psicológico de la población. En este escenario, el trabajo social cumple un rol esencial al integrar una mirada biopsicosocial en los procesos de atención, contribuyendo tanto al ingreso como al seguimiento de los usuarios del programa de salud mental.

Asimismo, lo que hace particularmente relevante este análisis es el cambio implementado a partir de enero de 2024, cuando se modificó el procedimiento de ingreso al programa de salud mental: anteriormente, este proceso era realizado por el psicólogo, pero actualmente lo lleva a cabo el médico. Este ajuste no solo modificó la dinámica del equipo interdisciplinario, sino que también ha tenido implicancias en la derivación, evaluación y acogida de los usuarios. La decisión de que el médico realice el ingreso responde a la necesidad de agilizar el proceso, asegurar una cobertura más amplia y optimizar la utilización de los recursos profesionales disponibles, especialmente en un contexto de alta demanda en salud mental.

Frente a este cambio, surge la necesidad de analizar la experiencia vivida durante el año 2024, con el fin de ordenar la práctica, reflexionar críticamente sobre su implementación, y sobre todo, recuperar los aprendizajes que permitan retroalimentar al equipo de salud. Esta reflexión no solo busca identificar aciertos y dificultades del nuevo modelo de ingreso, sino también visibilizar cómo ha impactado el rol del trabajo social dentro del proceso, particularmente en su función de acompañamiento, evaluación social y seguimiento psicosocial de los casos.

La elección de esta temática también responde a una preocupación ética y política del Trabajo Social frente a su exclusión del Libro V del Código Sanitario, lo que ha generado debates en torno a su reconocimiento como profesión del ámbito clínico y sanitario. Si bien la Ley N.º 21.331 reconoce la participación del Trabajo Social en equipos interdisciplinarios de salud mental,

aún persisten brechas en su valorización institucional (Marchant et al., 2020; Vukusic & Bravo, 2020).

Las estudiantes de trabajo social se centran en el proceso de ingreso y control al Programa de Salud Mental, ya que este constituye el punto de partida crítico para garantizar una atención oportuna, integral y centrada en la persona. El ingreso no es un acto meramente administrativo, sino una fase clave que determina la calidad del acompañamiento terapéutico, la articulación con redes de apoyo, la priorización clínica y la planificación de intervenciones.

En este contexto, el Trabajo Social cumple un rol estratégico al incorporar una mirada biopsicosocial al momento de evaluar a los usuarios, aportando al análisis situacional desde variables sociales, económicas, familiares y territoriales. Además, participa activamente en la categorización de riesgo, activación de redes, orientación en derechos, seguimiento psicosocial y derivaciones pertinentes a otros programas o dispositivos.

La elección de esta etapa del proceso responde también a los cambios implementados en 2024, donde el ingreso pasó a ser realizado por el médico general y no por el psicólogo, reconfigurando la dinámica del equipo interdisciplinario y generando nuevas tensiones y oportunidades dentro del flujo de atención. Esta modificación evidenció la necesidad de revalorizar y visibilizar el rol del Trabajo Social en un proceso que, aunque clínico, requiere de una comprensión profunda de los determinantes sociales de la salud mental.

Sistematizar esta experiencia permite identificar buenas prácticas, obstáculos y aprendizajes que pueden enriquecer la gestión del programa y fortalecer la inclusión del Trabajo Social como actor clave en la atención primaria en salud mental. Además, responde a la urgencia de documentar el impacto del ejercicio profesional en momentos clave de la trayectoria del usuario dentro del sistema de salud, aportando evidencia desde la práctica situada.

2.2 Experiencia

Durante el año 2024, en el marco de las prácticas profesionales integradas de la carrera de Trabajo Social, se desarrolló una experiencia de intervención en el Sector Rojo del Centro de Salud Familiar (CESFAM) La Floresta, ubicado en la comuna de Hualpén. La estudiante se integró al centro de salud familiar como dupla de la trabajadora social del sector rojo, lo que permitió una inmersión directa en los procesos de atención, seguimiento y gestión de casos, en estrecha colaboración con profesionales del área médica, psicológica y social.

Desde su inserción, la estudiante tomó conocimiento del programa de salud mental vigente en el establecimiento, el cual se orienta al abordaje integral de problemáticas psicosociales como depresión, ansiedad, consumo problemático de sustancias, violencia intrafamiliar, entre otras. El programa se estructura en base al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), por lo que el trabajo interdisciplinario y el enfoque biopsicosocial son pilares fundamentales de la atención.

La práctica se desarrolló en un contexto dinámico y desafiante, marcado por diversas transformaciones en la forma de ingreso al programa. A partir de enero de 2024, se implementó un cambio en el protocolo de admisión, delegando al médico general la responsabilidad del ingreso de los usuarios al programa, función que anteriormente recaía en el profesional de psicología. Este cambio implicó una reconfiguración de roles dentro del equipo, generando tensiones operativas, pero también oportunidades para potenciar el aporte del Trabajo Social en este proceso.

Durante su experiencia, la estudiante participó activamente en actividades tales como entrevistas psicosociales, aplicación de instrumentos de evaluación, visitas domiciliarias, orientación social, categorización de riesgo, derivación Inter programática e intersectorial, así como también en el seguimiento de usuarios en tratamiento. Esta participación permitió un acercamiento vivencial a la complejidad de los casos atendidos y al rol estratégico del Trabajo Social en la atención primaria de salud mental.

La experiencia desarrollada evidenció la necesidad de fortalecer el componente psicosocial en las etapas de ingreso y control del programa, visibilizando el impacto que tienen los determinantes sociales de la salud en el estado emocional y psicológico de las personas. Asimismo, se observó la importancia de incorporar estrategias de intervención sensibles al contexto territorial, a las trayectorias de vida de los usuarios y a sus redes de apoyo o exclusión.

Desde una perspectiva formativa, esta práctica permitió a la estudiante reflexionar críticamente sobre los desafíos institucionales, disciplinarios y éticos del quehacer profesional en salud mental, y contribuyó al desarrollo de habilidades para la intervención clínica, comunitaria e intersectorial.

2.3 Contextos de la experiencia

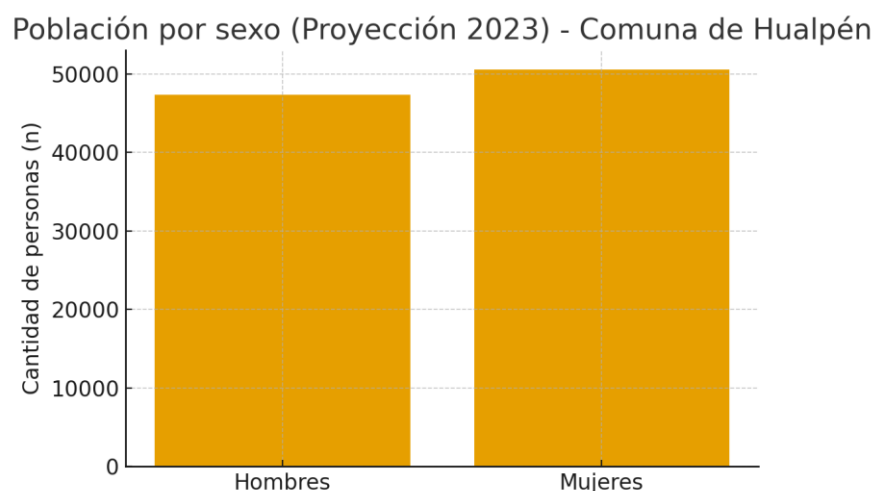
Para entender adecuadamente la experiencia del centro de salud familiar la floresta, es crucial considerar cinco contextos específicos, esto debido a que *“el contexto” no es algo totalmente exterior a la experiencia, sino una dimensión de la misma porque ella no sería, no estaría siendo o no habría sido, si no es en ese y por ese contexto*”. Por consiguiente, la formación laboral se adapta y configura en función de los elementos presentes en cada uno de los contextos (Guía de sistematización, ministerio de protección social de Colombia, 2016, p.15).

2.3.1 Territorial:

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) La Floresta se encuentra ubicado en la comuna de Hualpén, Región del Biobío, en la zona urbana del Gran Concepción. Esta comuna presenta una diversidad territorial significativa, donde conviven sectores residenciales consolidados con zonas de alta vulnerabilidad social, afectadas por factores estructurales como el desempleo, la informalidad laboral, el hacinamiento y la fragmentación de redes de apoyo (Municipalidad de Hualpén, 2021).

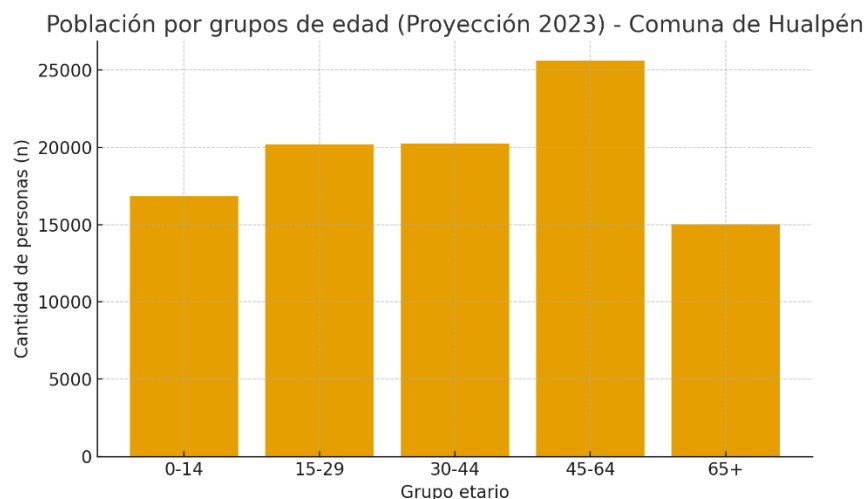
La comuna de Hualpén se encuentra ubicada en la Provincia de Concepción, Región del Biobío. Es una comuna predominantemente urbana, con una superficie aproximada de 53,5 km² y una población proyectada al año 2023 de 97.902 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2023). Esta población se distribuye en 47.378 hombres y 50.524 mujeres, evidenciando una ligera mayoría femenina (ver Figura 1).

Figura 1. *Población por sexo, proyección 2023, comuna de Hualpén*
(Fuente: INE, Proyecciones Comunales 2023 – BCN, 2024)



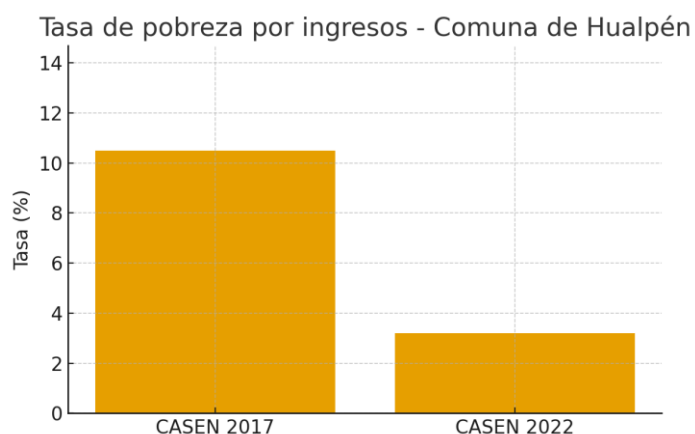
En términos etarios, la comuna presenta una población relativamente envejecida, con una alta proporción de personas mayores de 45 años. De acuerdo con las proyecciones del INE (2023), los grupos etarios se distribuyen del siguiente modo: 0-14 años (16.837 personas), 15-29 años (20.206), 30-44 años (20.224), 45-64 años (25.607) y 65 años o más (15.028). Este patrón refleja una tendencia al envejecimiento demográfico, lo que implica mayores requerimientos en materia de salud y cuidados (ver Figura 2).

Figura 2. *Población por grupos de edad, proyección 2023, comuna de Hualpén*
(Fuente: INE, Proyecciones Comunales 2023 – BCN, 2024)



En el ámbito socioeconómico, la comuna ha experimentado una importante disminución en la tasa de pobreza por ingresos, pasando de 10,5% en 2017 a 3,2% en 2022, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2022). Esta reducción, sin embargo, no implica la ausencia de desigualdades, pues persisten brechas vinculadas a la calidad del empleo, el acceso a la salud mental y las condiciones de vivienda (ver Figura 3).

Figura 3. Tasa de pobreza por ingresos, comuna de Hualpén (CASEN 2017 y 2022)
(Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, CASEN 2022)



En cuanto a la red de atención en salud, la comuna de Hualpén cuenta con tres Centros de Salud Familiar (CESFAM), un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) y tres Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) (BCN, 2024).

Dentro de estos dispositivos, el CESFAM La Floresta constituye un referente fundamental en la atención integral de la población, organizándose territorialmente en sectores, entre ellos el sector rojo, donde se focaliza la presente sistematización; La sectorización permite un mayor acercamiento a la población usuaria, un mejor ordenamiento y organización del trabajo de cada equipo y un adecuado enfoque de las prestaciones en concordancia con las necesidades locales de cada sector.

El sector rojo del CESFAM La Floresta agrupa un conjunto de barrios con características sociales heterogéneas, donde coexisten familias con distintos niveles de vulnerabilidad psicosocial, los barrios que componen el sector son: Población El Triángulo, Villa El Triángulo, Población Nueva El Triángulo, Población Arturo Prat, Población 18 de septiembre, Población Solar de Hualpén, Caleta Lengua, Caleta Chome, Caleta Peroné, Desembocadura y Los Fundos.

En este territorio, el Programa de Salud Mental cumple un rol prioritario, dado el aumento sostenido de las demandas asociadas a trastornos del ánimo, consumo problemático de sustancias y situaciones de riesgo psicosocial.

En este contexto, el trabajo social adquiere un papel central dentro del equipo interdisciplinario de salud mental, al promover un enfoque integral y comunitario que articula la intervención clínica con las dimensiones sociales que inciden en el bienestar emocional de las personas y sus familias.

2.3.2 Institucional

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) es el organismo gubernamental responsable de diseñar, coordinar y ejecutar las políticas públicas de salud en el país. Su misión institucional consiste en *“construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone a las personas en el centro, con énfasis en el cuidado durante todo el ciclo de vida, promoviendo la prevención, la trazabilidad y la cobertura financiera”* (Ministerio de Salud, s.f.). Este modelo busca garantizar el acceso equitativo y oportuno a la atención, con una

mirada integral que considera los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria como ejes fundamentales.

En la comuna de Hualpén, la gestión de la atención primaria se encuentra bajo la responsabilidad de la Dirección de Administración de Salud (DAS), dependiente de la Municipalidad de Hualpén. Esta dirección tiene como función administrar, coordinar y supervisar los distintos dispositivos de salud del territorio comunal — entre ellos Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y postas rurales—. Su propósito es brindar una atención integral y continua, orientada a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación, desde un enfoque biopsicosocial y comunitario (Municipalidad de Hualpén, 2021).

De manera complementaria, el Servicio de Salud Talcahuano (SST), dependiente del MINSAL, tiene a su cargo la coordinación y articulación de la red pública de salud de las comunas de Talcahuano y Hualpén, integrando tanto la atención primaria como la secundaria. Según el propio organismo, su misión es *“asegurar la calidad, oportunidad, continuidad y pertinencia de la atención, mediante un enfoque territorial y comunitario que favorezca la resolución de las necesidades sanitarias de la población”* (Servicio de Salud Talcahuano, 2019).

En este marco institucional se inserta el Centro de Salud Familiar (CESFAM) La Floresta, establecimiento dependiente de la DAS de Hualpén y parte integrante de la red asistencial del Servicio de Salud Talcahuano. El CESFAM se ubica en el sector urbano de la comuna, en calle Potsdam N.º 2598, Población La Floresta III, y constituye un dispositivo de atención primaria de baja complejidad que opera bajo el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Este modelo promueve una atención centrada en las personas, las familias y su entorno, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, el trabajo interdisciplinario y la participación social (Ministerio de Salud, 2013).

El CESFAM La Floresta cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por aproximadamente 70 profesionales de la salud, entre los que se incluyen médicos,

enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, técnicos paramédicos y personal administrativo. Además, recibe regularmente internos y practicantes de carreras del ámbito social y sanitario, contribuyendo a la formación profesional y al fortalecimiento del trabajo colaborativo.

Entre su cartera programática se encuentran programas orientados a las distintas etapas del ciclo vital, tales como el Programa de Salud Mental, Programa del Adulto Mayor, Programa de la Mujer, Programa de Crónicos, Programa de Salud Infantil y Adolescente, Programa de Inmunizaciones, Programa de Atención Domiciliaria, Programa de Rehabilitación con Base Comunitaria y Programa de Promoción de la Salud y Participación Social, entre otros.

En este escenario, el Trabajo Social desempeña un rol esencial en la atención primaria, especialmente en el abordaje de las problemáticas psicosociales de las personas, familias y comunidades. Su aporte contribuye al fortalecimiento del modelo de atención integral, promoviendo un enfoque basado en derechos, equidad, territorialidad y justicia social, que orienta las intervenciones hacia la mejora del bienestar y la calidad de vida de la población usuaria.

2.3.3 Contexto político-social

El desarrollo de la salud mental en Chile ha estado profundamente influido por los procesos de transformación de la política social y sanitaria de las últimas décadas. A partir del retorno a la democracia en los años noventa, se inicia una reforma estructural del sistema de salud, orientada a la descentralización de los servicios, la consolidación de la atención primaria de salud (APS) como eje del sistema, y la incorporación del enfoque de derechos como principio rector de la acción pública (Ministerio de Salud, 2009). Este proceso buscó garantizar el acceso equitativo y la integralidad en la atención, instalando la salud mental como una dimensión prioritaria dentro de las políticas públicas.

En este contexto, la atención en salud mental comenzó a transitar desde un modelo asilar e institucional hacia un modelo comunitario, integral e interdisciplinario, que concibe la salud mental como un fenómeno vinculado a los determinantes sociales, culturales y económicos. Según el Ministerio de Salud (2017), este enfoque reconoce que *“la salud mental es un componente esencial del bienestar general de las personas y las comunidades, determinado por factores sociales, ambientales y de estilo de vida”* (p. 8).

Este cambio se consolidó con la promulgación de instrumentos claves como el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000, su actualización 2017–2025, y la Ley N.º 21.331 sobre Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental (2021). Estas normativas establecen que la salud mental debe abordarse desde una perspectiva de derechos humanos, promoviendo la participación de las personas en sus procesos terapéuticos, el respeto a su autonomía y dignidad, y la conformación de equipos interdisciplinarios que integren dimensiones clínicas, psicosociales y comunitarias (Ministerio de Salud, 2017; Congreso Nacional de Chile, 2021).

En este marco, el Trabajo Social ha adquirido una presencia cada vez más relevante en los equipos de salud mental de la atención primaria, contribuyendo al abordaje integral de los determinantes sociales que inciden en el bienestar psicosocial de las personas. No obstante, su reconocimiento formal en el Código Sanitario continúa siendo un desafío pendiente, lo que limita su visibilización y la consolidación plena de su rol en los equipos interdisciplinarios (Marchant et al., 2020).

La implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) ha reforzado este enfoque, al promover una atención centrada en las personas, las familias y los territorios, integrando la dimensión social como componente estructural del quehacer sanitario. Este modelo plantea que la salud no puede entenderse de forma aislada del entorno, sino como un proceso dinámico influido por las condiciones materiales, simbólicas y relacionales del contexto (Ministerio de Salud, 2013). En este sentido, se reconoce la necesidad de

respuestas intersectoriales, territoriales y con enfoque biopsicosocial, en las cuales el Trabajo Social cumple un rol clave en la articulación de redes, el abordaje de las vulnerabilidades sociales y la promoción del bienestar comunitario (García-Huidobro et al., 2018).

A nivel local, la comuna de Hualpén ha incorporado la salud mental como un eje estratégico dentro de su Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2021–2025, reconociéndola como un componente esencial para el desarrollo social del territorio (Municipalidad de Hualpén, 2021). Sin embargo, persisten brechas significativas en la cobertura de servicios, en la infraestructura disponible y en la dotación de profesionales especializados, lo que dificulta la implementación plena de las políticas públicas y genera tensiones dentro de los equipos de atención primaria.

