

Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Carrera de Psicología

## **La Salud Mental Femenina**

*Aproximaciones a partir de una perspectiva de género*

Profesor Guía	:Gabriela González Vivanco
Metodólogo	:Francisco Kamann Campaña
Profesor Informante	:Melvin Anabalón
Alumna	:Natalia Rojas León

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Abril 2011

## **DEDICATORIA**

A todas las mujeres que luchan cada día por sus ideales.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primera instancia quiero agradecer a mi madre por su apoyo y entrega, a mi hermana por los incentivos y paciencia. También quiero agradecer a mis amigos y en especial a mis amigas Isca, Chantal y Karla por la comprensión y fuerza en todos mis momentos difíciles.

A mis compañeros del colectivo Krisis, Andrés Duran, Isca Leyton, Daniel Lorca, Sebastián Seguin, Carla Zamora y Sascha Cornejo, por las constantes conversaciones y discusiones, y la posibilidad de entregarme un espacio para exponer mis dudas y reflexiones, al profesor Francisco Jeanneret por su disponibilidad y orientación. Y finalmente quiero agradecer a mi profesora guía Gabriela González, por todo el apoyo, por nuestras largas discusiones, por la claridad y crítica que ayudaron a la realización de esta tesis.

¡¡¡Muchas gracias a todos!!!

## RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo conocer las construcciones de género que subyace al actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSM), en relación a las enfermedades que afectan a las mujeres y sus propuestas de abordaje. Para esto, fue necesaria la realización de un análisis crítico del discurso, para comprender y explicar los discursos que subyacen del PNSM en cuanto al género femenino, permitiendo de esta manera, identificar los modos de producción discursiva de las enfermedades mentales que afectan actualmente a las mujeres.

El marco teórico se sustenta bajo la perspectiva de autoras feministas y también en base a los postulados de Michel Foucault y de Robert Castel, en relación a la comprensión de las construcciones sociales del género femenino y los mecanismos de intervención hacia los cuerpos femeninos.

La metodología utilizada, se encuadra en los modelos cualitativos de investigación, presentando un carácter descriptivo y exploratorio. En función de esto, se utiliza el instrumento la recopilación documental, es decir, se utilizó el PNSM como documento de estudio.

Algunos de los resultados arrojados, permiten dar cuenta de las construcciones de género que subyace desde el discurso del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en donde se sostiene que este plan comprende y constituye al género femenino como un género que manifiesta diferentes riesgos a partir de su condición biológica y social, y por tanto está sujeta a una vulnerabilidad constante de padecer un trastorno mental o de sufrir de violencia familiar.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Antecedentes y Planteamiento del Problema	7
1.2 Formulación del Problema y pregunta de Investigación	26
1.3 Aporte y Relevancia de la Investigación	31
<b>2. OBJETIVOS</b>	
2.1 Objetivo General	35
2.2 Objetivos Específicos	35
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	
3.1 Psicología Social Crítica y Construccinismo Social	37
3.2 Género y Aproximaciones históricas del concepto género	45
3.2.1 Sistema sexo/ género como una construcción social	50
3.2.2 La condición social de la mujer: Las diferencias sexuales y la construcción de un orden social	56
3.2.3 Salud mental femenina: Desde la depresión a la Violencia doméstica	71
3.3 Políticas sanitarias: El poder sobre la vida y la gestión preventiva	87
<b>4. MARCO METODOLÓGICO</b>	
4.1 Enfoque Metodológico	100
4.2 Tipo y Diseño de la Investigación	103

4.3	Delimitación del Campo a Estudiar	106
4.4	Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información	107
4.5	Plan de Análisis de la información	110
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>	
5.1	Resultados y Análisis	115
5.2	Análisis e Interpretación de los Resultados en Relación a los objetivos	132
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	152
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	160
<b>8.</b>	<b>ANEXOS</b>	168

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La presente investigación tiene como objetivo sumergirse en los discursos que sustentan el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde una perspectiva de género. La finalidad de investigar estos discursos, converge desde el interés actual de la inclusión del concepto de género en distintos lineamientos de programas y políticas públicas. Por tanto, la importancia de instalarnos en los discursos del PNSM, llevaría a la posibilidad de articular algunas líneas de comprensión en cómo se aborda los factores sociales, culturales y biológicos de las mujeres en la salud mental pública en Chile, considerando asimismo las políticas de género la cual consagra la relevancia en la incorporación de equidad de género en las políticas públicas.