En este escenario, la presente sistematización se enmarca en una política social que avanza hacia el reconocimiento de la salud mental como derecho humano fundamental, pero que aún requiere fortalecer su capacidad de respuesta territorial y su coherencia intersectorial. Esto implica potenciar intervenciones integrales y sostenibles, donde el Trabajo Social asuma un rol articulador entre las dimensiones clínicas, sociales y comunitarias, contribuyendo al desarrollo de un modelo de atención centrado en las personas, con enfoque de derechos, equidad y justicia social.

2.3.4 Contexto paradigmático

La presente sistematización se sustenta en el paradigma crítico-interpretativo, el cual concibe la realidad social como una construcción dinámica, contextual y significativa que se comprende a partir de las experiencias y discursos de los actores sociales. Este enfoque reconoce que el conocimiento no es neutral ni objetivo, sino que se configura desde las relaciones de poder, los marcos culturales y las condiciones históricas que atraviesan a los sujetos (Flick, 2018; Denzin & Lincoln, 2018).

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social se entiende como una práctica ético-política y reflexiva, orientada a la transformación social y al fortalecimiento de los derechos humanos, más que como una mera función técnica o asistencial (Carballeda, 2020; Cazzaniga, 2022). El ejercicio profesional, por tanto, implica interpretar las realidades complejas que enfrentan las personas y comunidades, reconociendo las dimensiones estructurales, institucionales y simbólicas que inciden en sus condiciones de vida.

En coherencia con este paradigma, la sistematización de experiencias se configura como una estrategia de producción de conocimiento situada, que permite reconstruir y analizar críticamente la práctica desde la voz de sus protagonistas. Su objetivo no es solo describir lo vivido, sino generar aprendizajes significativos que orienten la acción profesional y el desarrollo institucional (Jara Holliday, 2018; Barriga & Rodríguez, 2021). La sistematización, en este sentido, asume un carácter dialógico y transformador, al articular la reflexión teórica con la experiencia práctica y al reconocer el valor epistemológico de los saberes cotidianos.

Asimismo, el paradigma crítico-interpretativo otorga centralidad a la experiencia subjetiva y a los significados que los sujetos atribuyen a su realidad. Desde este enfoque, las voces de los profesionales, usuarios del CESFAM La Floresta constituyen una fuente legítima de conocimiento, indispensable para comprender las dinámicas institucionales, los procesos de atención y las particularidades del rol del Trabajo Social en el Programa de Salud Mental. De esta manera, el conocimiento se construye colectivamente, promoviendo una comprensión más profunda, situada y comprometida con la transformación social (Martínez-Salgado, 2020; Ponce & Orellana, 2022).

2.3.5 Contexto sujeto de intervención

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) constituyen el principal dispositivo de atención primaria del sistema público chileno, orientado a brindar una atención integral, continua y cercana al territorio. Su población objetivo corresponde a personas adscritas a un sector geográfico determinado, generalmente urbano o

semiurbano, que presentan diversos niveles de vulnerabilidad socioeconómica y con limitado acceso a servicios privados de salud (Ministerio de Salud, 2017).

En el caso del CESFAM La Floresta, los sujetos de intervención del Programa de Salud Mental, específicamente en el sector rojo, corresponden a personas que presentan problemáticas psicosociales, emocionales y/o psiquiátricas que requieren atención interdisciplinaria desde un enfoque integral y contextualizado. Durante el año 2024, se ha observado que la población usuaria del programa está compuesta mayoritariamente por mujeres jefas de hogar, personas adultas, personas mayores, adolescentes y personas en situación de vulnerabilidad social, quienes acceden al programa mediante derivación médica, demanda espontánea, seguimiento de casos crónicos o canalización desde otros programas del CESFAM (como control de salud crónico, atención domiciliaria o violencia intrafamiliar).

Según antecedentes de la Unidad de Estadística del CESFAM La Floresta (2024), el establecimiento cuenta con 23.688 usuarios inscritos, de los cuales 6.694 pertenecen al sector 3, que incluye la población rural de Caleta Lengua, Caleta Chome y Caleta peroné, lo que representa un 28,2 % del total de personas inscritas en el centro de salud.

Figura 4. Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Estadística CESFAM La Floresta, 2024.

Distribución de Usuarios - CESFAM La Floresta

Usuarios	Cantidad	Porcentaje
Inscritos en CESFAM La Floresta	23688	100%
Usuarios pertenecientes al sector 3	6694	28.2%
Sector urbano del sector 3	5973	25.21%
Sector rural del sector 3	721	3.04%

Estos usuarios comparten ciertas características comunes que permiten comprender su realidad desde un enfoque estructural:

- **Condiciones precarias de vida:** una parte significativa de los usuarios habita en contextos de hacinamiento, inseguridad habitacional o carencia de servicios básicos, factores que influyen negativamente en la salud mental y dificultan los procesos de recuperación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).
- **Presencia de múltiples determinantes sociales negativos:** se evidencian altos niveles de desempleo, trabajo informal, violencia intrafamiliar, consumo problemático de alcohol o drogas, dificultades educativas y escasas redes de apoyo familiares o comunitarias, condiciones que se asocian a mayores riesgos de trastornos mentales y sufrimiento psicosocial (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2021).
- **Estigmatización y barreras de acceso:** persisten barreras culturales y simbólicas que impiden el acceso oportuno a la atención en salud mental, producto del estigma social y la normalización del malestar emocional, lo que genera discontinuidad en los tratamientos y desconfianza hacia las instituciones (Ministerio de Salud, 2021).
- **Trayectorias de exclusión institucional:** muchos usuarios han experimentado procesos de invisibilización o discontinuidad en la atención dentro del sistema de salud o de protección social, debido a la falta de coordinación intersectorial o a respuestas centradas exclusivamente en lo biomédico (Carballeda, 2020).

Desde la mirada del Trabajo Social, los sujetos de intervención no se conciben únicamente como “pacientes” o “usuarios”, sino como personas con historia, derechos y capacidad de agencia. Este enfoque busca superar las prácticas asistencialistas, entendiendo que los problemas de salud mental no se reducen a “fallas individuales”, sino que están estrechamente vinculados a condiciones estructurales de desigualdad, exclusión y precariedad (Cazzaniga, 2022; Ponce & Orellana, 2022).

El rol profesional del Trabajo Social en este contexto implica comprender las trayectorias vitales de los sujetos, levantar información psicosocial con enfoque

ético y empático, activar redes de apoyo, facilitar el acceso a beneficios y programas sociales, y fortalecer la participación de las personas en su proceso de recuperación. La intervención se orienta, por tanto, hacia el empoderamiento, la autonomía y el ejercicio de derechos, reconociendo a los sujetos como actores protagonistas de su propio proceso de cambio (Barriga & Rodríguez, 2021).

De esta forma, el Trabajo Social en el Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta se configura como una práctica que articula lo clínico, lo social y lo comunitario, promoviendo una comprensión integral del malestar psicosocial y contribuyendo al desarrollo de intervenciones con enfoque de derechos y justicia social.

2.3.6 Contexto programático

El Programa de Salud Mental en Atención Primaria forma parte de la cartera de prestaciones universales y garantizadas en todos los CESFAM del país, y su implementación responde a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025, que establece una atención integral, continua y basada en el enfoque comunitario, intersectorial y de derechos (MINSAL, 2017).

En la atención primaria, el Programa de Salud Mental tiene como propósito prevenir, detectar, tratar y dar seguimiento a personas con malestares psíquicos y trastornos mentales leves a moderados, tales como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, consumo problemático de sustancias, violencia intrafamiliar, duelo patológico, entre otros. La atención es entregada por equipos interdisciplinarios que incluyen médicos, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales y, en algunos casos, psiquiatras de enlace.

Las principales acciones del programa incluyen:

- Evaluación inicial y categorización de riesgo.
- Entrevistas clínicas y psicosociales.
- Aplicación de escalas diagnósticas.

- Derivación inter programática e intersectorial.
- Seguimiento terapéutico y control de evolución.
- Intervención en crisis y visitas domiciliarias.
- Coordinación con redes familiares y comunitarias.

Durante el año 2024, el CESFAM La Floresta implementó un cambio relevante en el procedimiento de ingreso al Programa de Salud Mental, el cual pasó a ser realizado por el médico general en lugar del psicólogo o trabajador social, como se había efectuado en años anteriores. Esta modificación alteró la dinámica del equipo interdisciplinario, afectando la definición de roles profesionales.

Además, cabe destacar que el Trabajo Social participa activamente en procesos de derivación y acompañamiento Inter programático, colaborando con dispositivos como el Programa de la Mujer, Programa de Violencia Intrafamiliar, Rehabilitación con Base Comunitaria, Apoyo Psicosocial a Víctimas, y Atención Domiciliaria. Esta labor permite abordar la salud mental desde un enfoque intersectorial, garantizando un acompañamiento más sostenido y pertinente.

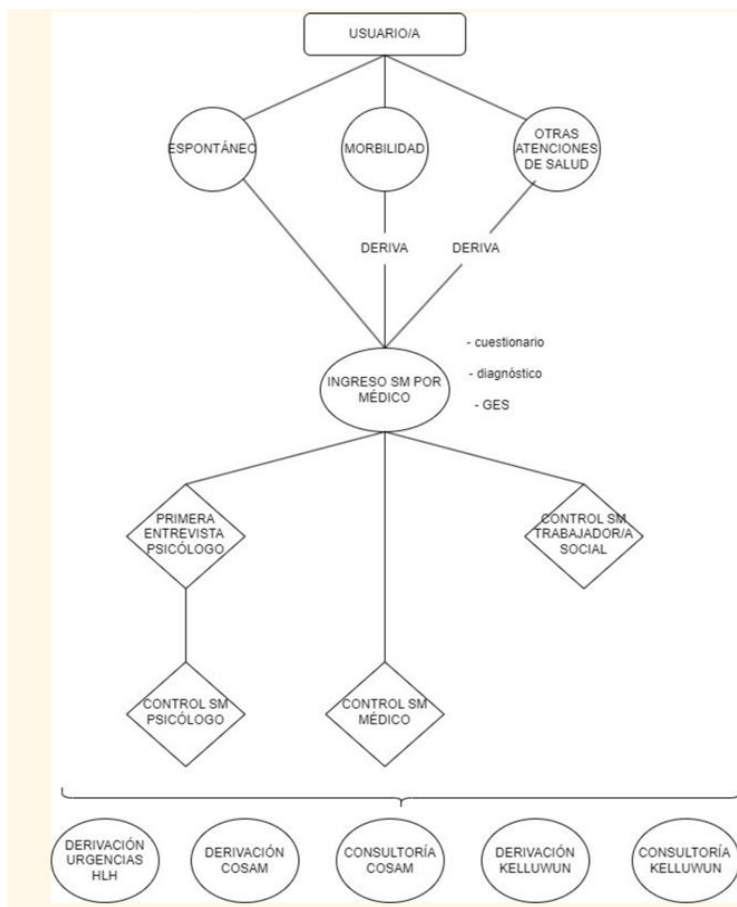
Este programa opera bajo los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), lo cual implica una mirada centrada en el ciclo vital, los determinantes sociales de la salud y la participación activa de las familias y comunidades. Se privilegia la intervención en red, la coordinación con dispositivos especializados, y la promoción de prácticas interdisciplinarias e intersectoriales (MINSAL, 2009).

El ingreso al Programa de Salud Mental en un CESFAM se basa en una evaluación integral realizada por profesionales del equipo de salud, quienes pueden identificar signos o síntomas asociados a alteraciones emocionales, conductuales o psicosociales, ya sea mediante demanda espontánea, derivación interna o pesquisa activa. Este proceso contempla la aplicación de instrumentos clínicos estandarizados, entrevistas diagnósticas y la valoración de factores psicosociales que inciden en el bienestar del usuario, tales como violencia intrafamiliar, consumo

de sustancias, aislamiento, o condiciones de vulnerabilidad social. El ingreso está orientado principalmente a usuarios con trastornos leves o moderados, como depresión, ansiedad, duelo complicado o riesgo suicida no agudo, considerando además el consentimiento informado y el registro correspondiente en la ficha clínica electrónica. En base a esto, se elabora un plan de intervención individual o grupal, que puede incluir atención psicológica, intervención psicosocial por Trabajo Social, consejería, talleres comunitarios o derivación a salud mental secundaria si el caso lo requiere. Tal como señala el Ministerio de Salud (2017), “los centros de atención primaria de salud son la puerta de entrada al sistema de salud mental en Chile, siendo el primer nivel de atención en el que se abordan problemas de salud mental de carácter leve a moderado” (p. 6).

Como parte del contexto programático, a continuación, se presenta el flujograma del proceso de ingreso, atención y seguimiento clínico-psicosocial, evidenciando a los/as usuarios/as que acceden al Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta, sector rojo. Este esquema representa de manera secuencial y lógica las distintas etapas del circuito asistencial, considerando tanto los accesos formales como espontáneos, las evaluaciones clínicas y psicosociales, y las posibles rutas de derivación según nivel de complejidad.

Figura 5. Flujograma elaborado por programa de salud mental del CESFAM La Floresta, 2024.



El encargado del Programa de Salud Mental, psicólogo del Sector Rojo del CESFAM La Floresta, en conjunto con el equipo multidisciplinario que integra dicho programa, elaboró un flujograma basado en las Orientaciones Técnicas del Ministerio de Salud. Este instrumento no solo cumple una función operativa, sino que también constituye una herramienta comprensiva que permite visualizar el recorrido que realizan las personas usuarias dentro del sistema de atención primaria.

a) Usuario

Lo primero que pudo observar es que en el centro de esta estructura se encuentra el usuario/a de APS, concebido como sujeto activo que accede a prestaciones en función de necesidades vinculadas a su bienestar físico, psicológico y social. Este acceso se materializa por dos vías: la demanda espontánea, derivación desde otros dispositivos de salud o por morbilidad.

En el centro de este esquema se sitúa la figura del usuario o usuaria de Atención Primaria de Salud (APS), concebido como un sujeto activo en el proceso de atención, cuyos requerimientos se relacionan con su bienestar físico, psicológico y social.

b) Derivación para realizar ingreso al programa de salud mental.

El ingreso a las prestaciones del programa puede darse a través de tres vías principales como se observa en el esquema:

- **Demanda espontánea:** De manera cotidiana, se produce el ingreso espontáneo de usuarios que acuden voluntariamente al CESFAM, motivados por malestares emocionales, sintomatología inespecífica o situaciones de crisis personal o familiar. Este tipo de ingreso representa un espacio clave para la intervención temprana del Trabajo Social, ya que permite brindar contención en momentos críticos, activar redes de apoyo formal e informal y orientar adecuadamente la demanda hacia el programa o dispositivo de salud mental correspondiente, favoreciendo así una respuesta oportuna y centrada en las necesidades de la persona.
- **Morbilidad:** Son las horas destinadas de los médicos generales a atender enfermedades o malestares que surgen de manera ocasional o reciente, El Ministerio de Salud (MINSAL) define la morbilidad como “el conjunto de atenciones destinadas al diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud que no forman parte de los programas de control, tales como salud infantil, mujer o crónicos” (MINSAL, 2015). Es por esto que, en el flujograma del Programa de Salud Mental, cuando se habla de ingreso por morbilidad, significa que el usuario llega al CESFAM a través de una consulta médica general (por malestar físico o emocional), y durante esa atención el profesional identifica una posible problemática de salud mental, derivándolo al programa.
- **Otras atenciones de salud:** Este componente del flujograma hace referencia a los ingresos que se generan a partir de derivaciones

provenientes de entidades externas al sistema de salud pública, también denominadas extrasistema. Estas pueden incluir establecimientos educacionales, el Poder Judicial, profesionales del ámbito privado, como psicólogos o médicos particulares, así como otras instituciones comunitarias o sociales. Dichas derivaciones permiten ampliar la cobertura del Programa de Salud Mental, fortaleciendo la articulación intersectorial y favoreciendo una respuesta integral y coordinada frente a las diversas problemáticas psicosociales que afectan a la población usuaria.

Dentro de las derivaciones es importante mencionar que los/as trabajadores/as sociales del CESFAM, en el marco de sus funciones clínicas, realizan atenciones sociales tanto en modalidad presencial como a través de visitas domiciliarias, en respuesta a requerimientos específicos de los usuarios o derivaciones internas desde otros programas. Durante estas intervenciones, se lleva a cabo una pesquisa activa orientada a identificar condiciones psicosociales que puedan estar afectando la salud mental del usuario o grupo familiar.

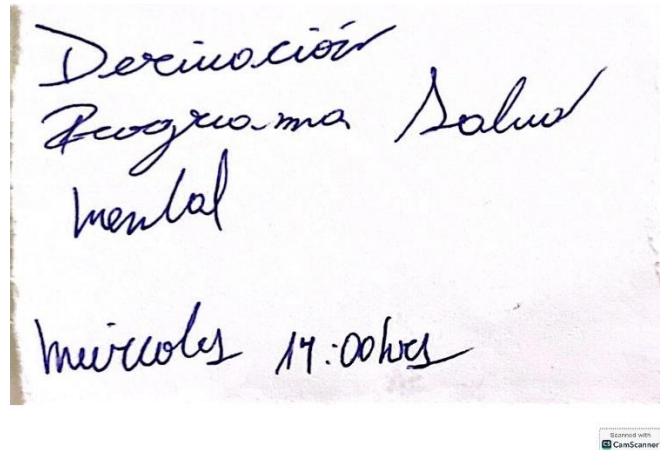
Dicha pesquisa considera la evaluación de factores de riesgo como: presencia de síntomas depresivos o ansiosos, episodios de violencia intrafamiliar, consumo problemático de sustancias, aislamiento social, duelos no resueltos, sobrecarga del rol cuidador, conflictos familiares, entre otros determinantes sociales de la salud.

Cuando la Trabajadora Social identifica indicadores relevantes que ameriten una intervención en el ámbito de la salud mental, procede a la derivación directa al Programa de Salud Mental, mediante coordinación interna con el equipo correspondiente. En estos casos, y con el fin de asegurar una respuesta oportuna, se gestiona además una atención médica para la evaluación clínica y eventual inicio de tratamiento farmacológico, según lo determine el criterio del profesional médico.

Actualmente, se utiliza un documento derivativo informal como mecanismo operativo para canalizar a los usuarios hacia la toma de hora en SOME central, facilitando así la gestión de su ingreso formal al programa. Este documento es emitido por el médico general cuando, según criterio clínico, considera pertinente la

derivación debido a la presencia de sintomatología compatible con trastornos de salud mental, factores psicosociales de riesgo o necesidad de seguimiento especializado.

Imagen 1. Documento derivativo informal. Tomada de centro de salud familiar La Floresta, 2024.



Derivación
Programa Salud
Mental
miércoles 17:00hs

Tras la derivación, el usuario se dirige a SOME central, donde el equipo administrativo agenda una nueva hora médica específicamente orientada a la atención en salud mental. En algunos casos, especialmente cuando ya se ha realizado un primer control médico, la derivación puede conducir directamente a la atención con el/la psicólogo/a o trabajador social, según la estrategia de intervención definida por el equipo de salud.

c) Ingreso al programa de salud mental.

Asimismo, se observa en el flujograma que, tras las derivaciones correspondientes, el **ingreso formal al Programa de Salud Mental en Atención Primaria es efectuado por el médico del sector**, quien tiene la responsabilidad de realizar la evaluación clínica inicial, aplicando los instrumentos diagnósticos definidos en las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud. Posteriormente, el profesional establece el diagnóstico correspondiente e ingresa al usuario al Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), el cual asegura el acceso oportuno, la calidad

de la atención y la protección financiera en el tratamiento de los problemas de salud mental priorizados, tales como la depresión en personas de 15 años y más o la esquizofrenia en mayores de 15 años (Ministerio de Salud, 2019; 2021).

En esta consulta el médico deriva a los usuarios a retirar carné de control y seguimiento, en SOME central del sector, el cual contiene tres secciones, este documento cumple una función esencial en el registro, monitoreo y trazabilidad del proceso terapéutico, permitiendo una articulación efectiva entre los distintos profesionales del equipo de salud.

- **En la primera sección:** del documento incluye, la identificación durante el usuario, el carné consigna los datos personales del usuario, lo cual facilita su identificación y vinculación directa con el registro clínico institucional.
- **En la segunda sección:** se encuentra el control farmacológico, en ella se documentan las fechas de entrega de medicamentos psicotrópicos, las indicaciones asociadas al tratamiento y la fecha estimada para la renovación o extensión de la receta médica. Esta información permite asegurar la continuidad del tratamiento, evitar interrupciones terapéuticas y mantener un seguimiento riguroso del cumplimiento farmacológico
- **En la tercera sección:** se encuentra una estructura dividida en tres columnas, correspondientes a los diferentes profesionales que integran el equipo del Programa de Salud Mental: psicólogo/a, trabajador/a social y médico/a. En cada columna se registran las fechas de los controles realizados con el profesional correspondiente. Estas anotaciones son realizadas por quien atiende al usuario en primera instancia y permiten gestionar derivaciones internas según el diagnóstico y la estrategia de intervención definida.

d) Derivación de medico a profesionales del programa.

Una vez realizado el ingreso al Programa de Salud Mental, los usuarios son derivados por el médico del sector a la primera entrevista con el o la psicóloga, así como al control de salud mental con la profesional de Trabajo Social. Habitualmente, se recomienda agendar ambas horas de manera paralela, favoreciendo una atención integral e interdisciplinaria. Sin embargo, en la práctica, se observa que las horas disponibles con Trabajo Social suelen ser más accesibles, dado que su agenda permanece abierta de forma continua, a diferencia de la agenda de psicología, que se habilita únicamente ciertos días, generalmente los miércoles, y con cupos limitados.

Esta situación genera, en algunos casos, frustración o confusión entre los usuarios, quienes desconocen el rol del Trabajo Social dentro del control de salud mental, lo que puede llevar a rechazar o postergar la atención, reproduciendo una visión fragmentada del abordaje psicosocial dentro del equipo interdisciplinario.

- **Primera entrevista por psicólogo/a:** Corresponde al primer espacio de evaluación clínica y vinculación terapéutica dentro del Programa de Salud Mental. Su objetivo principal es comprender la demanda del usuario o usuaria, identificar el motivo de consulta y evaluar su estado emocional y

psicosocial. En esta instancia, el o la profesional de psicología realiza la acogida inicial, levanta antecedentes personales y familiares relevantes, y aplica instrumentos clínicos orientados a la detección de síntomas y factores de riesgo. Asimismo, se establece una hipótesis diagnóstica inicial y se define el plan de intervención o derivación, promoviendo un abordaje integral y articulado con el resto del equipo de salud (Ministerio de Salud, 2019).

- **Control de salud mental por trabajador/a social:** Corresponde a una instancia de evaluación e intervención psicosocial, orientada a comprender las condiciones de vida, redes de apoyo y factores sociales que inciden en el bienestar mental del usuario o usuaria. Durante este control, el o la profesional de Trabajo Social recoge antecedentes sobre la situación familiar, laboral, habitacional y comunitaria, identificando posibles factores de vulnerabilidad o exclusión social que puedan estar influyendo en el malestar. Asimismo, se realiza una evaluación diagnóstica psicosocial que permite orientar acciones de acompañamiento, gestionar derivaciones interinstitucionales o beneficios sociales, y activar redes de apoyo formales e informales.

En este proceso, el rol del Trabajo Social adquiere especial relevancia, dado que aporta una mirada integral desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. A través del control de salud mental, el/la profesional trabajador/a social identifica y analiza factores estructurales y contextuales que inciden directamente en la situación de salud mental del usuario.

Figura 6. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead



Los determinantes sociales en salud (DSS) se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera significativa en su estado de salud y bienestar. Estas condiciones están determinadas, a su vez, por la distribución del poder, los recursos y las oportunidades dentro de una sociedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), los DSS incluyen factores como el nivel de ingreso, la educación, el empleo, las condiciones de vivienda, el acceso a servicios básicos, el entorno social y comunitario, así como las políticas públicas que configuran dichas condiciones.

Desde esta perspectiva, la salud no depende únicamente de factores biológicos o del acceso a servicios sanitarios, sino también de las desigualdades estructurales que afectan la vida cotidiana de las personas. Así, las poblaciones que enfrentan precariedad económica, exclusión social o entornos inseguros presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y menor capacidad de adherirse a tratamientos o procesos de recuperación.

En el ámbito del Trabajo Social en salud mental, el análisis de los determinantes sociales resulta fundamental para comprender las causas estructurales del malestar psicosocial y diseñar intervenciones integrales que trasciendan la atención clínica, abordando la injusticia social y las brechas de acceso desde un enfoque de derechos y equidad.

e) Control de salud mental por médico y psicólogo/a.

Posteriormente en el flujograma, se observa que los usuarios continúan su proceso mediante controles de salud mental con el médico y el psicólogo o psicóloga del programa. El médico del sector tiene la responsabilidad de indicar y supervisar el tratamiento farmacológico, realizando los ajustes pertinentes según la evolución clínica y la respuesta terapéutica del usuario o usuaria. Por su parte, el profesional de psicología efectúa controles periódicos de frecuencia mensual o semanal, según la complejidad del caso, orientados al seguimiento del proceso terapéutico, la evaluación del estado emocional y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y autocuidado.

El alta del usuario se determina de manera interdisciplinaria, aunque es el o la psicóloga quien evalúa la suficiencia de las intervenciones y define la continuidad o término del tratamiento, en coordinación con el resto del equipo de salud mental.

f) Derivación desde atención primaria de salud a extrasistemas en casos complejos.

Al final del esquema se puede observar las distintas derivaciones que realizan los profesionales desde la atención primaria de salud a extrasistemas como lo son el:

- **Urgencias del Hospital las Higueras:** envío de un usuario desde el CESFAM La Floresta al Servicio de Urgencia Psiquiátrica del Hospital Las Higueras, ocurre cuando el equipo de salud detecta una crisis emocional

o psiquiátrica grave, que requiere evaluación médica y contención inmediata en un nivel secundario o terciario de atención.

- **Centro comunitario de salud mental familiar (COSAM):** El COSAM es un dispositivo especializado de salud mental dependiente del Servicio de Salud, que trabaja con un enfoque comunitario e interdisciplinario. Está destinado a personas con trastornos mentales moderados o graves, o que necesitan intervenciones más intensivas que las que puede ofrecer el CESFAM.
- **Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Kelluwun):** es un dispositivo especializado de salud mental perteneciente al Servicio de Salud Talcahuano, que brinda atención ambulatoria secundaria a personas que requieren intervenciones más intensivas, prolongadas o especializadas que las que puede ofrecer la atención primaria (CESFAM).

Desde la perspectiva del Trabajo Social, el flujograma permite identificar los distintos puntos de intervención profesional a lo largo del proceso de atención, visibilizando momentos clave como el ingreso espontáneo, la evaluación psicosocial inicial, el acompañamiento en controles de salud mental, y la articulación de redes en casos que requieren apoyo intersectorial. El/la trabajador/a social se posiciona como un agente que facilita la comprensión integral del usuario, abordando no solo el síntoma o diagnóstico, sino también los determinantes sociales que influyen en su bienestar.

Asimismo, el flujograma evidencia la necesidad de fortalecer la coordinación interdisciplinaria entre médicos, psicólogos y trabajadores/as sociales, ya que cada uno aporta una mirada complementaria para la comprensión del malestar psicosocial. En este sentido, el Trabajo Social cumple un rol mediador entre el sistema de salud y la realidad cotidiana de las personas, articulando respuestas institucionales y comunitarias que favorezcan la continuidad del tratamiento y la adherencia terapéutica.

En conclusión, el flujograma no solo organiza las rutas de atención, sino que también visibiliza el aporte estratégico del Trabajo Social en la gestión de casos, la intervención en crisis, la activación de redes de apoyo y la promoción de derechos en salud mental. Su análisis permite comprender que una atención integral y humanizada requiere incorporar de manera efectiva la dimensión social en cada etapa del proceso, consolidando así el enfoque biopsicosocial y comunitario que orienta la labor del CESFAM La Floresta.

III. Marco teórico- conceptual

3.1 Marco teórico

3.1.1 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

Fue propuesto por el Ministerio de Salud de Chile, como parte de las reformas en el sistema de salud del país en la década de los 2000. Su desarrollo y aplicación en el contexto chileno ha estado influenciado por diversos profesionales de la salud y expertos en políticas públicas, quienes han trabajado en la conceptualización y aplicación de este modelo.

Este Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) es una estrategia que busca mejorar el bienestar de las personas, familias y comunidades mediante la provisión de servicios de salud centrados en la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El modelo se basa en la atención integral, la participación comunitaria y un enfoque biopsicosocial que contempla no sólo los aspectos físicos, sino también los sociales, psicológicos y culturales.

El Modelo se basa en la idea de que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social. Al enfocarse en la atención primaria, la participación comunitaria y un enfoque integral, este modelo busca garantizar una atención de salud equitativa y accesible, fortaleciendo la resiliencia de las familias y comunidades ante los desafíos de salud.

El MAIS corresponde al conjunto de acciones que contribuyen a la atención eficiente, eficaz y oportuna, cuyo centro son las personas y sus necesidades en salud, que son consideradas en su integralidad física y mental como miembros pertenecientes a familias y comunidades en constante adaptación e integración a medios físicos, sociales y culturales (García, Barros, Quiroz, et al., 2018)

El modelo MAIS se utiliza en el procedimiento de ingreso al programa de salud mental para garantizar un enfoque integral en la atención. Permite evaluar de manera sistemática las necesidades de salud de los pacientes, considerando dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. A través de esta evaluación, se pueden diseñar planes de intervención más efectivos y personalizados, promoviendo una atención más completa y centrada en la persona.

3.1.2 Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial constituye un enfoque integrador que concibe la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. A diferencia del modelo biomédico tradicional centrado únicamente en los aspectos físicos del individuo, este paradigma reconoce que el bienestar de las personas está profundamente influido por su estado emocional y su entorno social. Así, factores como el estrés emocional, las experiencias de vida adversas o las condiciones socioeconómicas pueden impactar directamente en la aparición, evolución y tratamiento de diversas enfermedades (Merino-Lorente, 2023).

El modelo biopsicosocial en el trabajo social y en el ingreso al programa de salud mental sirve para comprender y abordar la complejidad de los problemas sociales y de salud de las personas, ya que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, permitiendo a los trabajadores sociales evaluar y diseñar intervenciones más efectivas. Este enfoque ayuda a identificar cómo las interacciones entre estos

factores influyen en el bienestar del individuo, promoviendo un abordaje holístico que considera el contexto social y las circunstancias personales en la intervención y el apoyo a los usuarios.

La trabajadora social juega un papel fundamental dentro de este modelo en la atención primaria de salud, pues su formación está enfocada en identificar y abordar los factores sociales que afectan la salud de los pacientes. Esto incluye no solo la salud física, sino también la salud mental y emocional. En la intervención se identifican y abordan factores sociales como la pobreza, la violencia, o el acceso limitado a recursos, que pueden afectar significativamente la salud de los pacientes. Además, se trabaja de manera colaborativa con otros profesionales de salud, ofreciendo apoyo emocional, asesoramiento, y ayudando a las personas a superar barreras sociales y económicas. Su rol es crucial no solo en el tratamiento individual, sino también en la construcción de redes de apoyo y en la promoción de la salud dentro de la comunidad, contribuyendo a un enfoque integral que mejora el bienestar de la población en general.

3.1.3 Modelo de determinantes sociales de la salud

Este enfoque plantea que la salud y la enfermedad están profundamente influenciadas por las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Factores como la pobreza, la discriminación, la violencia o el acceso limitado a servicios básicos pueden impactar directamente en el bienestar mental. El abordaje desde este modelo requiere estrategias intersectoriales, políticas públicas inclusivas y un enfoque de equidad sanitaria (Solar & Irwin, 2010; OMS, 2008).

Factores que Influyen en la Salud Mental:

- Factores biológicos: predisposición genética, alteraciones neuroquímicas, enfermedades crónicas.

- Factores psicológicos: manejo emocional, experiencias traumáticas, desarrollo de la personalidad, resiliencia.
- Factores sociales: pobreza, violencia, acceso limitado a servicios, calidad del entorno familiar y comunitario.
- Factores culturales: estigmatización, creencias sobre la enfermedad mental, discriminación estructural.

Estos últimos elementos son componentes centrales del enfoque de los determinantes sociales de la salud, el cual sostiene que las condiciones estructurales y materiales en que viven las personas influyen decisivamente en su bienestar mental (Solar & Irwin, 2010; OMS, 2008).

Cada uno de estos modelos aporta elementos clave para comprender y orientar las prácticas en salud mental en el primer nivel de atención. En la experiencia sistematizada en el CESFAM La Floresta, se observa una coexistencia de enfoques, donde predomina el modelo biopsicosocial y comunitario, pero con componentes del enfoque biomédico, especialmente en etapas de diagnóstico y tratamiento farmacológico. La incorporación del modelo de determinantes sociales, desde el Trabajo Social, fortalece la mirada integral y permite visibilizar los factores estructurales que condicionan los procesos de salud-enfermedad.

3.2 Marco conceptual

Para facilitar la comprensión de esta sistematización, se presentan a continuación conceptos clave relacionados con el ámbito de la salud mental y su abordaje desde la Atención Primaria. Estos elementos permiten contextualizar la intervención y comprender el marco desde el cual se construye el análisis de resultados.

3.2.1 Usuario/a

En el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), el usuario/a corresponde a la persona que accede voluntariamente o por derivación a los servicios de salud, ya

sea por una necesidad física, psicológica o social. En el ámbito de la salud mental, el/la usuario/a es quien establece una relación terapéutica con el equipo multidisciplinario con el objetivo de recibir acompañamiento, diagnóstico, tratamiento y orientación especializada en función de su bienestar integral (Ministerio de Salud, 2012).

3.2.2 Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Esta definición destaca que la salud mental no se limita a la ausencia de trastornos, sino que comprende un equilibrio dinámico entre el individuo, sus emociones y su entorno social.

3.2.3 Control de salud mental

Corresponde a un proceso continuo de atención clínica, psicológica y psicosocial, orientado a monitorear el estado de salud mental de una persona. Este control considera la evaluación de síntomas, ajuste de tratamientos farmacológicos, seguimiento psicoterapéutico y coordinación con redes de apoyo, con el objetivo de prevenir descompensaciones, favorecer la adherencia al tratamiento y promover la estabilidad emocional del usuario/a (Ministerio de Salud, 2017).

3.2.4 Atención Primaria de Salud (APS)

La Atención Primaria de Salud constituye la base del sistema sanitario chileno. Se orienta a garantizar el acceso universal y equitativo a la atención, priorizando la promoción, prevención y recuperación de la salud desde un enfoque territorial, familiar y comunitario (Ministerio de Salud [MINSAL], 2024). En este nivel, se desarrollan acciones interdisciplinarias que buscan resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, incluyendo la atención en salud mental.

3.2.5 Programa de Salud Mental

El Programa de Salud Mental de la APS tiene como finalidad promover, prevenir y tratar los trastornos mentales y del comportamiento, garantizando una atención oportuna, integral y basada en derechos humanos. Según las Orientaciones Técnicas del MINSAL (2023), este programa busca fortalecer el bienestar emocional, la autonomía y la calidad de vida de las personas, promoviendo la atención continua y coordinada entre los diferentes niveles de atención en salud.

3.2.6 Trabajo Social en Salud Mental

El Trabajo Social en el ámbito de la salud mental desempeña un papel esencial en la comprensión y abordaje de los factores sociales que inciden en la salud y el bienestar de las personas. Su labor se orienta a identificar determinantes sociales, fortalecer redes de apoyo, articular recursos comunitarios y promover la participación activa de los usuarios en sus procesos de atención (Arriagada & Palma, 2022).

El profesional de Trabajo Social actúa desde una perspectiva integral y de derechos, acompañando procesos terapéuticos, gestionando ayudas sociales, y promoviendo la inclusión social y la equidad en el acceso a los servicios de salud.

3.2.7 Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera directa en su salud física y mental (OMS, 2023). Factores como la situación económica, el nivel educativo, la vivienda, las redes sociales y el entorno laboral condicionan las oportunidades de bienestar. En el trabajo social en salud mental, el reconocimiento de estos determinantes es clave para diseñar intervenciones que aborden las causas estructurales de los problemas de salud y no solo sus manifestaciones individuales.

3.2.8 Derivación y Continuidad de la Atención

La derivación corresponde al proceso mediante el cual un usuario es orientado desde un nivel o programa de atención a otro, con el fin de recibir una atención más especializada o acorde a sus necesidades (MINSAL, 2023). En el Programa de Salud Mental, este proceso permite garantizar la continuidad de la atención, evitando la fragmentación del tratamiento y facilitando el trabajo interdisciplinario entre distintos dispositivos de salud, como el COSAM o el Hospital de Higuera.

3.2.9 Redes de apoyo

Las redes de apoyo son el conjunto de relaciones formales e informales que una persona mantiene con su entorno y que le brindan apoyo emocional, material o instrumental en momentos de necesidad (Barría & López, 2022). En salud mental, fortalecer estas redes es fundamental para favorecer la adherencia a tratamientos, prevenir recaídas y fomentar la autonomía del usuario.

IV. Estado del Arte

El presente estado del arte tiene por objetivo contextualizar teórica y críticamente el rol del Trabajo Social en el campo de la salud mental, especialmente en el primer nivel de atención. A través del análisis de literatura reciente, se busca comprender los principales debates, tensiones y desafíos que enfrenta la disciplina en su vinculación con las políticas públicas, las prácticas institucionales y los determinantes sociales de la salud.

4.1 Trabajo Social en Salud: Tiempos de exclusión e incertidumbre, autores Paola Marchant Araya, Sonia Brito Rodríguez, Rosa Inostroza Cifuentes y Karla González Suitt, en la Revista de Trabajo Social, número 98 (2023).

Este artículo ofrece una reflexión profunda sobre la trayectoria histórica del Trabajo Social en el sistema de salud chileno, destacando su rol en los procesos de promoción, prevención, intervención y rehabilitación. Las autoras subrayan que, pese a los aportes sostenidos del Trabajo Social, actualmente la profesión enfrenta

procesos de exclusión institucional, visibilizados en su omisión del Libro V del Código Sanitario, lo cual amenaza su reconocimiento formal en funciones esenciales de salud.

A su vez, se reconoce el avance que representa la Ley 21.331 sobre salud mental (2021), al incorporar a los/as trabajadores/as sociales como parte del equipo interdisciplinario. Sin embargo, se sostiene que aún persiste una desvalorización estructural de la disciplina. Esta discusión resulta pertinente para comprender cómo el ejercicio profesional se ve tensionado entre el compromiso ético con los sujetos y las barreras institucionales que restringen su accionar.

Este artículo enriquece la sistematización al aportar antecedentes teóricos sobre el rol del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, y permite problematizar las limitaciones estructurales enfrentadas por profesionales en contextos similares al CESFAM La Floresta.

4.2 Posiciones de trabajadoras sociales de primera línea en marcos político-institucionales de Salud Mental, Autor: Paz Valenzuela Rebolledo, Tesis de pregrado para el título de Trabajadora Social, Universidad de Chile, Departamento de Trabajo Social, 2020.

Este estudio aborda de manera crítica las posiciones que adoptan las trabajadoras sociales que se desempeñan en primera línea en dispositivos de salud mental. A través de un enfoque cualitativo, la autora visibiliza las tensiones entre el rol prescrito por las políticas públicas y el rol que se construye en la práctica profesional, en un escenario muchas veces marcado por precarización, alta carga asistencial y escaso reconocimiento.