Para introducir al tema, a continuación se presenta una breve exposición de antecedentes históricos, los cuales demuestran el recorrido de la salud mental en Chile, desde comienzos del siglo XIX hasta nuestros días. Cabe señalar que este recorrido se instala desde la comprensión en las políticas de salud mental en Chile y a su vez una aproximación a la conformación de la salud mental femenina.

#### Antecedentes históricos

A partir de los años 90 y con el retorno de un sistema político democrático y la recuperación de los “derechos ciudadanos”, se comenzó a construir y formular un

nuevo sistema de salud mental a nivel nacional con el objetivo de proteger explícitamente a las personas que sufren algún trastorno mental. Por tanto las políticas de salud mental recobra un nuevo sentido a partir de los años 90, donde el Estado tomó una conducta activa en el desarrollo de una Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), que se efectuó en el año 1993 con una influencia internacional. Con este primer plan del nuevo gobierno en democracia, se introdujeron prácticas innovadoras, que sirvieron de base para formular el segundo plan en el año 2000, en donde se estableció un modelo más elaborado de red de atención, programas y actividades que abarcaban los problemas prioritarios en salud mental (Minoletti, Zaccaría, 2005), como también se refleja las principales líneas de acción propuestas por la OMS.

Específicamente el modelo del segundo PNSM del año 2000, establece:

Como un aporte al desarrollo humano del país, el propósito de “Construir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológica, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (PNSM, 2001, p. 11).

Ahora bien, el PNSM (2000) se construye como un discurso tanto político como técnico, el cual emerge desde un contexto socio-histórico. Este contexto se vincula en su origen, con el Manicomio Nacional “La Casa de Orates”, donde actualmente se constituye como un Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, el principal



Hospital Psiquiátrico del país. En este contexto la transformación de la salud mental en Chile, confluyen en el desarrollo del actual PNSM.

Por consiguiente, los antecedentes históricos nos indican que, el actual Instituto Psiquiátrico se constituyó como un espacio de prácticas discursivas, en el cual, la educación, las intervenciones médicas, la política, el poder, el saber, conforman los conceptos de enfermedad mental y terapias. No obstante, para que este Instituto Psiquiátrico se constituyera como tal, tuvo que pasar un período no menor desde el momento que se fundó en el año 1852 hasta el año 1931, aquel año fue crucial para esta Institución, ya que la administración quedó en manos de médicos, consolidando de esta forma un rol más protagónico de los miembros del equipo de salud (Escobar, 1990).

Anteriormente al periodo fundacional (1852-1891) (Escobar, 1990) de la Casa de Orates no existía institución alguna dedicada exclusivamente a la internación y tratamientos de los enfermos mentales. “Hasta esa época los locos de la ciudad permanecían encerrados en sus casa, en las cárceles, o vagaban de pueblo en pueblo” (Escobar, 1990). Generalmente esta situación involucraba a las personas con menor ingreso económico a diferencia de las familias con poder económico que enviaban a sus parientes a la Casa de locos de San Andrés, ubicada en Lima o eran recibidos por congregaciones religiosas, las cuales proporcionaban una asistencia a nivel filantrópico. Así se demuestra en el año 1852, un artículo de El Mercurio, que