La investigación permite reflexionar sobre las estrategias que desarrollan las profesionales para resistir y resignificar su lugar dentro del campo de salud mental, situando su práctica desde un enfoque ético-político y comunitario. Este análisis es relevante para esta sistematización, ya que ilumina cómo el Trabajo Social se

enfrenta a marcos institucionales restrictivos, y al mismo tiempo, es capaz de generar intervenciones significativas para los sujetos en situación de vulnerabilidad.

4.3 Salud Mental en Chile, Determinantes Sociales de la Salud y Desigualdad: ¿Cuáles son los Alcances de la Ley de Protección a la Salud Mental?, autoras: Valentina Vukusic Williams y Patricia Bravo Millas (Instituto Humaniza Santiago).Revista Vincularte (Revista Clínica y Psicosocial). Publicado en 2020 (entrada en Humaniza / Revista Vincularte).

Este artículo examina la elevada prevalencia de problemas de salud mental en Chile, vinculados directamente con los determinantes sociales de la salud y las condiciones de desigualdad estructural. Las autoras analizan críticamente los avances y limitaciones de la Ley 21.331 sobre protección de la salud mental, destacando que, aunque representa un hito en términos de derechos, presenta debilidades en lo referente a financiamiento, cobertura y fortalecimiento de la red pública de atención.

La propuesta de análisis incorpora una visión interseccional de la salud mental, lo que permite comprender cómo factores como pobreza, género, precariedad laboral o exclusión territorial condicionan el bienestar psíquico. Además, pone en valor la necesidad de políticas públicas integrales y equipos interdisciplinarios capaces de abordar la complejidad de los casos.

En el marco de esta sistematización, este artículo permite articular los niveles macro (políticas, leyes, desigualdad) con los niveles micro (intervención en APS), y sustenta el enfoque biopsicosocial-comunitario que guía el accionar del Trabajo Social en el CESFAM La Floresta.

Estos tres textos permiten construir una visión integral sobre el rol del Trabajo Social en salud mental, desde una perspectiva crítica y situada. Se destaca la capacidad de la profesión para aportar a la construcción de redes, la promoción de derechos, la intervención en crisis y el acompañamiento de trayectorias complejas de vida. Al

mismo tiempo, se reconocen los desafíos institucionales, políticos y éticos que atraviesan la práctica cotidiana.

Este estado del arte entrega sustento conceptual y empírico al proceso de sistematización, y permite situar la experiencia analizada en un escenario más amplio, donde se entrecruzan el ejercicio profesional, las políticas públicas y las condiciones estructurales que afectan a los sujetos y sus comunidades.

V. Preguntas orientadoras de la sistematización

Las preguntas orientadoras constituyen herramientas fundamentales para guiar el proceso de análisis y reflexión en una sistematización. Su propósito principal es enfocar la atención en los aspectos esenciales del fenómeno estudiado, facilitando la organización del trabajo y la profundización en temáticas clave.

Durante el proceso de sistematización surgen tres interrogantes, que han permitido el desarrollo de los objetivos:

1. ¿Cuál es el rol que cumple el Trabajo Social en el ingreso y control del Programa de Salud Mental, en el sector rojo del Centro de Salud Familiar La Floresta?
2. ¿Qué facilitadores y obstaculizadores se han identificado en el proceso de ingreso y control de los usuarios al Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta?
3. ¿Cuáles son los nudos críticos presentes en el proceso de ingreso y control al Programa de Salud Mental, en el sector rojo del CESFAM La Floresta?

VI. Objetivos, objeto, eje y sub- ejes de la sistematización

6.1 Objetivo general

Sistematizar los aprendizajes sobre el rol del Trabajo Social en el ingreso y control del programa de Salud Mental, en el sector rojo del Centro de Salud La Floresta, durante el año 2024.

6.2 Objetivos específicos

1. Describir el rol que desempeña el trabajo social en el ingreso y control del programa de salud mental, del sector rojo, del CESFAM la Floresta, durante el año 2024.
2. Analizar los facilitadores y obstaculizadores en el ingreso y control de los usuarios al programa de salud mental, del sector rojo del CESFAM la floresta, durante el año 2024.
3. Examinar los nudos críticos que se presentan en el ingreso y control al programa de salud mental, del sector rojo, del CESFAM la Floresta, durante el año 2024.

6.3 Objeto

El objeto de sistematización corresponde a la experiencia profesional desarrollada por el Trabajo Social en el ingreso y control del Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta, sector rojo, durante el año 2024.

6.4 Eje

En el proceso de sistematización, los ejes cumplen un rol central, ya que nos permiten organizar y orientar la reconstrucción y análisis de la experiencia vivida durante la práctica profesional. A través de estos ejes, logramos identificar los aspectos más relevantes del proceso, facilitando una reflexión crítica y ordenada sobre el quehacer del Trabajo Social en el contexto intervenido.

Entendemos los ejes como categorías temáticas que surgen a partir de la experiencia misma, y que seleccionamos intencionadamente para profundizar en ciertos aspectos que consideramos significativos. Estos no solo nos ayudan a describir lo ocurrido, sino que nos permiten interpretar los hechos, comprender los aprendizajes y reconocer los desafíos enfrentados, tanto a nivel personal como profesional.

El eje de sistematización se define como “El rol del Trabajo Social en el ingreso y control del Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud”.

El rol del trabajador social en el contexto de salud mental se configura como un componente clave para la articulación integral de la atención. Su quehacer trasciende la mera asistencia, incorporando una mirada biopsicosocial que permite abordar tanto las dimensiones clínicas como las sociales que inciden en la salud mental del usuario. En este sentido, el/la trabajador/a social actúa como puente entre el usuario, el equipo clínico y las redes sociales, facilitando el acceso, continuidad y calidad del cuidado.

6.5 Sub-ejes

6.5.1 Funciones del Trabajador Social

El rol del/a trabajador/a social en el Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta se desarrolla desde un enfoque biopsicosocial y comunitario, donde la intervención profesional se orienta a la promoción del bienestar integral, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la reducción de las brechas generadas por los determinantes sociales de la salud. En este contexto, su labor se articula en tres momentos principales: preingreso, ingreso y control, los cuales permiten abordar la complejidad de las situaciones de salud mental desde una perspectiva integral y contextualizada.

- **Preingreso:** En esta etapa, el/la trabajador/a social cumple una función clave en la pesquisa social temprana, mediante visitas domiciliarias, atención de demanda espontánea o consultas sociales derivadas desde otros programas. Su objetivo es detectar factores de riesgo psicosocial como violencia intrafamiliar, desempleo, consumo problemático de sustancias, hacinamiento o aislamiento social que pueden incidir negativamente en la salud mental. En caso de identificar necesidades específicas, gestiona derivaciones oportunas al Programa de Salud Mental, articulando con el médico del sector para la evaluación clínica y posible inclusión en el programa. Esta etapa permite

anticipar problemáticas complejas, evitando su cronificación y fortaleciendo la intervención preventiva, uno de los ejes centrales del modelo de atención primaria en salud (Ministerio de Salud, 2017).

- **Ingreso:** Durante el ingreso formal al programa, el/la trabajador/a social realiza una evaluación diagnóstica integral, considerando las dimensiones familiares, económicas, habitacionales y relacionales del usuario/a, además de posibles vulneraciones de derechos o carencias en las redes de apoyo. Esta evaluación permite identificar los determinantes sociales de la salud que influyen en la situación del usuario, entendidos como las condiciones estructurales, materiales y simbólicas que afectan el bienestar de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Factores como la pobreza, el nivel educativo, el entorno laboral o la discriminación pueden agravar los síntomas o dificultar la adherencia al tratamiento.

Con base en este análisis, el/la trabajador/a social formula un plan de intervención psicosocial individual o familiar, que puede incluir acompañamiento terapéutico, apoyo en la gestión de beneficios sociales, orientación sobre redes de protección y articulación con otras instituciones del territorio, como el COSAM, OPD o programas municipales.

- **Control y seguimiento:** En la etapa de seguimiento, el/la trabajador/a social realiza controles de salud mental orientados al monitoreo de la evolución psicosocial del usuario/a, evaluando avances, retrocesos o nuevas necesidades. Su rol implica acompañamiento emocional, contención en crisis, reforzamiento de redes familiares o comunitarias, y coordinación permanente con el equipo interdisciplinario (psicólogo, médico, terapeuta ocupacional, enfermera, entre otros).

Asimismo, identifica nuevos factores de riesgo o determinantes sociales emergentes, como pérdida de empleo, conflictos familiares o deterioro del entorno habitacional, que puedan afectar el proceso de recuperación o adherencia al tratamiento. En estos casos, activa los mecanismos de apoyo

disponibles dentro del CESFAM o a nivel intersectorial, contribuyendo a la continuidad del cuidado y al fortalecimiento del vínculo terapéutico.

De este modo, el Trabajo Social en salud mental cumple una función estratégica, ya que permite traducir las problemáticas individuales en expresiones de desigualdad social, articulando respuestas integrales que promueven la equidad, la participación y la inclusión social, principios fundamentales del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2017).

6.5.2 Valoración de la función

La valoración del rol del trabajador social se realiza tanto desde la percepción interna del equipo de salud como desde la experiencia directa de los usuarios. Se destaca la contribución del Trabajo Social en la promoción de un enfoque integral, facilitando la comprensión de las complejidades sociales que influyen en la salud mental, y generando espacios de contención y orientación para los usuarios y sus familias. Asimismo, se reconoce que la función del trabajador social potencia la coordinación intersectorial y mejora la calidad de la atención en salud mental.

6.5.3 Nudos críticos

Dentro de los nudos críticos identificados en el Programa de Salud Mental del Sector Rojo del CESFAM La Floresta durante el año 2024, se evidencian diversas dificultades de carácter administrativo que afectan tanto el proceso de ingreso como el de control de los usuarios. Estas dificultades se relacionan, en primer lugar, con la excesiva burocratización de los procedimientos, lo que implica una sobrecarga de formularios, tiempos prolongados de espera para validar datos y la necesidad de múltiples instancias de derivación antes de acceder efectivamente a la atención.

En segundo lugar, se observa una fragmentación en la gestión de la información, producto de sistemas digitales y manuales que no siempre se encuentran articulados, generando duplicación de registros, pérdida de antecedentes

relevantes y retrasos en la coordinación entre profesionales. Esto repercute directamente en la fluidez del proceso de ingreso y en la calidad de los controles posteriores.

Asimismo, las dificultades administrativas se expresan en la escasez de personal destinado a la gestión del ingreso y control, lo que deriva en largas listas de espera y en una atención percibida por los usuarios como lenta o poco eficiente. Este déficit de recursos humanos administrativos no solo incide en la organización interna, sino también en la satisfacción y confianza de las personas que buscan atención en salud mental.

Finalmente, estas trabas administrativas limitan la continuidad y oportunidad de la atención, constituyéndose en un obstáculo significativo para el acceso oportuno a intervenciones terapéuticas, afectando la experiencia de los usuarios y tensionando el trabajo de los equipos profesionales

En la práctica profesional, se identifican diversos nudos críticos que dificultan el desarrollo óptimo del rol del trabajador social, tales como la falta de recursos materiales y humanos, cargas asistenciales elevadas, limitaciones en la formalización de protocolos de derivación y seguimiento, y dificultades para articular con redes sociales comunitarias. Estos obstáculos generan tensiones que afectan tanto la calidad de la intervención como la satisfacción de los usuarios, evidenciando la necesidad de fortalecer las condiciones institucionales para un ejercicio profesional más efectivo y sostenido.

VII. Marco metodológico

7.1 Actores

Los participantes de esta sistematización corresponden a los actores clave que intervienen directa o indirectamente en el proceso de ingreso y control del Programa de Salud Mental del sector rojo del CESFAM La Floresta. Su incorporación es

esencial para garantizar una visión integral, reflexiva y plural de la experiencia, enriqueciendo el análisis con múltiples perspectivas profesionales y vivenciales.

- **Equipo de Salud Mental del sector rojo, del CESFAM la Floresta:** Está compuesto por profesionales interdisciplinarios que incluyen médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y otros especialistas. Este equipo es responsable de la evaluación clínica, el diseño y ejecución de los planes de intervención, seguimiento y apoyo a los usuarios. Su participación aporta información técnica y práctica esencial para comprender los procedimientos, desafíos y estrategias implementadas en el programa.
- **Trabajadora Social del sector rojo, del CESFAM la Floresta:** Como parte fundamental del equipo, los/as trabajadores/as sociales aportan una perspectiva centrada en los determinantes sociales, recursos y redes de apoyo, y la articulación con otros servicios sociales y comunitarios. Su experiencia en la gestión de casos y en la intervención psicosocial es clave para comprender el impacto de las intervenciones y las dificultades presentes en el proceso.
- **Estudiante en práctica profesional:** Estudiante de Trabajo Social que realiza prácticas en el CESFAM La Floresta, contribuye con la recolección de información a través de observación participante, entrevistas y revisión documental. Su rol permite una mirada fresca y crítica, además de favorecer la sistematización reflexiva de la experiencia.

Desde esta perspectiva, la sistematización se configura como un proceso investigativo-reflexivo que, más que describir, interpreta y resignifica la práctica profesional, permitiendo a los actores involucrados comprender su quehacer, aprender de la experiencia y proyectar mejoras transformadoras para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario en salud mental.

Tal como señalan Casajús-Murillo y Gargallo (2018), “La sistematización de experiencias es el resultado de la reconstrucción de una vivencia concreta, que

revela la lógica y el sentido de lo sucedido, proporcionando un análisis e interpretación crítica que permite generar conocimientos y aprendizajes desde la propia práctica, con miras a la transformación social” (p. 60).

7.2 Técnicas e instrumentos

La sistematización empleó una combinación de técnicas cualitativas seleccionadas por su pertinencia para reconstruir procesos vividos, identificar patrones significativos y promover la reflexión crítica en torno al ejercicio del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

De acuerdo con lo planteado por Castañeda (2014), la recolección de datos en una sistematización se desarrolla en dos fases complementarias. La primera corresponde a la revisión documental, que se realiza “a partir de los registros de la experiencia” (p. 108), tales como informes, fichas y documentos institucionales. La segunda fase considera la reconstrucción de la experiencia, mediante técnicas que permiten recuperar la vivencia en sus diversas dimensiones, integrando las percepciones, aprendizajes y reflexiones de los actores involucrados en el proceso.

7.2.1 Revisión documental

La revisión documental constituye una herramienta metodológica fundamental, ya que permite comprender el contexto institucional del programa de salud mental, reconstruir las acciones desarrolladas y sustentar su análisis crítico con base en documentos oficiales. Esta técnica enriquece la sistematización al integrar la experiencia con evidencia escrita, fortaleciendo la reflexión sobre el rol del Trabajo Social en el proceso de ingreso al programa.

Según Arias (2006), la revisión documental es un proceso que se basa en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, aquellos obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales, ya sean impresas, audiovisuales o electrónicas. Este proceso tiene como propósito aportar nuevos conocimientos al área de estudio.

7.2.2 Entrevista Semiestructurada Individuales

La entrevista es una herramienta de gran utilidad, ya que es una forma eficaz de obtener información de los agentes locales. Fue utilizada por Catherine Dawson, en su obra sobre métodos cualitativos de investigación y en general, muchos investigadores en el campo de la investigación cualitativa, como David Silverman, Norman K. Denzin, y Yvonna S. Lincoln, han propuesto y trabajado con la técnica de la entrevista semiestructurada dentro de sus enfoques sobre metodologías cualitativas.

Una entrevista se considera una conversación formal y lleva implícitos los objetivos englobados dentro de una investigación. Las entrevistas se pueden clasificar según su diseño y estructura, en el rescate de la experiencia se utilizó la entrevista semiestructurada la cual se basa en que el investigador determina con anterioridad la información relevante que quiere obtener, de manera que sus preguntas son abiertas y le permite ir entrelazando temas. Supone un mayor esfuerzo para el investigador poder enlazar y encauzar los temas.

La entrevista semiestructurada es una herramienta muy útil en una sistematización porque permite recopilar información cualitativa que ayuda a entender en profundidad las experiencias, percepciones y aprendizajes de los involucrados en un proyecto o intervención. Por otro lado, aporta contexto sobre los procesos y dinámicas que han tenido lugar, lo que ayuda a identificar factores clave que han influido en los resultados del proyecto, permitiendo analizar lo que funcionó bien y lo que no.

7.2.3 Línea del tiempo

Una línea de tiempo en una sistematización, utilizada por María José Ríos, la cual permite organizar los eventos y procesos de manera cronológica, facilitando la comprensión del desarrollo de un proyecto o intervención. En el contexto de una sistematización, su utilidad incluye la visualización del proceso, un análisis de cambios y transiciones importantes, la identificación de hitos, la evaluación y

comparación la cual puede servir para evaluar si los plazos del programa se han cumplido y la mejora en la comunicación ya que ayuda a que los participantes y partes interesadas visualicen claramente cómo se ha desarrollado el proyecto, facilitando su comprensión y la comunicación entre ellos.

La realización de esta técnica se efectuará en el Centro de salud la floresta en Hualpén, en conjunto de los trabajadores sociales del sector rojo:

- La actividad iniciará con la presentación de los participantes y de explicar la actividad.
- Se expone el propósito de la sistematización a desarrollar y la importancia de la técnica.
- Ordenar el espacio y materiales a utilizar.
- Realizar lluvia de ideas, anécdotas, experiencias para identificar los acontecimientos cronológicamente.
- Se ordenan los acontecimientos a través de preguntas abiertas para que la participación sea más fluida.
- Concluye con una lectura, repaso de la línea de tiempo, para verificar información.

Dentro de los materiales y condiciones necesarias para la realización de la línea de tiempo, se necesita, un espacio para reunirse, cartulinas, papel Kraft o cartulina, una regla, plumones de colores, post-it, cinta adhesiva y bebestibles, galletas, entre otros

7.3 Plan de Análisis

El proceso del plan de análisis se desarrolló en base a las técnicas cualitativas seleccionadas, las cuales fueron: revisión documental, entrevistas semiestructuradas, bitácora de observación y línea de tiempo. A través de estas herramientas se buscó reconstruir y comprender de manera reflexiva la experiencia profesional vivida en el ingreso y control del Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta, sector rojo, durante el año 2024.

El análisis de la información se realizó de manera participativa junto a la profesional tutora y otros integrantes del equipo de salud mental, quienes contribuyeron a la validación de los hallazgos y a la generación de propuestas orientadas al fortalecimiento del rol del Trabajo Social dentro del programa.

En este contexto, el eje de sistematización se centra en el rol del Trabajo Social en el proceso de ingreso y control del Programa de Salud Mental en atención primaria, abarcando la intervención psicosocial, la articulación intersectorial y la promoción del bienestar integral de los usuarios. Este eje se complementa con los objetivos específicos y las preguntas orientadoras, que guiaron la reflexión y el análisis de la información obtenida durante el proceso.

El primer paso para la realización del plan de análisis fue la planificación de las herramientas utilizadas para el levantamiento y análisis de los datos recolectados. Las técnicas seleccionadas, revisión documental, entrevistas semiestructuradas, línea de tiempo y bitácora de observación, las cuales fueron aplicadas con el fin de obtener una comprensión integral de las experiencias, percepciones y aprendizajes derivados del quehacer profesional.

En primer lugar, la revisión documental se realizó a partir de los registros institucionales del CESFAM La Floresta, específicamente del sistema de registro de atenciones, flujogramas de atención, fichas clínicas y orientaciones técnicas del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud. Esta revisión permitió identificar los procedimientos formales, los criterios de ingreso y control, y las principales líneas de acción del programa, ofreciendo un marco de referencia técnico y normativo para el análisis.

En segundo lugar, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con la trabajadora social del sector rojo, el psicólogo referente del programa y el médico encargado de realizar los ingresos de los usuarios al programa, quienes aportaron información relevante sobre la dinámica del trabajo interdisciplinario, las dificultades en la gestión de horas de atención, y la percepción de los usuarios respecto al rol del Trabajo Social. Estas entrevistas fueron fundamentales para comprender los

desafíos institucionales y las estrategias implementadas para mejorar la atención psicosocial.