señalaba: “las familias se ven en la necesidad si tiene algún pariente con la razón trastocada, de enviarlo fuera del país a costa de mil sacrificio, de mil sufrimientos” (El Mercurio, 1852, en A. Aroca, 2009, p. 3). Ahora bien, cabe señalar que en este periodo, las intervenciones filantrópicas, se adentraban a un nivel de caridad, en relación a la enfermedad mental, donde la feminización en las intervenciones sociales se destacaban las monjas, las cuidadoras y visitadoras, las cuales en su mayoría eran mujeres de la clase social alta, de este modo, “se destaca que este grupo social se consideraba a sí mismo moderno, avanzado, frente al atraso del resto de la población, donde quedaban aún resabios de “oscuridad” que debían ser “iluminados” (Carballeda, 2002, p. 21). En este sentido, el “otro” debía ser atendido caritativamente por medio de estas mujeres, que tenían como misión la “voluntad reformadora, en el cual se pretendía proporcionar una solución individualizada a las fracturas sociales” (Varela, 1997, p. 173). Estas fracturas sociales, estaban concentradas en los focos de pobreza de la naciente nación chilena, en donde el alcoholismo, la prostitución y las enfermedades infecciosas rondaban en la miseria. Por tanto, las intervenciones caritativas por parte de la sociedad de beneficencia, la *cual* “representaba parte de “lo más avanzado” de la sociedad, corporeizado en las mujeres” (Carballeda, 2004, p. 21), era cada vez “más solicitada a medida que se agravaba la pauperización y la “cuestión social” (Perrot, 1997, p. 113). Sin embargo, trae consigo una imagen femenina, protectora y asistencialista, en el cual se logra visualizar la participación en los espacios masculinos como es el espacio público.

Debido al aumento de la marginalidad de hombres y mujeres aquejadas de alguna enfermedad mental. Se vio necesario implementar en 1838 una sala en el Hospital San Juan de Dios para albergar algunos orates. En este sentido el espacio ocupado por los locos del siglo XIX se expandió desde la calle a las instituciones. Si bien, existió un desplazamiento desde las calles a las instituciones, las intervenciones aún no estaban contempladas dentro del círculo médico, sino, más bien, las monjas tenían el rol de cuidadoras de estos enfermos mentales, ya que en aquella época, lo religioso y lo caritativo se desplegaban en los espacios hospitalarios, esto se debe a su asistencia en este periodo, como dispositivos de intervención en las problemáticas sociales.

Ante la marginalidad de los alienados en el año 1852 se crea la Casa de Orates Nuestra Señora María de los Ángeles, situada en el barrio Yungay, fue el primer establecimiento del país dedicado a la reclusión de enajenados mentales, cuyo objetivo se situaba en solucionar el problema de la locura en la ciudad (Camus, 1993).

Sin embargo, la idea de fundar en Santiago un asilo que cumpliera con la labor de reunir a los enajenados en un establecimiento especialmente destinado para este fin, estaba en la mente de la oligarquía nacional. Un establecimiento de esta naturaleza hacía falta en la organización de la Beneficencia Pública (Camus, 1993, p. 98).

El fin de la Beneficencia, la cual estaba conformada por personajes de la aristocracia, estaba en proteger y resguardar el orden público ante las reacciones imprevisibles y misteriosas de los locos. Por tanto se pensó en prestar ayuda caritativa a estos

insanos, por medio de un recinto que pudieran aislar y recluir a los enfermos mentales. En este sentido, se pensaba en un recinto a nivel de exclusión, en donde los tratamientos no estaban contemplados.

Cabe destacar que para la mantención de la Casa de Orates era proporcionado por las caridades de algunos aristócratas y por el Supremo Gobierno, el cual mantenía un bajo perfil, en torno a la administración de la institución. De acuerdo con esto, “la concepción o imagen de la salud pública que la sociedad chilena tenía al promediar el siglo XIX estaba conformada, esencialmente, la idea de beneficencia” (Camus, 1993, p. 92). En este sentido, la filantropía ocupaba el lugar en la salud pública, siendo el Gobierno solo un gestor para auxiliar y reglamentar a la Junta de Beneficencia, ya que esta Junta dependía de las donaciones y el patrocinio del Gobierno.