En tercer lugar, se elaboró una línea de tiempo que permitió ordenar cronológicamente los principales hitos del proceso de atención del Programa de Salud Mental durante el año 2024. En esta herramienta se registraron momentos clave tales como la actualización del flujograma institucional, las modificaciones en la gestión de horas profesionales, paros de profesionales que afectan en las atenciones. Este ejercicio favoreció una mirada histórica y contextual del proceso analizado, facilitando la identificación de etapas críticas, aprendizajes y logros del equipo.

Estas técnicas, en conjunto, contribuyeron al cumplimiento de los objetivos específicos de la sistematización. A partir de estos registros se lograron identificar factores facilitadores y obstaculizadores que incidieron en la implementación del programa, tales como la sobrecarga de demanda, la escasez de recursos humanos y la importancia del acompañamiento psicosocial sostenido.

El uso articulado de las distintas técnicas permitió reconstruir la experiencia desde una mirada integral y participativa, fortaleciendo el proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional y visibilizando el valor del Trabajo Social en el fortalecimiento de la atención biopsicosocial dentro del sistema público de salud.

7.4 Validación de la información

La validación de la información utilizada en la sistematización se realizará de forma participativa junto al equipo de trabajo que ha estado directamente involucrado en la implementación del proyecto. Esta etapa permitirá verificar la pertinencia y fidelidad de lo documentado, identificar posibles omisiones y enriquecer el análisis con los aportes de los profesionales del programa.

Para garantizar la rigurosidad y coherencia del proceso de sistematización, se incorporaron estrategias de validación que permitieron contrastar y enriquecer la

información recolectada a lo largo de la experiencia de práctica profesional en el CESFAM La Floresta, específicamente en relación con el rol del Trabajo Social en el Programa de Salud Mental del sector rojo. La validación de la información se orientó a asegurar la credibilidad, pertinencia y consistencia de los datos analizados, considerando tanto su origen como su interpretación.

En este sentido, se recurrió a la triangulación de fuentes, utilizando distintos tipos de registros tales como bitácoras de práctica, notas de campo, entrevistas informales a profesionales, documentos institucionales y observaciones directas. Esta estrategia permitió contrastar los relatos individuales con los datos obtenidos en el contexto institucional, favoreciendo una interpretación más amplia y contextualizada. Asimismo, se realizó una revisión conjunta con la docente guía de la universidad y la profesional tutora del CESFAM, lo cual contribuyó a validar la pertinencia de las categorías analíticas construidas, así como la fidelidad del relato sistematizado con respecto a los hechos y aprendizajes efectivamente vividos.

VIII. Análisis de resultados

El análisis de resultados constituye una etapa central del proceso de sistematización, ya que permite dar sentido a la experiencia vivida durante la práctica profesional, a partir de una interpretación crítica y situada de los datos recopilados. Esta fase no solo implica organizar y describir la información, sino también reflexionar sobre los significados que emergen de ella, considerando los marcos institucionales, políticos y disciplinares en los que se desarrolla la intervención.

En este caso, el análisis busca comprender cómo se configura y desarrolla el rol del Trabajo Social en el Programa de Salud Mental del sector rojo del CESFAM La Floresta, con énfasis en las etapas de preingreso, ingreso y control de los usuarios/as. A través del estudio de prácticas, documentos, testimonios profesionales y observación directa, se examinan los aprendizajes, tensiones y desafíos que surgen en el ejercicio cotidiano del Trabajo Social en atención primaria, dentro de un contexto altamente demandante y con múltiples barreras estructurales.

Asimismo, este análisis permite visibilizar los aportes específicos de la disciplina en el abordaje integral de la salud mental, destacando su capacidad para identificar factores psicosociales, activar redes de apoyo, gestionar recursos y promover procesos de acompañamiento humanizados, centrados en la dignidad y derechos de los sujetos. Todo esto cobra especial relevancia en un contexto marcado por desigualdades sociales, exclusión y precarización de los servicios de salud, donde el Trabajo Social se posiciona como un agente estratégico de articulación, contención y transformación.

8.1 Línea de tiempo

Figura 7. Línea de tiempo de hitos relevantes en el ingreso y control del programa de salud mental. Elaboración propia de equipo salud mental y estudiantes de trabajo social, 2024.



Tabla 1. Resumen de hitos y aprendizajes de la línea de tiempo, año 2024.

La siguiente tabla presenta un resumen analítico de los principales hitos ocurridos durante el año 2024 en el Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta, sector rojo. Se destacan los acontecimientos más relevantes, su impacto en el desarrollo del programa y los aprendizajes significativos desde la perspectiva del Trabajo Social.

Mes	Hito o acontecimiento principal	Impacto en el Programa de Salud Mental	Aprendizaje desde el Trabajo Social
Enero	Cambio en el procedimiento de ingreso (de psicólogo a médico). Traslado de trabajadora social entre sectores.	Disminución de ingresos al programa y necesidad de reestructurar la coordinación interdisciplinaria.	Importancia de la comunicación y articulación entre profesionales ante cambios administrativos que afectan el acceso de los usuarios.
Febrero	Modificación de horarios de atención médica.	Mejora en la organización interna y mayor acceso de los usuarios a controles.	Relevancia de adaptar la gestión a las necesidades del territorio y usuarios.
Marzo	Cambio en modalidad de atención (atenciones semanales).	Mayor disponibilidad de atenciones y continuidad en los tratamientos.	Refuerza la necesidad del seguimiento psicosocial sostenido y la

			adherencia terapéutica.
Abril	Implementación del Programa de Demencia y paro gremial. Agresión a psicóloga.	Sobrecarga laboral y deterioro del clima organizacional.	Valor del autocuidado profesional y contención emocional en equipos de salud.
Mayo	Licencia médica de psicóloga. Operativo rural en Caleta Chome.	Disminución de cobertura psicológica; fortalecimiento del enfoque territorial.	Trabajo Social como puente entre la atención primaria y las comunidades rurales.
Junio	Temporales en la región y licencia prolongada de trabajadora social.	Ausentismo y dificultades en la adherencia de usuarios.	Los determinantes sociales y climáticos inciden en la continuidad de la atención.
Julio	Jornada de autocuidado profesional autogestionada.	Mejora del clima laboral y fortalecimiento del equipo.	La autogestión y cohesión grupal como estrategias de resiliencia institucional.
Agosto	Implementación de la plataforma TELESALUD.	Mayor accesibilidad a horas médicas y eficiencia administrativa.	Adaptación del Trabajo Social a herramientas tecnológicas para mejorar la gestión y comunicación.

Septiembre	Vacaciones del psicólogo encargado, subrogancia de trabajadora social y reestructuración interna.	Redistribución de funciones y continuidad operativa.	Reconocimiento del liderazgo del Trabajo Social en la gestión del programa.
Octubre	Stand en conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental.	Visibilización del programa y promoción comunitaria.	Relevancia de la sensibilización y trabajo comunitario en salud mental.
Noviembre	Paro gremial y primera jornada institucional de autocuidado.	Interrupción temporal de actividades y fortalecimiento del bienestar profesional.	Incorporar el autocuidado como componente estructural del trabajo en salud.
Diciembre	Jornada de programación anual del programa.	Reflexión sobre la gestión anual y planificación del nuevo periodo.	Necesidad de la evaluación continua y planificación participativa en el equipo.

8.2 Análisis de contenido

➤ Eje: Rol del trabajo social.

8.2.1 Sub-eje: Funciones.

➤ Ingreso

En la fase de ingreso, el médico reconoce el rol relevante del trabajador social en el abordaje de la salud mental señalando: ***“De verdad que encuentro que es bastante relevante ya que en este caso los problemas de salud mental uno busca un enfoque multidisciplinario”.***

Lo anterior se expresa especialmente en la evaluación psicosocial, donde identifica fortalezas vinculadas al manejo de temas económicos y sociales. Lo visualiza además como un articulador del equipo multidisciplinario, capaz de unificar miradas en torno al paciente, señalando: ***“Si yo lo veo como médico el psicólogo es su tema terapia, lo social es bastante importante porque afecta a veces directamente a lo que el paciente tiene y quizás las aptitudes que tiene los trabajadores sociales son más adecuadas que las que les podemos entregar nosotros a los pacientes”***

Asimismo, identifica el rol de evaluación psicosocial, al señalar: ***“a veces son patologías más agudas de cosas sociales o su nombre lo dice problemas en el hogar, temas monetarios, de cómo llegar a fin de mes, entonces a veces el trabajador social tiene mejores habilidades en este caso para guiarlos que nosotros los médicos incluso”***

Finalmente, refuerza la idea del rol articulador del Trabajo Social, al mencionar que este profesional contribuye a: ***“unificando al equipo multidisciplinario y ver al paciente como un todo”***

En efecto en el artículo “Habilidades del Trabajador(a) Social: Desde la mirada de su acción profesional” subraya múltiples competencias propias del Trabajo Social

que respaldan la afirmación del profesional médico: “las aptitudes que tienen los trabajadores sociales son más adecuadas que las que les podemos entregar nosotros a los pacientes”. Según el estudio, el trabajador social despliega una inteligencia emocional bien desarrollada como autoconocimiento, autocontrol, empatía y relaciones interpersonales adecuadas que favorece el trabajo en equipo, la resolución de conflictos y el liderazgo en contextos complejos. Además, se destaca su capacidad de adaptación, creatividad, comunicación motivadora y habilidades para mediar, lo que le permite conducir diálogos con distintos agentes, reconducir situaciones conflictivas y reformular ideas de modo constructivo. Estas competencias facilitan el abordaje psicosocial de los usuarios, por ejemplo, en áreas de difícil comprensión o sensibilización como los “temas monetarios, de cómo llegar a fin de mes”, pues el trabajador social parece estar mejor dotado para guiar en esos ámbitos que incluso algunos médicos. A su vez, la misma fuente señala que la función del trabajador social también se posiciona como articuladora, dada su capacidad para comunicar internamente al equipo multidisciplinario con coherencia y transparencia, facilitar el diálogo y coordinar acciones con enfoque sistémico. En su rol integrador, contribuye a que el equipo no opere como suma de partes aisladas sino como un conjunto que ve al paciente “como un todo”, dimensiones sociales, económicas, familiares y clínicas en la planificación de la atención.

La sistematización se sitúa en el marco del paradigma crítico-interpretativo, el cual busca comprender e interpretar la realidad social desde la experiencia concreta de los actores involucrados, promoviendo un análisis reflexivo, contextualizado y con sentido transformador. Este enfoque reconoce que el conocimiento no es neutral ni objetivo, sino situado, construido socialmente y vinculado a relaciones de poder.

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social se posiciona no solo como una disciplina técnica, sino como una práctica ética-política que busca contribuir a la justicia social, a través de procesos de intervención y conocimiento que den cuenta de las múltiples dimensiones que afectan a las personas y sus comunidades. La sistematización, en este sentido, se convierte en un acto de investigación desde la práctica, que recupera saberes, identifica aprendizajes y orienta procesos de mejora.

Asimismo, este paradigma valora la voz de los sujetos como fuente legítima de conocimiento, reconociendo la experiencia vivida como una base fundamental para comprender las dinámicas institucionales, territoriales y disciplinarias. En este trabajo, se prioriza la mirada de los profesionales, usuarios del CESFAM La Floresta, integrando sus relatos como insumos para la reconstrucción crítica del rol del Trabajo Social en el ingreso y control del Programa de Salud Mental.

El psicólogo complementa esta visión señalando que: **“el rol social es fundamental para comprender la integralidad de los problemas de salud mental, y destaca que en algunos CESFAM los trabajadores sociales son quienes realizan los ingresos al programa, dada la alta demanda”**, recalca que el trabajador social aporta en el discernimiento entre situaciones de ciclo vital normal y problemáticas que requieren intervención especializada, lo que permite una clasificación inicial más eficiente señalando: **“ingresan según flujograma por el médico, luego pasan primero por las trabajadoras sociales y ellas evalúan si lo que está sucediéndoles es una cuestión de ciclo vital normal que por lo tanto no necesita intervención y con una educación debería bastar o también evalúan si efectivamente hay una evaluación mayor y si pasan al psicólogo”**.

La trabajadora social, por su parte, enfatiza que su función es **“la atención directa de usuarios derivados a controles”**, incluyendo la exploración de vivienda, redes de apoyo, participación social y dinámica familiar, destacando que el ingreso debe integrar siempre la dimensión social.

Según las Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud (Comisión Nacional Trabajo Social y Salud, 2018), una de las funciones fundamentales del/la trabajador/a social es la atención directa a personas y familias, lo cual implica realizar diagnóstico social que incorpore vivienda, redes de apoyo, dinámica familiar, condiciones socioeconómicas, etc. Además, la Ley 21.331 y los últimos Lineamientos Técnicos, establecen que la atención en salud mental debe promover la inclusión social, la integración familiar y comunitaria, y considerar el entorno domiciliario como espacio privilegiado de intervención.

También el documento de Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud (Comisión Nacional Trabajo Social y Salud, 2018) señala que entre los ámbitos específicos del Trabajo Social en salud está la atención directa a personas y familias, incluyendo diagnóstico social, evaluación de redes de apoyo, condiciones domiciliarias y dinámicas familiares, como parte integral del abordaje social sanitario.

Estos respaldos indican que lo que plantea la trabajadora social es que el ingreso debe integrar siempre la dimensión social explorando vivienda, redes, familia, no es una adición opcional, sino un componente esencial de una intervención transformadora en salud mental.

En esta fase se observa que el rol del trabajador social es reconocido, pero no siempre visibilizado formalmente en los flujogramas de ingreso. Mientras los médicos y psicólogos lo identifican como aporte esencial, el propio equipo admite que ha habido resistencia histórica del colectivo profesional a asumir este espacio de control e ingreso, lo cual retrasó su consolidación. No obstante, la práctica muestra que el ingreso psicosocial es insustituible en tanto permite detectar factores sociales estructurales (económicos, familiares, comunitarios) que condicionan la evolución de la salud mental. Se configura así un rol diagnosticador y articulador, aunque con el desafío de reforzar la legitimidad institucional y su incorporación explícita en protocolos.

El ingreso psicosocial cumple una función diagnóstica esencial porque permite identificar determinantes sociales estructurales como la pobreza, la desigualdad, el nivel de educación, las condiciones de vivienda y de trabajo que afectan directamente la evolución de la salud mental. Como lo señala el estudio 'Los determinantes sociales y los problemas de salud mental', "los problemas de salud mental son significativamente afectados por distintos factores sociales, habitualmente englobados bajo la expresión 'determinantes sociales'.

En este informe se señala que, aunque el trabajo social ha tenido históricamente contribuciones en lo psicosocial y comunitario dentro del sistema de salud, existen

barreras normativas e institucionales que impiden su pleno reconocimiento formal (por ejemplo, la falta de inclusión explícita en el Código Sanitario).

Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (2025, 7 de agosto). Documento de trabajo: Caracterización de los profesionales de la salud en Chile. Santiago: Superintendencia de Salud.

En la etapa de ingreso, el rol del trabajador social se sitúa como función de acompañamiento y derivación, subordinada al ingreso médico formal. Si bien su aporte es reconocido como un insumo diagnóstico relevante, al identificar factores familiares, económicos y comunitarios que pueden incidir en el cuadro clínico, la estructura del programa delimita este rol a un lugar secundario frente a la decisión médica. Críticamente, esto evidencia una asimetría de poder profesional en el abordaje inicial: el trabajador social cumple funciones que resultan determinantes en la comprensión integral del paciente, pero no cuenta con la misma legitimidad para formalizar el ingreso. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, esto implica una tensión: se reconoce la relevancia de lo social en el bienestar del usuario, pero en la práctica se mantiene un modelo biomédico jerárquico, que relega lo social a un rol auxiliar más que a un eje articulador de la atención.

Efectivamente una de las labores de la trabajadora social es hacer la evaluación social, una de las funciones fundamentales del profesional de Trabajo Social en el ámbito de la salud es la realización de la evaluación social, entendida como un proceso técnico-profesional que permite identificar las condiciones de vida del usuario y los factores sociales que influyen directa o indirectamente en su estado de salud. Esta labor está basada en el enfoque de determinantes sociales, el cual reconoce que las condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el acceso a recursos, vivienda, educación, empleo, redes de apoyo y participación social tienen un impacto significativo sobre su bienestar físico y mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009). En ese sentido, la evaluación social que se realiza durante el proceso de ingreso o control de usuarios en salud mental permite visibilizar no solo la situación individual del paciente, sino

también las desigualdades estructurales que pueden estar incidiendo en la expresión de malestares subjetivos o en la adherencia a los tratamientos.

Este tipo de evaluación es coherente con el modelo de atención biopsicosocial que promueve el sistema de salud en Chile, y que busca superar la mirada reduccionista del modelo biomédico. Según Cohen y Morales (2008), el rol del trabajador social debe orientarse a “identificar los determinantes sociales de la salud que condicionan el acceso, adherencia y respuesta al tratamiento de los usuarios” (p. 76), generando intervenciones integrales que no se limiten a la enfermedad, sino que incorporen el contexto sociocultural del paciente. En la misma línea, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) reconoce la importancia de integrar la dimensión social en el abordaje de la salud mental en atención primaria, señalando que “el trabajo social debe contribuir activamente a identificar y reducir las barreras sociales que dificultan el acceso a la atención” (MINSAL, 2018, p. 32). De este modo, la evaluación social basada en los determinantes sociales no solo es una tarea técnica, sino también una herramienta crítica y transformadora, que posiciona al Trabajo Social como un actor clave en la garantía del derecho a la salud y en la promoción de la equidad sanitaria.

➤ **Control**

En la fase de control, el médico plantea que: ***“la participación del trabajador social necesita un poco más de visibilidad, quizá a nivel de flujograma, del control o del ingreso al programa debería tener más seguido”***, enfatizando la necesidad de fortalecer su presencia en los distintos momentos del proceso de atención.

Asimismo, señala que: ***“el control no debe ser solamente como esta una visita al inicio, que es lo principal la que hacen, quizás más adelante correspondería que sea un control anual como para ver todo lo demás que falta, aparte de lo farmacológico y psicológico que vemos en los controles”***. Con ello, sugiere la importancia de incluir evaluaciones periódicas desde el enfoque social, que complementen los controles médicos y psicológicos habituales.

Por su parte el psicólogo destaca que: **“el rol social es clave en la continuidad del tratamiento, tanto en la estabilización del usuario como en la contención emocional y prevención de riesgos suicidas”**. Desde su perspectiva, el control es una instancia que permite articular una mirada integral del proceso terapéutico, complementando la labor médica y psicológica.

En esa línea, el psicólogo subraya que **“es lo más relevante la cuestión social de la persona, donde se desenvuelve, aspectos económicos, familiar, redes de apoyo, es muy importante el nivel educacional para poder ver más o menos cuáles son los recursos cognitivos que tiene la persona para trabajar”**.

Sin embargo, el psicólogo realiza una observación crítica respecto a la historia del rol del trabajador social en los controles de salud mental. Señala que **“el rol es poco visualizado, pero es muy importante hasta hace un tiempo aquí al menos en el CESFAM, costaba mucho que las trabajadoras o trabajadores sociales hicieron control de salud mental porque ellos mismos no veían su rol dentro del control”**, aunque reconoce un avance hacia su integración.

La trabajadora social describe su rol en el control como **“super importante porque todas las como patologías de salud mental tienen un aspecto social”**. En ese sentido, define su labor como un trabajo centrado en el **“diagnóstico social actualizado, orientación, derivación, educación, y acompañamiento”** abordando las distintas dimensiones que inciden en la salud mental del usuario. Además, subraya que el control **“implica mirar al individuo, la familia y el entorno de manera integral”**, destacando que en su sector la visibilización del rol es “100% buena”.