Las irregularidades en torno al aislamiento de los dementes se hizo evidente:

El establecimiento se ocupó primordialmente en “recluir” a los locos, sin importar las condiciones en que este encierro se realizaba. El objetivo del recinto, más que lograr una asistencia adecuada para la curación del mal, fue, como antes, el de excluir a estos individuos, dada la molestia y el peligro que representaba para el orden social (Camus, 1993, p. 98).

Ahora bien, como señala Escobar (1990) “pronto se advirtió, lo que ha sido una característica de la institución: Abundancia de pacientes y escasez de recursos” (pp. 361-362). Esto llevó a que el Estado se viera en la necesidad de invertir mayores recursos para el hospital de insanos, inaugurándose así el 12 de septiembre de 1858 la Casa de Orates en la calle los Olivos. De acuerdo a este contexto se logra evidenciar

que desde esa época había una discusión sobre la necesidad de que el Estado se hiciera parte de la enfermedad mental.

Es relevante destacar que los problemas en la Casa de Orates se centraban mayormente en las precariedades y las condiciones paupérrimas del recinto y la disputa entre la junta de Beneficencia de la institución y los pocos médicos que intervenían en la Casa de Orates, en donde se puede apreciar la poca injerencia que tenían estos médicos en las decisiones que se tomaban en el asilo. En este sentido se puede inferir, que los insanos en aquella época, no eran considerados desde la concepción de enfermedad, por tanto los médicos no tenían un espacio determinado en la institución.

La situación de la salud en Chile se veía cada vez más agravada a causa de epidemias y la morbilidad de la población, con esto se hizo indispensable que el Estado ocupará un lugar primordial dentro de la salud pública, así en el año 1886 el Gobierno se preocupó en conformar la Junta General de Salubridad y la policía sanitaria, destinados a la protección y asesoramiento en torno a la salud del pueblo.

Siguiendo a Escobar (1990). El periodo de desarrollo institucional de la Casa de Orates (1891-1931) se destacó en la ampliación de la infraestructura y el aumento de profesionales para la atención y vigilancia de los insanos, como también se comenzó a tomar más en cuenta el criterio médico y científico en el tratamiento de la locura

(Camus, 1999, p. 90). En este periodo, se crea una nueva concepción ante los enfermos mentales, ya que el encierro deja su carácter filantrópico, por el terapéutico.

El médico se introduce en el espacio de la locura conformándola como una enfermedad mental, en el cual se puede intervenir por medio de tratamientos. El desarrollo del concepto de enfermedad mental como un problema social y médico, converge desde un “estatus exclusivamente académico, mediante el conocimiento adquirido en las universidades a las que sólo podían acceder los varones de los estratos más acomodados” (Burín 1990, pp. 26-27). Esto conlleva a que los discursos masculinos se impongan en los discursos de la medicina. De esta manera el desarrollo y producción del concepto de enfermedad/salud, se despliega a través de un saber masculino, en el cual se enmarca las relaciones de poder. El espacio utilizado para la producción del saber médico, se instala en el siglo XIX en la Casa de Orates, por medio de clases pedagógicas, observaciones, prácticas, hipótesis, decisiones terapéuticas, elecciones éticas, lo que se ha depositado lentamente, en el transcurso del siglo XIX, en el discurso médico (Foucault, 2001). Como se señaló anteriormente, las practicas discursivas, en relación a la enfermedad mental, se construyen, por medio de múltiples enunciados que describen, nombran, juzgan, explican. No obstante, como señala Foucault en *La arqueología del saber*: “(...) ese conjunto de enunciados está lejos de referirse a un solo objeto, formado de una vez para siempre, y de conservarlo de manera indefinida como su horizonte de idealidad inagotable (...)” (Foucault, 2001, p. 52), es decir, todos los discursos psicopatológicos han sido

modificados a lo largo del tiempo; los locos del siglo XVIII no son los mismos locos del siglo XIX y XX.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, estas prácticas discursivas, se mueven por medio de relaciones de poder, ya que la condición de médico, determinan la naturaleza de las prácticas psiquiátricas. Asimismo la definición de locura queda en manos de una serie de discursos médicos, que definen las prácticas de sanación (Cornejo, 2008). Por tanto, la diferenciación de la construcción de las enfermedades mentales femeninas, se establecen de acuerdo a los discursos médicos “masculinos”.

Ahora bien, para entender el porqué en el periodo de desarrollo institucional se destaca la ampliación de la infraestructura y el aumento de profesionales, es necesario indagar en las estadísticas, las que demuestran cuales eran las enfermedades con mayor relevancia y sus diferencias en cuanto al sexo, como también la cantidad y el aumento paulatino por año de pacientes psiquiátricos. Esto generó la discusión entre los agentes administrativos y los médicos de la Casa de Orates en implementar mejores tratamientos y condiciones a nivel estructural en la institución.

Según las estadísticas publicadas en el *Movimiento de la Casa de Orates de Santiago*, por el administrador en el año 1903, se detallan las principales enfermedades de preocupación nacional, tales como las locuras tóxicas (alcoholismo

crónico, deliro alcohólico), las locuras infecciosas (tuberculosis y sífilis), locuras neuróticas (epilepsia e histeria), entre otras.

Si bien, las estadísticas revelan la cantidad de pacientes psiquiátricos y la enfermedad con mayor morbilidad, también se destaca que la existencia de mujeres en el asilo era más numerosa que la de los hombres. De acuerdo a los datos arrojados en este documento, la proporción de pacientes psiquiátricos por sexo, fluctuaba entre 809 mujeres y 669 hombres. Destacándose como enfermedad más común en las mujeres la histeria y las manías y en los hombres la causa de enfermedad más común era el alcohol.

Las enfermedades mentales de las mujeres en el siglo XIX y principio del XX en Chile, se relacionaban con el útero. La histeria, enfermedad por mucho tiempo exclusiva de las mujeres, recoge sus fundamentos en la sexualidad femenina, o sea una concentración de la parte uterina. El cuerpo de la mujer es tomado por la psiquiatría para observarla, clasificarla y analizarla en función de la reproductividad y sexualidad femenina. Sin embargo, la histeria no tan solo se movilizó en la estructura física, sino también en la estructura moral (Burin, 1990, p. 32), Sí se considera la sexualidad femenina como un componente de la histeria, la estructura moral del siglo XIX y XX, lleva consigo una preocupación hacia la sexualidad, en donde hay que vigilar y controlar, por tanto la histeria como patología, entra en los espacios sociales de lo moral. En *La historia de la sexualidad I*, Foucault (2008) señala que la familia



cumple un rol fundamental, como alianza en el control de la sexualidad, ya que son los agentes principales de un dispositivo de sexualidad, en el cual la medicina irrumpe como un apoyo controlador.

Ahora bien, anteriormente se señala, que una de las enfermedades con mayor porcentaje en las mujeres que se encontraban en la Casa de Orates a principios de los XX, era por síntomas de histeria, no obstante la histeria se representa como una enfermedad con mayor auge de diagnóstico en aquella época. Debido a la influencia moral del cuerpo social y la instalación médica como un dispositivo de poder, con el fin de controlar y sanar a las mujeres de “mal vivir” y a las mujeres burguesas que reprimen y esconden su sexualidad, provocando así, los síntomas histéricos, clasificados en aquella época.

Esta clasificación como lo señala Mabel Burin, se instala en un saber psiquiátrico que emerge desde un discurso masculino, en cuanto a la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres, por tanto:

El saber psiquiátrico sobre el cuerpo de las mujeres es expresado por los hombres que han transitado por la medicina oficial; son ellos los que interpretan el acontecer del cuerpo femenino, manteniendo a las mujeres pendientes de su acaecer biológico como si fuera patológico, y proponiéndoles que su destino es consecuencia de los avatares ocultos de su organismo (Burin, 1990, p. 32).