El control refleja un espacio de consolidación del rol profesional, pero también de tensiones históricas. Si bien los equipos reconocen el valor del seguimiento psicosocial, existe la crítica de que la profesión en ocasiones se limitó a funciones asistenciales (ej. entrega de beneficios), descuidando la dimensión clínica social del control en salud mental, es así como el psicólogo señala: **“No solo debe preocuparse de entregar la cajita de alimentos, si no que efectivamente puede**

participar en la contención emocional, contención suicida, saber qué hacer y seguir un flujograma hasta lograr que la idealización suicida desaparezca, presentar casos consultorías y participar del proceso de intervención de una patología de salud mental". Actualmente, se observa un tránsito hacia un rol activo en el acompañamiento terapéutico, la contención y la prevención de riesgos, lo cual fortalece la complementariedad disciplinar. Persisten, no obstante, barreras estructurales como la falta de horas profesionales y la escasa formalización del rol en protocolos ministeriales, lo que resta continuidad y estabilidad a esta función.

El control puede leerse desde el MAIS, que plantea la necesidad de controles integrales periódicos para dar seguimiento a las múltiples dimensiones de la salud. El modelo de determinantes sociales explica la importancia de monitorear en el tiempo factores estructurales que afectan la adherencia y evolución del tratamiento. Finalmente, el modelo biopsicosocial sustenta la relevancia de los controles multidisciplinarios, en los que el trabajador social asume funciones no sólo asistenciales, sino también de evaluación continua, prevención y acompañamiento integral.

En la etapa de control, la valoración del trabajador social se expresa con mayor fuerza, al reconocerse su capacidad de complementar y ampliar la mirada médica y psicológica. En este espacio, el rol social se configura como evaluador psicosocial y articulador del equipo, aportando una visión integral del paciente. Sin embargo, pese a esta alta valoración, la interpretación crítica de la fase de control muestra que el desafío no radica sólo en reconocer discursivamente la relevancia del trabajo social, sino en institucionalizar su presencia dentro del protocolo de seguimiento, de manera que las intervenciones sociales tengan el mismo peso que las médicas y psicológicas en la continuidad del tratamiento.

➤ **Eje: Rol del trabajo social**

8.2.2 Sub-eje Facilitadores y obstaculizadores

➤ **Fase ingreso**

Facilitadores

En la fase de ingreso, los relatos de los profesionales evidencian que uno de los principales facilitadores del proceso se encuentra vinculado al “trabajo en equipo multidisciplinario”, elemento que aparece reiteradamente como un pilar en la práctica cotidiana. Esta característica, propia del enfoque integral del modelo de atención primaria, permite que el usuario sea abordado desde diversas perspectivas, favoreciendo una comprensión más completa de su situación de salud y de su contexto.

El médico permite identificar cómo el trabajo colaborativo entre distintas disciplinas emerge como un elemento clave que facilita el proceso de atención en la fase de ingreso.

El médico profesional destaca que uno de los principales facilitadores es: ***“la buena disposición de los distintos profesionales para atender pacientes, por ejemplo, cuando se ve un paciente en tema de morbilidad y requiere una atención psicológica a la brevedad, yo lo puedo conversar con el psicólogo del sector y le hace un espacio en su agenda y lo ve, o con la trabajadora social”***. Esta afirmación evidencia la fluidez en la comunicación y la coordinación interprofesional que caracteriza el funcionamiento del equipo dentro del CESFAM, donde la cercanía entre los profesionales y la disposición mutua permiten responder de forma oportuna y efectiva a las necesidades de los usuarios.

Desde la mirada del psicólogo, la inserción en el CESFAM aparece como un facilitador clave, ya que ***“la cercanía física y funcional con otros profesionales permite una atención más rápida y resolutive”***. Esta cita evidencia cómo la coordinación interprofesional fortalece la capacidad de respuesta del equipo frente

a las demandas de los usuarios, reduciendo tiempos de espera y favoreciendo la continuidad de los cuidados.

La trabajadora social complementa esta visión destacando la importancia del clima laboral y la disposición del equipo, afirmando que: **“la calidad humana y profesional del grupo, y especialmente la disposición del área de salud mental para apoyar, hacen que el ingreso sea un proceso mucho más fluido”**. Su testimonio resalta el componente relacional y actitudinal del trabajo en equipo, donde la confianza y la colaboración entre colegas se traducen en una atención más eficiente y empática hacia los usuarios.

Estos relatos permiten comprender que el ingreso no constituye una instancia aislada ni meramente administrativa, sino un proceso colectivo que se sostiene en la complementariedad disciplinar y en una cultura organizacional colaborativa. El intercambio, la comunicación constante entre los distintos profesionales no solo optimiza la atención, sino que también fortalece el sentido de pertenencia y corresponsabilidad en torno al cuidado de las personas.

Obstaculizadores

En la fase de ingreso, los relatos de los profesionales reflejan diversas limitaciones estructurales. El médico señala que: **“yo creo que principalmente las horas disponibles para atención y los escasos recursos”**, actores que repercuten directamente en la periodicidad de los ingresos y provocan retrasos en la atención. Esta observación pone de manifiesto un problema estructural asociado a la insuficiencia de recursos humanos y materiales, lo que restringe la capacidad del equipo para responder de manera oportuna a una demanda cada vez mayor. La limitada disponibilidad horaria no solo afecta la continuidad del cuidado, sino que también incide en la calidad del proceso de ingreso, al reducir las posibilidades de realizar evaluaciones integrales y coordinadas entre los distintos profesionales del equipo.

Por su parte, el psicólogo identifica como barrera la persistencia de una lógica administrativa desfasada, que **“sigue está lógica de que trabajadora social o psicólogo y psicóloga hacían el ingreso, entonces los administrativos están configurados en eso, viene una persona a pedir ingreso a salud mental y lo agendan igual con psicólogo o trabajadora social, por más que sociabilizamos que el sistema había cambiado”**. Esta situación evidencia una desarticulación entre la normativa vigente y la práctica cotidiana de los procesos administrativos.

A pesar de los esfuerzos del equipo por comunicar los cambios en el modelo de atención, persisten rutinas institucionales que operan bajo parámetros antiguos. Además, el psicólogo profesional señala que esto genera un cuestionamiento por parte de los usuarios, ya que **“los pacientes dicen porque si yo quiero hablar con psicólogo o la trabajadora social”**, lo cual refleja confusión tanto en funcionarios como en usuarios respecto de las nuevas modalidades de ingreso. Esta falta de alineación entre el enfoque del modelo biopsicosocial y las dinámicas administrativas reproduce tensiones internas y obstaculiza la implementación efectiva de un sistema más integral y centrado en la persona.

La trabajadora social, por su parte, agrega como dificultad **“que mis compañeros de trabajo no tienen muy claro que cuando llega una persona no se sabe explicar bien, entonces uno necesita un poco más de conocimiento en entrevista, saber lo que quiere o lo que necesita” y “y ausentismo de administrativos”**. Este aspecto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las competencias profesionales y de generar espacios de capacitación y reflexión conjunta sobre los objetivos del modelo de atención integral. Una entrevista inicial insuficiente o poco estructurada puede tener repercusiones significativas en la derivación y en la continuidad del proceso terapéutico, especialmente en casos de alta complejidad social o emocional.

Los obstáculos revelan tensiones entre la lógica del modelo biopsicosocial, que promueve una atención multidimensional, y la realidad organizativa, donde la falta de horas y la descoordinación administrativa reproducen inequidades en el acceso.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, estas limitaciones no son solo administrativas, sino que profundizan barreras de acceso, especialmente para usuarios en condiciones de mayor vulnerabilidad. En este sentido, aunque el rol de la trabajadora social y del equipo es valorado, persiste una brecha entre la intención del enfoque integral y la práctica cotidiana condicionada por recursos limitados.

➤ **Fase de control**

Facilitadores

En la fase de control, los profesionales enfatizan nuevamente como una fortaleza la presencia del equipo multidisciplinario. El médico describe que, ***“el equipo multidisciplinario que al final estamos controlando en tres áreas totalmente distintas pero que confluyen al final en el todo del paciente”***. destacando así la importancia de la articulación entre las distintas disciplinas y cómo esta colaboración permite abordar de manera integral las diversas dimensiones de la salud del usuario.

El psicólogo señala que la principal fortaleza ***“es trabajar en un Cesfam”, “los controles permiten resolver mucho más rápidos las cosas”*** y ***“los equipos nos hemos mantenido constante, entonces somos referencia para la gente, no todo pero la gran parte de la gente espera para poder sentirse de la peor forma para venir, si no que saben que nos pueden tocar la puerta y podemos generar una atención o un control más pronto, no es rígido esto”***, y ***“el respeto a salud mental somos muy pocos los interrumpidos, la gente hemos logrado instalar eso, la atención de los 50 minutos o si es muy urgente nos tocan la puerta”***.

Estas palabras reflejan cómo el trabajo en red y la estabilidad del equipo generan confianza en la comunidad usuaria, fortaleciendo el vínculo terapéutico y promoviendo una atención más accesible, flexible y centrada en las necesidades reales de las personas. Además, evidencian un cambio cultural tanto en los equipos

como en los usuarios, quienes reconocen al Cesfam como un espacio de apoyo y acompañamiento constante, más allá de la atención episódica o de urgencia.

La trabajadora social complementa este diagnóstico indicando que **“los controles permiten pesquisar más la situación que afecta al usuario, entonces llegan con una problemática, pero tal vez no lo es y eso es lo que le afecta”**, y también hace énfasis **“que por eso debemos tener habilidades para saber más, hacer las preguntas correctas, hacer una derivación”**.

En este sentido, los controles representan no solo un mecanismo de seguimiento, sino también una oportunidad de reorientar las intervenciones hacia un abordaje más integral y preventivo. En la fase de control se observa con mayor claridad la materialización del modelo biopsicosocial, pues las distintas disciplinas aportan miradas complementarias que permiten comprender al paciente como un todo.

Obstaculizadores

Los obstaculizadores se repiten con fuerza en esta etapa. El médico destaca: **“la sobrecarga de atenciones y la falta de horas disponibles”**, como la principal limitación, generando demoras y postergaciones de los controles. Estas condiciones repercuten directamente en la continuidad terapéutica, ya que los pacientes interrumpen sus tratamientos o no logran acceder a los seguimientos necesarios para su recuperación o control de patologías crónicas.

Por su parte, el psicólogo menciona **“hay va un tema que tampoco se visualiza, pero es los temas de espacio o el tema de formación”**, haciendo énfasis en que las dificultades no solo son materiales, sino también formativas. Señala además que: **“nos mandan hacer cursos muy generales, yo fui hacer un curso de prevención del suicidio y ya me sabía todo, entonces no hubo ninguna actualización”**, lo que evidencia una falta de capacitación pertinente y actualizada para abordar problemáticas específicas. Esta situación refleja una brecha entre las necesidades reales del equipo y la oferta de formación disponible, limitando el desarrollo profesional y la calidad de las intervenciones.

En tanto, la trabajadora social plantea obstáculos tanto a nivel institucional como en la relación con los usuarios. Señala que **“box no hay tantos eso como nivel CESFAM y a veces faltan los profesionales o no hay tantas horas”**, lo que revela una insuficiencia de espacios físicos y recursos humanos que dificulta la atención oportuna y privada. Respecto a los usuarios, la profesional indica que **“es difícil trabajar con algunos, que ellos no toman conciencia, siguen no se toman medicamentos, no hay una adherencia”**, destacando así los desafíos en la adherencia al tratamiento y en la generación de compromiso por parte de los pacientes, aspectos que influyen directamente en la efectividad del trabajo interdisciplinario.

En una lectura crítica, la fase de control pone en evidencia un desbalance entre la capacidad técnica del equipo y la estructura organizacional que sostiene el programa. Por un lado, el control es un espacio de valoración del rol profesional, donde se despliega la experticia de cada disciplina y se amplía la comprensión de la situación del paciente. Por otro lado, la carencia de recursos materiales y humanos para sostener esta periodicidad genera un circuito fragmentado, donde la calidad de la atención depende en gran medida del esfuerzo individual de los profesionales y no de un sistema estructurado que garantice la cobertura oportuna y eficiente.

Los obstaculizadores revelan tensiones con los determinantes sociales de la salud, ya que la falta de disponibilidad de horas, los problemas administrativos y la percepción social sobre quién debe realizar los controles reflejan desigualdades estructurales que limitan la efectividad del modelo integral.

8.2.3 Sub-eje nudos críticos

➤ Fase de ingreso

En la etapa de ingreso, uno de los nudos críticos identificados por el médico corresponde a **“la necesidad de capacitación más especializada para los trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental”**. Señala que, si bien el rol

social es importante, se requiere que estos profesionales cuenten con herramientas para diferenciar la gravedad de los casos y así establecer prioridades en la atención.

El psicólogo, por su parte, releva la falta de infraestructura como un obstáculo central, ya que la ausencia de box disponibles limita el número de ingresos posibles, generando listas de espera y desgaste profesional. Finalmente, la trabajadora social destaca la escasez de espacios y profesionales disponibles, lo que repercute en que no siempre sea posible atender a todos los usuarios que requieren apoyo desde el primer contacto. Además, enfatiza la “dificultad de adherencia de algunos pacientes”, quienes no siguen tratamientos o no reconocen su condición, afectando la eficacia del proceso inicial.

Los nudos críticos del ingreso revelan la tensión entre el modelo biopsicosocial y las condiciones materiales del sistema. Si bien se promueve una mirada integral, la falta de infraestructura y horas disponibles restringe la capacidad de concretar este enfoque. Asimismo, la observación del médico sobre la necesidad de formación específica refleja una brecha entre el perfil actual de los trabajadores sociales y las demandas del campo de la salud mental, lo cual dificulta consolidar el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS). Finalmente, los problemas de adherencia de usuarios expresan cómo los determinantes sociales de la salud, como nivel educativo, condiciones socioeconómicas y barreras culturales, impactan directamente en el acceso y continuidad de los tratamientos. En síntesis, los nudos críticos en esta fase muestran que la integralidad de la atención se ve condicionada tanto por factores estructurales (infraestructura, recursos humanos) como por factores socioculturales (adherencia y percepción de la salud mental).

➤ **Fase de Control**

En los controles, el psicólogo señala como principal obstáculo: **“falta de box disponibles y la sobrecarga de demanda”**, lo que se traduce en un desgaste emocional y físico de los profesionales, quienes muchas veces deben limitar la cantidad de usuarios atendidos. Asimismo, identifica que los **“cursos de capacitación a los que tienen acceso son demasiado generales”**, lo que limita

su utilidad para resolver situaciones específicas de salud mental en el seguimiento de pacientes.

La trabajadora social coincide en la **“escasez de espacios y horas profesionales”**, lo que impide asegurar la continuidad del tratamiento. Además, enfatiza la resistencia de algunos usuarios a seguir indicaciones médicas y sugiere la necesidad de implementar modalidades de atención telemática, lo que permitiría dar respuesta a situaciones de alta demanda o contextos de dificultad de acceso, como en casos de condiciones climáticas adversas.

En la fase de control, los nudos críticos evidencian nuevamente la distancia entre los postulados del modelo biopsicosocial, que busca un acompañamiento integral y continuo, y las limitaciones materiales del CESFAM. La falta de box y de horas disponibles restringe la capacidad del equipo para mantener controles regulares, debilitando la continuidad terapéutica. Desde el enfoque del MAIS, estas dificultades se traducen en una atención que pierde la orientación familiar y comunitaria, dado que no logra responder a las necesidades reales de la población. A su vez, la falta de formación especializada de los profesionales limita la posibilidad de aplicar adecuadamente técnicas de seguimiento que atiendan a la complejidad de los casos.

Finalmente, la resistencia de los usuarios y la baja adherencia reflejan cómo los determinantes sociales de la salud, como hábitos de autocuidado, acceso a información y redes de apoyo, influyen directamente en la efectividad del control. La propuesta de la trabajadora social de incorporar la telemedicina abre la posibilidad de innovar en estrategias que reduzcan inequidades de acceso y se alineen con los principios de accesibilidad y equidad que sostienen los modelos teóricos.

8.3 Síntesis análisis de contenido

Tabla 2. Síntesis del análisis de contenido. Elaboración propia.

Fase / Eje	Facilitadores	Obstaculizadores	Nudos críticos
Derivación	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia del Trabajo Social como puente entre demanda clínica y realidad social. • Derivación oportuna según pesquisa psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento poco formalizado para derivación. • Falta de claridad sobre criterios de derivación social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Invisibilidad del rol social en protocolos de derivación. • Derivaciones sin caracterización psicosocial previa.
Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo multidisciplinario valorado. • Reconocimiento del rol articulador y diagnóstico del trabajador social. • Modelo biopsicosocial favorece inclusión del contexto del paciente. • Diagnóstico social integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de visibilización formal del rol del trabajador social en el flujograma. • Descoordinación entre normativa y práctica administrativa. • Horas insuficientes y sobrecarga de demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación especializada en salud mental. • Infraestructura insuficiente (falta de box). • Baja adherencia de usuarios por condiciones sociales. • Rol social subordinado a decisión médica en ingreso.

	como insumo clave.		
Control	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración creciente del trabajo social en seguimiento terapéutico. • Visión integral del paciente (más allá de lo farmacológico). • Aportes en contención emocional, prevención y vinculación con redes. • Control como oportunidad de detección de nuevas necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de horas profesionales y box. • Falta de institucionalización del rol en protocolos. • Bajo reconocimiento formal del rol social en el seguimiento. • Problemas administrativos recurrentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rol social limitado históricamente al asistencialismo. • Resistencia profesional a asumir el control. • Capacitación generalista no adecuada a salud mental. • Baja adherencia y acceso dificultado por determinantes sociales. • Escasa innovación estructural (ej. telemedicina no implementada).

IX. Aprendizajes y reflexiones

La sistematización desarrollada permitió analizar de manera crítica y situada el rol del Trabajo Social en los procesos de ingreso y control del Programa de Salud Mental del Sector Rojo del CESFAM La Floresta durante el año 2024, visibilizando

tanto sus aportes como limitaciones estructurales e institucionales que condicionan su ejercicio.

Uno de los principales hallazgos apunta a que el trabajador/a social actúa como un puente fundamental entre la derivación médica y la comprensión profunda del contexto social del usuario/a, operando como un agente clave para contextualizar la demanda de atención en términos de condiciones de vida, redes de apoyo, historia familiar, factores estructurales y trayectorias comunitarias. No obstante, este aporte sigue siendo, en muchos casos, secundario en la toma de decisiones clínicas iniciales, relegando su participación a una etapa posterior o complementaria, en lugar de ser reconocida como parte central del proceso evaluativo y diagnóstico.

En el seguimiento y control, el rol del Trabajo Social adquiere mayor visibilidad y peso, especialmente en lo relacionado con el acompañamiento en la adherencia al tratamiento, la vinculación con redes territoriales y familiares, y la articulación con el equipo interdisciplinario. Desde esta posición, el trabajador/a social no solo ejecuta intervenciones, sino que también genera estrategias para sostener los procesos terapéuticos en el tiempo, lo cual reafirma su aporte al modelo biopsicosocial y su pertinencia en contextos de alta vulnerabilidad social, donde lo clínico no puede desvincularse de lo estructural.

Sin embargo, esta labor aún carece del reconocimiento institucional pleno, lo que limita su capacidad de generar cambios estructurales dentro del programa. Esta invisibilización del rol clínico del Trabajo Social, pese a su reconocimiento normativo como en la Ley N.º 21.331 sobre derechos en salud mental, se expresa en aspectos concretos como la ausencia de protocolos específicos, la falta de registros formales en los sistemas de información clínica y la escasa participación en la priorización de ingresos o toma de decisiones interdisciplinarias. Esto no solo reduce la trazabilidad de sus intervenciones, sino que afecta su legitimidad técnica frente al equipo clínico, manteniendo una lógica asistencialista y fragmentada que contradice los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

La modificación del mecanismo de ingreso trasladando la evaluación inicial desde psicología hacia medicina trajo consigo cambios importantes en la dinámica del equipo de salud, pero también evidenció vacíos en la coordinación interprofesional y en los marcos normativos que rigen estos procesos, dejando a Trabajo Social en una posición ambigua dentro del circuito de atención. Esta reconfiguración puso de manifiesto que la intervención social, al no estar formalizada, puede quedar sujeta a decisiones contingentes o personales, debilitando la consistencia y continuidad del enfoque psicosocial.