Con las nuevas clasificaciones diagnósticas, el aumento de pacientes psiquiátricos y la escasez de recursos, se tomaron medidas en cuanto al mejoramiento tanto

terapéutico como la ampliación de la infraestructura en la Casa de Orates. No obstante a medida que se estaba generando distintos debates en torno a lo económico, coercitivo, moral y sanitario, en 1928 se crea un segundo gran asilo, el Open Door. El objetivo de este gran asilo se centraba principalmente en estimular a los enfermos mentales por medio del trabajo, este método de sanación permite pensar y concebir el concepto terapéutico.

Hasta aquí, se puede comprender que a fines del siglo XIX y principios del siglo XX se destacó principalmente en el mejoramiento en la infraestructura y en la preocupación de generar mejores instancias a los insanos para su recuperación, lo cual era una discusión constante entre las autoridades, ya que el aumento de enfermos mentales era cada año mayor. Por consiguiente, como señala Escobar (1990) la planta médica tuvo un aumento notorio, de tal manera, se puede desprender, que en esta época se piensa en un establecimiento que atiende y no sólo se acoge a los enfermos mentales.

Es así, como se consolida un cambio en la intervención psiquiátrica hacia los insanos, ya que en este periodo se instaura metodologías terapéuticas traídas desde Europa por médicos chilenos, como también la propuesta del Dr. Jerónimo Letelier Grez de un plan de atención psiquiátrica para todo el país. Con esto se destaca, que en ese periodo la insistencia de abandonar los tratamientos de reclusión, aislamiento y camisa de fuerza eran de mayor inquietud en los médicos (Escobar, 1990).

En el año 1931 el Dr. Jerónimo Letelier Grez es nombrado director de la Casa de Orates, quedando la administración en manos de médicos. De acuerdo a Escobar (1990), el periodo de consolidación institucional es en 1931 y en 1952 con la administración de la Casa de Orates en manos de los médicos, como también el surgimiento de nuevas terapias, como es el electroshock y los psicofármacos.

Con las preocupaciones por la *higiene y profilaxis* social, de acuerdo al marco de los problemas de la población, tales como las enfermedades infecciosas, el alcoholismo, la neurosis y la criminalidad, conlleva a que se tomaran medidas en cuanto a la enfermedad mental, con la intención de intervenir en la dimensión pública. Esta transformación provoca que la psiquiatría abandoné el asilo y se desplazé hacia las poblaciones con mayor vulnerabilidad social. Este cambio paradigmático, no sólo influyó en las prácticas psiquiátricas, sino también en la incorporación de la psicología y de algunos enfoques de las ciencias sociales.

La psiquiatría pasa de un espacio institucional hacia el espacio público, en el cual la prioridad se concentra en la intervención social, específicamente donde emergen las problemáticas de salud. Es así como se comienza a pensar en la prevención.

Todo este movimiento, surge por medio de la higiene mental, una inspiración proveniente de los Estados Unidos en los años 30. Este movimiento se situaba:

En el cruce de las antiguas tradiciones de la higiene pública, la medicina mental y la medicina social, preocupándose por las condiciones ambientales de la enfermedad. Erosionado el paradigma heredo-degenerativo, las causas de la patología mental comenzaban a situarse del lado del medio, al igual que en las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, o en flagelos sociales como el alcoholismo. De este modo, para evitar la aparición de enfermedades mentales, era necesario apelar a medidas profilácticas de tipo inespecífico, prestando atención a las condiciones de habitación y a la alimentación (Vazzetti, H. 2007).

De acuerdo a lo anterior, existe un desplazamiento desde la intervención individual a intervenciones a nivel colectivo, ya no sólo se interviene dentro de las instituciones, sino se pasa a intervenciones al ámbito doméstico y privado.

Las intervenciones en el espacio doméstico, se instalan desde las conductas saludables, con el objetivo de prevenir enfermedades físicas como mentales. En este sentido, si las intervenciones se desplazan al ámbito doméstico, entonces, es hacia la mujer, en donde las intervenciones se dirigen, debido a que éste espacio doméstico estaba destinado exclusivamente para las mujeres de acuerdo a sus roles establecidos socialmente, es así como Burin lo señala:

La calidad de sujeto social de las mujeres transcurría buena parte del siglo XX aún seguía teniendo como escenario privilegiado el ámbito doméstico, dentro de los roles de madre-esposa-ama de casa (Burin, 1990, p. 34).

A partir del siglo XX, la condición moral y social de las mujeres, se convierte en el principal foco de intervención médica, por una parte, se considera que la mujer cumple un rol importante en la sociedad, por su condición de madres y pilar

fundamental en las familias. Por tanto la salud mental de las mujeres se enfoca en su sexualidad, o sea en la reproductividad y su condición de madres.

Hasta principios del siglo XX, los documentos sobre sexualidad humana fueron desarrollados por médicos hombres que dirigían sus conocimientos hacia la mujer, considerada estrictamente en su calidad de madre y esposa, representada como eterna enferma (C. Araya en Labarca, 2008, p. 114).

Se abre un nuevo enfoque con el objetivo de proteger a la familia, es decir el orden social, y esta responsabilidad recae en la mujer, la cual se considera ante todo, como una madre, educadora, esposa y administradora del hogar. Asimismo, los médicos higienistas colocan su discurso como un elemento de edificación moral.

Específicamente, en Chile la higiene mental, logra introducirse como programa el 31 de diciembre de 1931, con el objetivo de instalarse en los problemas de índole social, a partir de la prevención, curación y vigilancia profiláctica de los individuos. Mantener el orden social era primordial para el Estado y lo moral se integra como método de intervención social.

Cabe destacar que el higienismo mental con respecto a la locura, no cuestionaba la existencia del asilo; sólo limitaba sus indicaciones terapéuticas y abogaba por mejores condiciones de internación, es así, como lo afirma Salvador Allende en su tesis “Higiene Mental y delincuencia”: “como entidad social, la higiene mental tiene por objeto la defensa de la sociedad de parte de aquellos seres con taras neuro o psicopáticas y, a su vez, la protección de éste por parte del conglomerado social”. No

Obstante, si bien la higiene mental, consideraba la alienación una enfermedad mental, vinculada con un medio determinado, y ya no como una causalidad orgánica, rompiendo así en gran parte con las teorías hereditarias propias del siglo XIX:

(...) no por ello dejaba de tener una concepción naturalista de la enfermedad, orientando su acción por premisas adaptativas que equiparaban el funcionamiento de la sociedad a la relación de un organismo con su medio. A menudo, en su afán de intervenir sobre el cuerpo social a partir de los saberes extraídos de las ciencias de la vida, el higienismo se emparentaba con la eugenesia y con otras formas de darwinismo social (Vazzetti, H. 2007).

Las intervenciones al cuerpo social desde los saberes de la ciencia de la vida, colocan a la mujer como reproductoras de la sociedad, en donde el Estado debía proteger y resguardar. En este sentido, la eugenesia como discurso médico social, proporcionó una nueva construcción social de los géneros, en el cual se moldeó prototipos específicos tanto masculinos como femeninos (Labarca, 2008. P, 115). En el caso del prototipo femenino, la eugenesia considera a las mujeres en cuanto a madres, por tanto el rol femenino queda subsumido por la condición de madres, es decir por su mandato biológico.