A pesar de estos desafíos, se identifican facilitadores relevantes que sostienen el rol del Trabajo Social, tales como la disposición positiva al trabajo interdisciplinario por parte del equipo, la existencia de ciertos protocolos básicos de coordinación, y el compromiso ético y profesional con el bienestar integral del usuario/a. Sin embargo, estas condiciones se ven constantemente tensionadas por limitaciones estructurales, como la alta demanda de atención, la escasez de horas profesionales, la falta de box de atención y la carencia de formación especializada en salud mental para trabajadores sociales. Estas barreras reducen la capacidad real de aplicar el enfoque biopsicosocial de forma efectiva, reproduciendo prácticas centradas en el síntoma y no en el contexto.

Finalmente, los nudos críticos identificados en el ingreso y control confirman que los determinantes sociales de la salud como el desempleo, la pobreza, la violencia intrafamiliar, la soledad o la falta de redes tienen un impacto directo en la permanencia y adherencia de los usuarios al programa. De esta forma, el Trabajo Social se posiciona como una pieza fundamental para sostener procesos terapéuticos en condiciones adversas, pero requiere mayor respaldo institucional y reconocimiento técnico para que su accionar no solo sea complementario, sino también estructural en el diseño e implementación de estrategias de salud mental.

En síntesis, el proceso de sistematización visibiliza que el Trabajo Social no solo acompaña, sino que también interpreta, orienta, articula y transforma; y que su rol, lejos de ser marginal, es clave para avanzar hacia una atención verdaderamente

integral, equitativa y centrada en la persona. Para ello, resulta urgente transitar desde una lógica de presencia funcional a una presencia con poder técnico y político dentro del equipo, lo cual implica no solo voluntades individuales, sino también cambios estructurales, normativos y formativos que reconozcan la salud mental como un fenómeno profundamente social.

X. Propuestas de mejora

A partir del proceso de sistematización realizado en el Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta de Hualpén, y considerando las experiencias, aprendizajes y desafíos identificados, se proponen una serie de acciones orientadas a fortalecer el enfoque comunitario, interdisciplinario y centrado en los determinantes sociales de la salud. Estas propuestas buscan no solo mejorar el funcionamiento interno del equipo de salud mental, sino también avanzar hacia una atención más justa, equitativa y centrada en las personas, en concordancia con los principios del Trabajo Social Crítico y de la Salud Mental Comunitaria.

1. Reforzamiento del rol del Trabajador/a Social mediante la creación de un protocolo formal de ingreso psicosocial

Se propone generar un protocolo institucional que formalice y estandarice el proceso de ingreso psicosocial al Programa de Salud Mental, otorgando al profesional de Trabajo Social un rol activo y claramente definido. Este protocolo permitiría que el/la trabajador/a social realice una evaluación inicial del contexto social del usuario/a, identificando factores de riesgo y protección que puedan incidir en su situación de salud mental.

De esta forma, se promueve una priorización de casos basada en criterios sociales y comunitarios, complementando la mirada biomédica y permitiendo una atención más integral y situada en la realidad de cada persona.

Asimismo, la implementación de este protocolo contribuiría a la visibilización del rol del Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario, reconociendo su capacidad

de análisis contextual, vinculación con redes y acompañamiento psicosocial como componentes esenciales para una atención integral.

2. Incorporación de un espacio específico para intervenciones sociales en la ficha clínica electrónica (Track).

Actualmente, el sistema de registro de datos electrónico (Track), del servicio de salud en Chile, no contempla un espacio formal ni visible para el registro de intervenciones sociales. Se propone la creación de un módulo específico para Trabajo Social que permita documentar adecuadamente las acciones realizadas (entrevistas, visitas domiciliarias, coordinación con redes, gestiones, entre otras), lo que facilitarían:

- La trazabilidad de las intervenciones sociales y su impacto en el proceso de atención.
- La interdisciplinariedad efectiva, al permitir que otros profesionales accedan a información relevante desde la dimensión social.
- La valorización del trabajo realizado por Trabajo Social, muchas veces invisibilizado por la falta de registros formales.
- La generación de datos sociales útiles para la gestión, planificación y evaluación del programa.

3. Fortalecimiento de la formación continua especializada con enfoque en determinantes sociales de la salud

Se recomienda promover instancias de formación continua especializada para el equipo de salud mental, con énfasis en:

- El enfoque de determinantes sociales de la salud como marco teórico y práctico que permite comprender la salud mental más allá del síntoma individual, incorporando factores estructurales, comunitarios y contextuales.

- Capacitaciones específicas para trabajadores/as sociales en salud mental que aborden temáticas como intervención en crisis, trauma complejo, enfoque de derechos, género e interculturalidad.
- Formaciones interdisciplinarias que fortalezcan la comprensión compartida del sufrimiento psíquico y la construcción colectiva de estrategias de intervención entre los equipos médico, psicológico y social.

4. Fortalecimiento de la coordinación entre programas mediante reuniones clínicas integradas.

Se propone establecer espacios de reuniones clínicas integradas entre los distintos programas del CESFAM (Salud Mental, Promoción, Infancia, Adolescencia, entre otros), incorporando activamente a profesionales de Trabajo Social y representantes de la comunidad. Estas reuniones permitirían:

- Compartir miradas y estrategias desde distintas disciplinas.
- Construir planes de intervención integrales que consideren lo clínico, lo social y lo comunitario.
- Evitar la fragmentación de los servicios y la duplicación de esfuerzos.
- Promover una atención centrada en la persona, desde un abordaje integral de sus múltiples dimensiones.

5. Implementación de instancias de retroalimentación y evaluación participativa con usuarios/as y redes comunitarias.

Finalmente, se propone instaurar espacios sistemáticos de evaluación participativa, donde usuarios/as, familias y redes comunitarias puedan aportar sus experiencias y opiniones al diseño, implementación y evaluación de las acciones del Programa de Salud Mental.

Esto puede materializarse a través de encuentros comunitarios periódicos, evaluaciones cualitativas con usuarios/as dados de alta, co-diseño de intervenciones y mesas de trabajo con organizaciones locales.

Este enfoque reconoce a los/as usuarios/as como protagonistas activos de su proceso terapéutico y promueve una articulación comunitaria que fortalezca la sostenibilidad y pertinencia social del programa.

Síntesis de las propuestas

Las propuestas surgidas desde este proceso de sistematización apuntan a fortalecer un modelo de atención interdisciplinario, comunitario y centrado en los determinantes sociales de la salud, donde el Trabajo Social asuma un rol protagónico en la comprensión y abordaje de la salud mental desde una perspectiva crítica.

La puesta en marcha de estas acciones contribuiría no solo a mejorar la calidad de las intervenciones, sino también a transformar las prácticas institucionales, avanzando hacia una salud mental verdaderamente equitativa, participativa y transformadora.

XI. Conclusiones

El proceso de sistematización desarrollado en el Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta permitió comprender en profundidad el rol del Trabajo Social en las etapas de ingreso y control de los usuarios, evidenciando su importancia estratégica dentro del modelo biopsicosocial y comunitario de la Atención Primaria de Salud. A partir del análisis de la experiencia, se constata que el quehacer del Trabajo Social trasciende el ámbito asistencial, configurándose como una práctica crítica, contextual y reflexiva, orientada a la comprensión integral de las condiciones sociales que determinan la salud mental de las personas y comunidades (Carballeda, 2020; Cazzaniga, 2022).

El estudio evidenció que el ingreso al Programa de Salud Mental constituye un momento clave del proceso terapéutico, donde el Trabajo Social puede aportar una mirada amplia y situada de los determinantes sociales que influyen en el malestar psíquico. Sin embargo, la falta de protocolos formalizados y la escasa visibilización

del rol social dentro de los flujogramas institucionales limitan su participación en la toma de decisiones clínicas. Esta situación reproduce la subordinación histórica del enfoque social frente al biomédico, lo que restringe el abordaje integral que el modelo de atención integral familiar y comunitario (MAIS) promueve (Ministerio de Salud, 2017).

Asimismo, la sistematización permitió reconocer la relevancia de la fase de control de salud mental como espacio de acompañamiento, seguimiento y contención psicosocial. En este ámbito, el Trabajo Social aporta a la continuidad terapéutica mediante la activación de redes, la orientación en derechos y la gestión intersectorial de apoyos, reforzando la perspectiva de salud mental comunitaria. Este rol resulta coherente con el paradigma crítico-interpretativo que sustenta la práctica profesional, al situar al sujeto como protagonista de su propio proceso y reconocer la dimensión política de la intervención social (Jara Holliday, 2018; Flick, 2018).

Entre los principales aprendizajes destaca la necesidad de fortalecer la articulación interdisciplinaria dentro del equipo de salud mental, avanzando hacia una comprensión compartida del sufrimiento psíquico que integre factores biológicos, psicológicos y sociales. La experiencia demostró que la fragmentación entre disciplinas, unida a limitaciones estructurales como la falta de tiempo, infraestructura y capacitación especializada, dificulta la implementación efectiva del enfoque biopsicosocial (García-Huidobro et al., 2018). Superar estas barreras requiere consolidar espacios de trabajo colaborativo, donde el conocimiento del Trabajo Social sea valorado en igualdad de condiciones con las perspectivas médica y psicológica.

Asimismo, se evidenció que los determinantes sociales de la salud —tales como la precariedad económica, la violencia de género, el desempleo y la falta de redes de apoyo— inciden de manera directa en la adherencia al tratamiento y en el bienestar emocional de los usuarios. En este sentido, el Trabajo Social se posiciona como un agente clave para abordar dichas desigualdades estructurales, articulando respuestas que trascienden la atención individual y promueven la justicia social y el

ejercicio de derechos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022; Solar & Irwin, 2010).

La experiencia también reafirmó que la salud mental no puede comprenderse ni abordarse de manera aislada del territorio. El enfoque comunitario permite reconocer que las personas construyen su bienestar en interacción con su entorno social, cultural y político. Por ello, las estrategias de intervención deben orientarse hacia la participación de las comunidades, la creación de redes de apoyo y la corresponsabilidad institucional. Este principio coincide con las orientaciones del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que propone fortalecer la participación social y la intersectorialidad como pilares de una atención integral (Ministerio de Salud, 2017).

Desde una perspectiva formativa, el proceso de sistematización constituyó un ejercicio de reflexión crítica sobre la práctica profesional, permitiendo resignificar el rol del Trabajo Social en salud mental como una labor ética, política y transformadora. Tal como señala Barriga y Rodríguez (2021), la sistematización es una herramienta que posibilita construir conocimiento situado, reconociendo las experiencias y saberes generados en la intervención cotidiana. En este sentido, el presente trabajo no solo recupera aprendizajes técnicos, sino que contribuye a la construcción de conocimiento colectivo desde la práctica.

Finalmente, se concluye que fortalecer el rol del Trabajo Social en los programas de salud mental implica avanzar hacia una institucionalidad que reconozca su aporte en la comprensión de los determinantes sociales, en la articulación de redes y en la promoción de la participación comunitaria. Esto requiere voluntad política, formación continua especializada y la incorporación efectiva de la dimensión social en los instrumentos de gestión y registro clínico. Solo mediante una transformación estructural que integre la mirada crítica del Trabajo Social será posible construir una salud mental verdaderamente equitativa, participativa y centrada en las personas, tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (2022) y el propio Ministerio de Salud (2017).

En síntesis, se puede afirmar que los objetivos propuestos en esta sistematización fueron cumplidos, ya que se logró describir y analizar el rol del Trabajo Social en el ingreso y control del Programa de Salud Mental del CESFAM La Floresta, identificando los principales facilitadores, obstaculizadores y nudos críticos del proceso. Además, se alcanzó una comprensión profunda de los aprendizajes surgidos en la práctica, proponiendo estrategias de mejora orientadas a fortalecer el enfoque interdisciplinario, comunitario y centrado en los determinantes sociales de la salud. De este modo, la sistematización no solo permitió ordenar y reflexionar sobre la experiencia vivida, sino también generar aportes concretos para el fortalecimiento del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental comunitaria.

XII. Referencias bibliográficas

Ander-Egg, E. (1993). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires: Lumen.

Arias, F. G. (2006). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (5.^a ed.). Caracas: Episteme.
https://www.academia.edu/29404107/Fidias_G_Arias_El_Proyecto_de_Investigacion_5ta_Edicion

Bartoll, X., & Malmusi, D. (2011). Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Gaceta Sanitaria, 25(4), 348.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000400019

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2024). Reporte Comunal Hualpén.
<https://reportescomunales.bcn.cl/>

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. Richardson (Ed.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Greenwood.

Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós.

Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Revista Psicoperspectivas, 2(1), 53–82.*

Casajús-Murillo, L., & Gargallo, E. (2018). Rompiendo estigmas. Sistematización de la praxis del proyecto MundoCrip. Acciones e Investigaciones Sociales, 12(39), 57–87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=672877>

Chiavenato, I. (2009). Administración de recursos humanos (9.^a ed.). McGraw-Hill.
https://archive.org/details/administracion_de_recursos_humanos_9na_e

Cohen, H., & Morales, C. (2008). *Salud mental y trabajo social: Un modelo de abordaje psicosocial*. Santiago: LOM Ediciones.

Congreso Nacional de Chile. (2021). Ley N.º 21.331: Reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental. Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl>

Delgado, J., & Gutiérrez, H. (2021). La sistematización como estrategia de reflexión y producción de conocimiento. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 6(12), 87–102. <https://www.redalyc.org/pdf/6731/673171021008.pdf>

Donati, P. (2007). *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2024). Resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda 2024. <https://www.ine.cl>

Jara, O. (2018a). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. San José: CEP Alforja.

Jara, O. (2018b). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrategias de afrontamiento: Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

López, M., & Laviana, M. (2024). Los determinantes sociales y los problemas de salud mental: Una visión de conjunto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 157–179.*

Marchant, P., Brito, S., Inostroza, R., & González, K. (2020). Trabajo social en salud: Tiempos de exclusión e incertidumbre. *Revista de Trabajo Social*, (35), 1–19. <https://revistatrabajosocial.uc.cl/index.php/RTS/article/view/64185>

Ministerio de Salud (MINSAL). (2009). *Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria*. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2018). *Modelo de atención integral en salud mental para la red de atención primaria*. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025*. <https://www.minsal.cl>

Ministerio de Salud. (2018). *Salud Mental en la Atención Primaria en Salud: Dirigido a los Equipos de Salud*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.SaludMental.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). *Guía clínica para la atención de salud mental en atención primaria*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/Guia_Clinica_Salud_Mental_Atencion Primaria.pdf

Ministerio de Salud. (2021). Plan Nacional de Salud Mental 2019-2025. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. <https://www.gob.cl/ministerios/ministerio-de-salud/>

Municipalidad de Hualpén. (2021). Plan de desarrollo comunal 2021-2025. http://www.hualpenciudad.cl/wp-content/uploads/2021/01/PLADECO-2021-2025.final_.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Rutter, M. (1999). Resiliencia: La resistencia relativa al riesgo psicosocial.

Sen, A. (1992). Desarrollo y libertad. https://indigenasdelperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/desarrollo_y_libertad_-_amartya_sen.pdf

Servicio de Salud Talcahuano. (2019). Diagnóstico epidemiológico. https://sstalcahuano.cl/wp-content/uploads/2023/12/Diagnostico_Epidemiologico_2019.cleaned.pdf

Solar, O., & Irwin, A. (2010). Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud: Documento de debate sobre los determinantes sociales de la salud n.º 2. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Subsecretaría del Trabajo. (2025). Resultados estudio OMIL 2024. Observatorio Laboral. <https://www.subtrab.gob.cl/wp-content/uploads/2025/01/Informe-Final-Estudio-OMIL-2024.pdf>

Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (s.f.). Caracterización de los profesionales de la salud en Chile [Documento de trabajo].

Urra, F. (2016). Violencia estructural y derechos humanos: violencia simbólica, violencia institucional y reparación del daño. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH).

Viscarret, J. (2007). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. Madrid. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=293114>

XIII. Anexos

1. Consentimiento informado de línea de tiempo realizadas a profesionales del CESFAM La Floresta, firmados y autorizados como anexos de sistematización.



**FACULTAD DE COMUNICACIÓN, HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES
TRABAJO SOCIAL**

Consentimiento Informado

Buenos días/tardes, nuestros nombres son Anais Delgado y Antonia Orellana, somos estudiantes de quinto año de Trabajo Social en la Universidad Católica de la Santísima Concepción. Estamos realizando nuestro proyecto de memoria de sistematización como parte de los requisitos para optar al grado de Trabajador Social. Nuestra memoria se enfoca en la “Sistematización de los aprendizajes sobre el rol del trabajo social en los procesos de ingreso y control al Programa de Salud Mental, en el sector rojo, del Centro de salud la Floresta, comuna de Hualpén, enero a diciembre del año 2024.”

En primer lugar, deseamos expresar nuestros agradecimientos por haber aceptado la invitación a participar en esta línea de tiempo. En el contexto su objetivo es Sistematizar el rol de los aprendizajes sobre el rol del Trabajo Social en los procesos de ingreso y control en el Programa de Salud Mental, el sector rojo del Centro de Salud La Floresta, ubicado en la comuna de Hualpén, enero a diciembre del año 2024.

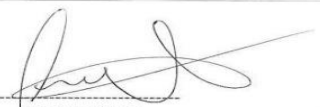
Es de suma importancia recuperar y compartir información sobre el rol del trabajador social en el contexto de atención primaria de salud en sector rojo, en el Centro de salud Floresta. Su colaboración en esta línea de Tiempo desempeña un papel fundamental, ya que permitirá comprender a fondo el rol y la importancia del trabajo que lleva a cabo el trabajador social en salud. Para guiar nuestra conversación, tenemos algunas preguntas que nos ayudarán a estructurar sus ideas y recuerdos. Sus respuestas son completamente voluntarias, y lo más

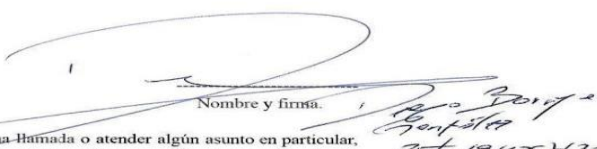
importante es que se sienta libre de compartir lo que considere relevante. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y lo que importa es su experiencia y perspectiva.


Para garantizar la fidelidad de lo que se comparte, necesitamos grabar esta entrevista. Posteriormente, la grabación será transcrita y se utilizará únicamente con fines académicos, estando sujeta a los estándares éticos de una investigación universitaria. Cualquier trabajo académico derivado, como un artículo o libro, se discutirá con usted para determinar si desea que su nombre aparezca o si prefiere mantenerse en el anonimato. Le agradecería que lea detenidamente este consentimiento y, si está de acuerdo con participar en la entrevista y las pautas éticas mencionadas, complete con sus datos y firme a continuación.

Ante cualquier consulta o requerimiento sobre la entrevista, puede comunicarse con Docente de la asignatura Carolina Belén Muñoz Fonseca - cbmunoz@ucsc.cl

Firma de los profesionales en el consentimiento presentado.


 Nombre y firma. Juan Pablo Muñoz
NOTA: Si en algún momento necesita hacer una llamada o atender algún asunto en particular, siéntase libre de informarme, haremos una pausa y luego continuaremos sin ningún inconveniente. No está obligado a responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómodo/a.


 Nombre y firma. Carolina Belén Muñoz Fonseca
NOTA: Si en algún momento necesita hacer una llamada o atender algún asunto en particular, siéntase libre de informarme, haremos una pausa y luego continuaremos sin ningún inconveniente. No está obligado a responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómodo/a.
 Cel: 13425763-3
 PCN: 99794-0


 Nombre y firma. Natalia Daniela Salas
NOTA: Si en algún momento necesita hacer una llamada o atender algún asunto en particular, siéntase libre de informarme, haremos una pausa y luego continuaremos sin ningún inconveniente. No está obligado a responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómodo/a.
 Cel: 1822102-1

2. Pauta línea de tiempo

Pauta de Línea de Tiempo

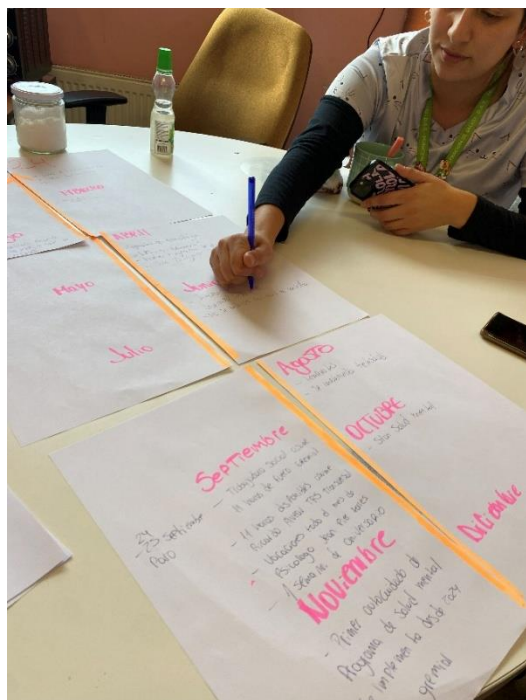
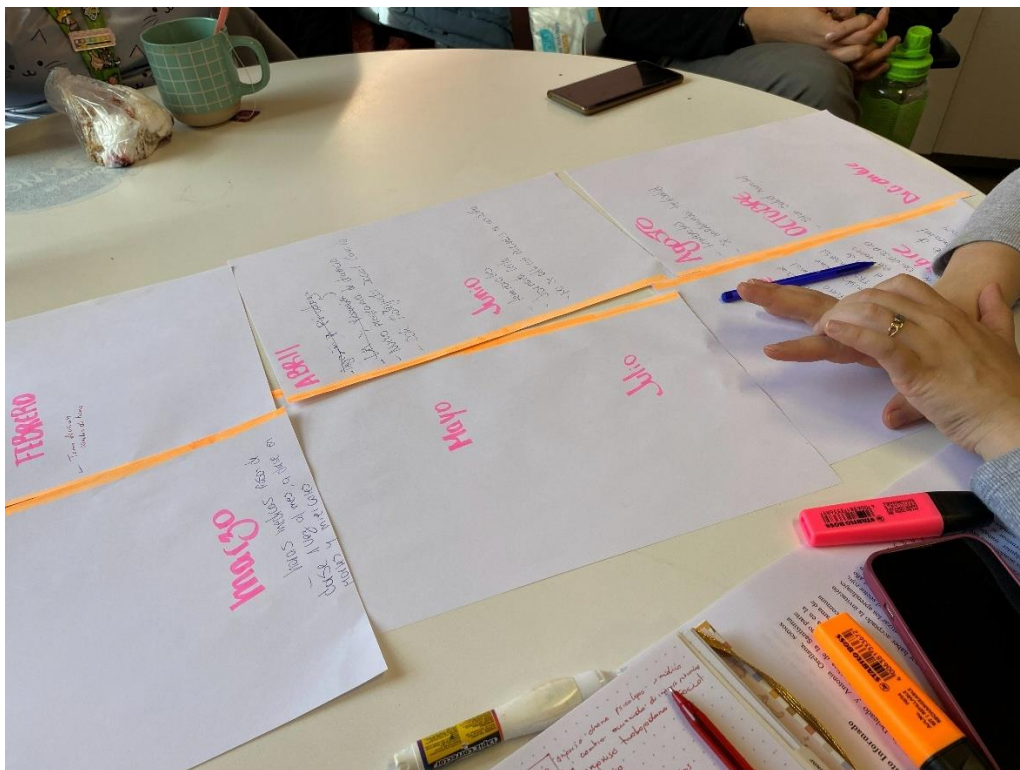
Nombres: Anais Delgado- Antonia Orellana.

Línea de Tiempo

Breve descripción:	<p>Las líneas de tiempo son una herramienta visual para organizar y explicar cronológicamente procesos o acontecimientos que han ocurrido a lo largo de un periodo.</p> <p>Para elaborarlo se deben ubicar los eventos en orden, seleccionando los hitos y/o acontecimientos más relevantes.</p>
---------------------------	--

Objetivo:	Crear una línea de tiempo que represente el rol del trabajador social en atención primaria, en sector rojo del CESFAM La Floresta en 2024.
Materiales:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cartulinas u Hojas de oficio ➤ Plumones de colores ➤ 1 regla ➤ Lápiz pasta ➤ Cinta adhesiva
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La actividad iniciará con la presentación de los participantes y de explicar la actividad. ➤ Se expone el propósito de la sistematización a desarrollar y la importancia de la técnica. ➤ Ordenar el espacio y materiales a utilizar. ➤ Realizar lluvia de ideas, anécdotas, experiencias para identificar los acontecimientos cronológicamente. ➤ Se ordenan los acontecimientos a través de preguntas abiertas para que la participación sea más fluida. ➤ Concluye con una lectura, repaso de la línea de tiempo, para verificar información.
Recomendaciones:	<p>-Que el tiempo de la realización sea maximizado al tiempo que dispongan los profesionales.</p> <p>-Que el espacio sea en un ambiente cálido, para que la participación entre el equipo sistematizador y los profesionales.</p>
Producto	Obtención de una línea de tiempo con acontecimientos y/hitos relevantes en el periodo 2024 con respecto al rol del trabajador social en la atención primaria en el CESFAM La Floresta.

3. Registro fotográfico línea de tiempo



3. Consentimiento informado de entrevistas realizadas a los profesionales, firmados y autorizados como anexo de sistematización.



FACULTAD DE COMUNICACIÓN, HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES
TRABAJO SOCIAL

Consentimiento Informado

Buenos días/tardes, nuestros nombres son Anais Delgado y Antonia Orellana, somos estudiantes de quinto año de Trabajo Social en la Universidad Católica de la Santísima Concepción. Estamos realizando nuestro proyecto de memoria de sistematización como parte de los requisitos para optar al grado de Trabajador Social. Nuestra memoria se enfoca en la "Sistematización del procedimiento de ingreso al programa de salud mental, perteneciente al sector rojo del Cesfam la Floresta el año 2024."

En primer lugar, deseamos expresar nuestros agradecimientos por haber aceptado la invitación a participar en esta entrevista semiestructurada. En el contexto su objetivo es sistematizar el procedimiento de ingreso de usuarios, pertenecientes al programa de salud mental, en el sector rojo del cesfam la floresta durante 2024-2025.

Es de suma importancia recuperar y compartir información sobre el procedimiento de ingreso que tienen al Programa de Salud Mental en el Cesfam la Floresta. Su colaboración en esta entrevista desempeña un papel fundamental, ya que permitirá comprender a fondo el valioso trabajo que llevaron a cabo para llevar el sistema de ingreso a usuarios.

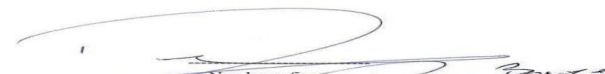
Para guiar nuestra conversación, tenemos algunas preguntas que nos ayudarán a estructurar sus ideas y recuerdos. Sus respuestas son completamente voluntarias, y lo más importante es que se sienta libre de compartir lo que considere relevante. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y lo que importa es su experiencia y perspectiva.

Para garantizar la fidelidad de lo que se comparte, necesitamos grabar esta entrevista. Posteriormente, la grabación será transcrita y se utilizará únicamente con fines académicos, estando sujeta a los estándares éticos de una investigación universitaria. Cualquier trabajo académico derivado, como un artículo o libro, se discutirá con usted para determinar si desea que su nombre aparezca o si prefiere mantenerse en el anonimato. Le agradecería que lea detenidamente este consentimiento y, si está de acuerdo con participar en la entrevista y las pautas éticas mencionadas, complete con sus datos y firme a continuación.

Ante cualquier consulta o requerimiento sobre la entrevista, puede comunicarse con Docente de la asignatura Carolina Belén Muñoz Fonseca - cbmunoz@ucsc.cl



Nombre y firma
Jean Ponce

NOTA: Si en algún momento necesita hacer una llamada o atender algún asunto en particular, siéntase libre de informarme, haremos una pausa y luego continuaremos sin ningún inconveniente. No está obligado a responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómodo/a.


Nombre y firma
Sergio

NOTA: Si en algún momento necesita hacer una llamada o atender algún asunto en particular, siéntase libre de informarme, haremos una pausa y luego continuaremos sin ningún inconveniente. No está obligado a responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómodo/a.

1807.13425463-3
1807.97794-0


Nombre y firma
Nataly Ramirez
Solista
18067497-6

NOTA: Si en algún momento necesita hacer una llamada o atender algún asunto en particular, siéntase libre de informarme, haremos una pausa y luego continuaremos sin ningún inconveniente. No está obligado a responder ninguna pregunta con la que no se sienta cómodo/a.

Nataly Ramirez S
18.067.492-6
Asistente Social

4. Entrevista semiestructurada

➤ Entrevista 1



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Memoria de Sistematización

Nombre Entrevistadoras: Anais Delgado Rodríguez / Antonia Orellana Toledo

Rol: Estudiantes

Carrera: Trabajo Social

Universidad: Católica de la Santísima de Concepción

Objetivo entrevista:

Recopilar información detallada sobre la experiencia de ingreso al programa de salud mental, para comprender en detalle los pasos, procedimientos y criterios aplicados.

Duración: 20 minutos.

El objetivo de la entrevista semiestructurada es obtener información en profundidad sobre la experiencia, percepciones y conocimientos de los profesionales de la salud que participan en el programa de salud mental. Esta entrevista permitirá abordar una serie de temas predefinidos, pero con la flexibilidad necesaria para explorar aspectos que surjan durante la conversación. El tiempo estimado de la entrevista será de 20 minutos, este tiempo permitirá mantener la atención y disposición del entrevistado.

I.- Presentación de los participantes.

- 1.-¿Cuál es su nombre?
2. ¿Qué rol cumple en la institución?
- 3.-¿Hace cuánto tiempo forma parte de la institución?
- 4.- ¿En qué fecha se integra al equipo del programa de salud mental?

II.- Preguntas.

- 1.- ¿Cuál es el rol que usted cumple dentro del programa de salud mental del CESFAM La Floresta?
- 2.- ¿Existe un procedimiento de ingreso al programa de salud mental del CESFAM La Floresta? ¿Podría indicarme cómo funciona el procedimiento?
- 3.- ¿Podría comentarnos de qué política pública, orientación Ministerial o legal se deriva el protocolo de ingreso al programa de salud mental del CESFAM La Floresta? ¿Qué le parece que se realice de esa manera?
4. ¿Quiénes conforman el equipo tratante del programa de salud mental del CESFAM La Floresta?

- 5.- ¿Cuál es la percepción que tienen como equipo profesional sobre el procedimiento de ingreso al programa de salud mental?
- 6.- ¿Cuál es el motivo por el que se elabora el procedimiento de ingreso y en qué fecha se crea e implementa en el Cefam La Floresta?
- 7.- ¿Cuánto tiempo tarda en ingresar un paciente al programa de salud mental del CESFAM La Floresta?
- 8.- Considerando lo que ha comentado sobre el protocolo de ingreso al Programa de Salud Mental ¿Qué profesional del equipo realiza el ingreso de usuarios al programa?
- 9.- Desde su experiencia, ¿El CESFAM La Floresta ha tenido que implementar modificaciones o adecuaciones en su protocolo de ingreso al programa de salud mental desde el año 2023-2024? ¿A qué se deben dichas implementaciones?
- 10.- Desde su opinión profesional, ¿Considera que el programa de salud mental es pertinente para las características de la población que atiende el CESFAM? Pensando en la cantidad de cupos disponibles, los plazos de espera para ingresar al programa, la efectividad de la atención, otros.
- 11.- ¿Considera usted que la política pública, orientaciones ministeriales o legales, se realizan con pertinencia territorial? considerando realidades como la que viven los usuarios de CESFAM La Floresta.
- 12.- ¿Qué aspectos del programa de salud mental considera usted que son positivos para la población que atiende el CESFAM? (pertinencia de la atención, rapidez de la atención, cualificación profesional del equipo, otros)
- 13.- ¿Qué aspectos del programa de salud mental considera que podrían mejorarse para entregar una prestación idónea para la población que atiende el CESFAM?
- 14.- ¿Considera que los roles y funciones dentro del equipo de salud mental están claramente definidos y que las responsabilidades se distribuyen equitativamente? ¿Por qué?
- 15.- ¿Qué obstaculizadores y facilitadores usted ha observado en la implementación del protocolo de ingreso al programa de salud mental?

➤ **Entrevista 2**



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Memoria de Sistematización

Nombre Entrevistadoras: Anais Delgado Rodriguez / Antonia Orellana Toledo

Rol: Estudiantes

Carrera: Trabajo Social

Universidad: Católica de la Santísima de Concepción

Objetivo proyecto: Sistematizar los aprendizajes sobre el rol del Trabajo Social en el ingreso y control del programa de Salud Mental, en el sector rojo del Centro de Salud La Floresta, durante el año 2024.

Duración: 20 minutos

El objetivo de la entrevista semiestructurada es obtener información en profundidad sobre la experiencia, ingreso, control, percepciones y conocimientos de los profesionales de la salud que participan en el programa de salud mental. Esta entrevista permitirá abordar una serie de temas predefinidos, pero con la flexibilidad necesaria para explorar aspectos que surjan durante la conversación. El tiempo estimado de la entrevista será de 20 minutos, este tiempo permitirá mantener la atención y disposición del entrevistado.

I.- Preguntas

1. ¿Qué se entiende en su práctica profesional por “control de salud mental” en el contexto del CESFAM La Floresta?
2. ¿Cómo se estructura actualmente un control de salud mental en atención primaria y quiénes participan de ese proceso?

II. Actividades realizadas según perfil profesional

Para el Psicólogo/a

3. ¿Qué tipo de actividades realiza durante los controles con usuarios/as? (Ejemplo: psicoterapia breve, seguimiento emocional, intervención en crisis)
4. ¿Cómo integra los antecedentes psicosociales al proceso terapéutico?
5. ¿Qué herramientas o instrumentos utiliza para evaluar el avance del tratamiento?

Para la Trabajadora Social

3. ¿Qué aspectos psicosociales evalúa en los controles de salud mental?
4. ¿Qué tipo de acciones realiza durante los controles? (Ejemplo: orientación, activación de redes, derivación Inter programática, acompañamiento)
5. ¿Cómo se define la continuidad o egreso del seguimiento desde Trabajo Social?

Para el Médico/a

3. ¿Qué tipo de evaluaciones clínicas realiza en los controles de salud mental?
4. ¿Qué relevancia tiene el control farmacológico y cómo se articula con las intervenciones psicosociales?
5. ¿De qué forma incorpora los informes o antecedentes del equipo psicosocial en su atención?

III. Rol del Trabajo Social en el programa de salud mental

6. Desde su perspectiva, ¿cuál es el rol del/la Trabajador(a) Social en los procesos de ingreso y control de los usuarios en salud mental?
7. ¿Cómo contribuye el Trabajo Social a la evaluación psicosocial inicial de los usuarios/as que ingresan al programa?
8. ¿Considera que hay una articulación efectiva entre el Trabajo Social y otras disciplinas del equipo de salud mental? ¿Por qué?
9. ¿Qué aportes distintivos realiza el Trabajo Social en contextos territoriales como el del CESFAM La Floresta?

10. ¿Considera que el rol del Trabajo Social está visibilizado y valorado dentro del programa de salud mental? ¿Por qué?

IV. Evaluación del funcionamiento del programa

11. ¿Qué fortalezas identifica en el actual desarrollo de los controles de salud mental?

12. ¿Qué dificultades o barreras enfrenta el equipo en la práctica cotidiana, especialmente en el control y seguimiento de usuarios/as?

13. ¿Qué sugerencias propone para fortalecer el proceso de ingreso y control en salud mental?

V. Análisis del proceso de intervención y gestión del programa

14. ¿Qué nudos críticos ha identificado en el desarrollo del proceso de intervención del programa de salud mental?

15. ¿Qué factores considera que han facilitado la implementación y sostenibilidad del programa de salud mental en el CESFAM La Floresta?

16. ¿Qué obstáculos persisten actualmente en la ejecución del protocolo de ingreso o en el funcionamiento del equipo tratante?

17. ¿Qué acciones cree necesarias para superar o fortalecer estos aspectos?

➤ **Entrevista 3**



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Memoria de Sistematización

Nombre Entrevistadoras: Anais Delgado Rodríguez / Antonia Orellana Toledo

Rol: Estudiantes

Carrera: Trabajo Social

Universidad: Católica de la Santísima de Concepción

Objetivo entrevista:

Recopilar información detallada sobre el rol de la Trabajadora Social en el contexto de la Atención Primaria de Salud, para identificar sus principales funciones, desafíos y aportes al trabajo interdisciplinario en la salud comunitaria.

Objetivo proyecto: Sistematizar el rol de la Trabajadora Social en el contexto de la Atención Primaria de Salud en el sector rojo del Centro de Salud La Floresta, ubicado en la comuna de Hualpén, durante el año 2024, identificando sus principales funciones, desafíos y aportes al trabajo interdisciplinario en la salud comunitaria.

Duración: 20 minutos.

Esta entrevista permitirá abordar una serie de temas predefinidos, pero con la flexibilidad necesaria para explorar aspectos que surjan durante la conversación. El tiempo estimado de la entrevista será de 20 minutos, este tiempo permitirá mantener la atención y disposición del entrevistado.

Objetivo Específico 1: Identificar los desafíos y obstáculos que enfrenta la trabajadora social en su intervención en el sector rojo, considerando el contexto de Atención Primaria de Salud del Centro de Salud la Floresta durante el año 2024.

Objetivo Específico 2: Describir las funciones y actividades principales que desempeña la trabajadora social en el sector rojo del Centro de Salud la Floresta durante el 2024.

Objetivo Específico 3: Examinar la relación y el trabajo interdisciplinario de la Trabajadora Social con los profesionales pertenecientes al programa de salud mental, del sector rojo, en el Centro de Salud La Floresta en 2024.

1. ¿Podría contarnos un poco sobre su experiencia como trabajadora social en el área de atención primaria de salud?
2. ¿Cuál es su rol profesional en la atención integral de usuarios y en qué situaciones interviene frecuentemente?
3. ¿Cómo describe su intervención como trabajadora social en el proceso de atención a los pacientes?
4. ¿Cuáles son las tareas más comunes que realiza en su día a día como trabajador/a social del CESFAM La Floresta?
5. ¿Qué formación o capacitación ha sido importante para realizar su trabajo en salud?
6. ¿Cómo colabora con otros profesionales del CESFAM en la implementación de modelos de salud integral (como el MAIS)?
7. ¿Cómo describe su relación y comunicación con otros profesionales del equipo de salud?
8. ¿Qué importancia tiene el trabajo interdisciplinario en su práctica diaria?
9. ¿Existen instancias de fortalecimiento del trabajo interdisciplinario para promover el trabajo en conjunto y experiencias con los profesionales del programa de salud mental?
10. ¿Considera que existe una buena comunicación y respeto mutuo en el equipo interdisciplinario? ¿Por qué?
11. ¿En qué situaciones cree que la presencia del trabajador social ha sido especialmente valiosa en el contexto interdisciplinario?
12. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al desempeñarse como trabajadora social en el sistema de salud?
13. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrenta al colaborar con otros profesionales en el CESFAM?

14. ¿Cree usted que existen barreras dentro del sistema institucional de atención primaria en salud para llevar a cabo sus intervenciones o limitaciones en el alcance de su rol profesional como trabajadora social?
15. ¿Qué recursos o apoyos adicionales le ayudarían a desempeñar mejor su trabajo como profesional?
16. ¿Qué aspectos del rol de trabajadora social en salud cree que deben fortalecerse?
17. ¿Cómo visualiza el futuro del trabajo social en salud?