Hasta acá, se denota el pasaje de la biología y la herencia hacia la vida social y las relaciones humanas. Éste salto paradigmático influyó en la concepción de la enfermedad mental, en los cambios en las políticas públicas del estado, en relación a las intervenciones psiquiátricas, como también el florecimiento de las ciencias sociales. Todos estos cambios fomentaron al desarrollo de nuevas discusiones en

torno a la enfermedad mental. Estas discusiones se llevaron a cabo con mayor fuerza en 1948 en el tercer congreso internacional de higiene mental, el cual llegó a transformarse en el tercer congreso internacional de salud mental. Aquí se crea una nueva disciplina, en donde las ciencias humanas cobran un rol protagónico, debido a la importancia de lo social como un componente en el comportamiento humano.

La salud mental se convierte en un objetivo de reforma social y política de alcance mundial. En Chile esta disciplina es conformada de acuerdo a la definición y propuesta que plantea la Organización Mundial de la Salud, la cual señala que:

La Salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007).

Ahora bien, el PNSM con una base tecnicista en sus planteamientos de intervención, considera los términos y propuestas de OMS en cuanto a la salud mental, por tanto, sus prioridades se concentran en la prevención y promoción de la salud mental y asimismo en las enfermedades con mayor prevalencia en la población general.

Es así, como el PNSM se construye como una estrategia política, con el objetivo de intervenir en los problemas de la salud mental y en las enfermedades con prioridad nacional, éstas enfermedades son los trastornos hipercinéticos de la atención, trastorno de salud mental asociados a la violencia (niños, niñas y adolescentes

afectados por maltrato, mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar, personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990), personas afectadas por depresión, trastornos psiquiátricos severos, abuso y dependencia de alcohol y drogas y por último alzheimer.

Sin embargo, en la actualidad los trastornos mentales de preocupación tanto nacional como mundial debido a su alta prevalencia son la depresión y la dependencia del alcohol.

En Chile, la depresión es una de las enfermedades que ha demostrado un notable incremento, afectando al 7.5% de la población en general y se posiciona dentro de las 15 primeras causas de enfermedades en términos de la pérdida de años de vida por discapacidad (AVISA). Asimismo se verifica en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2000, donde la tasa de depresión era de 5.6% en las mujeres de todas las edades que han sido diagnosticadas alguna vez con depresión. En relación a los hombres la tasa de afectados era de 1.7%. En el año 2006 la Encuesta Nacional de Calidad de Vida demuestra el aumento significativo de este trastorno, en donde el 28.1% de las mujeres mayores de 15 años declara haber tenido en las últimas dos semanas, depresión, angustia o neurosis. El 15.8% de los hombres declara lo mismo (Observatorio de equidad de género en salud, 2007-2008). Si bien, la depresión ha aumentado en los últimos años, los indicadores dan cuenta que la depresión es un trastorno que afecta mayormente a las mujeres.



Dada a las estadísticas referidas a la depresión, se explica por una tendencia histórica, que la depresión es una enfermedad mental descrita como un problema mayoritariamente de mujeres, por una parte debido a la diferencia estadística entre hombres y mujeres y los factores biológicos y sociales. Asimismo, en nuestros días las características culturales y sociales del sujeto femenino son tomadas como una de las primordiales explicaciones del surgimiento de la brecha entre hombres y mujeres en cuanto a la depresión. “Las condiciones de vida de las mujeres, en especial la vida cotidiana, repercuten de modo decisivo sobre sus modos de enfermar” (Burin, 1990, p. 7). Estas condiciones de vida estarían representadas en la maternidad, sexualidad y trabajo, lo que provocaría una incidencia sobre la salud mental femenina.

Cabe destacar por último que, “Las investigaciones más recientes realizadas en salud mental indican, que las mujeres asisten más frecuentemente que los varones a pedir ayuda terapéutica; son más frecuentemente internadas y/o medicadas” (Daskal, 1994, p. 26). Así lo demuestra el informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile (2006), el cual destaca que las mujeres representan la mayor proporción en porcentajes en ser tratadas en los dispositivos de salud pública y privada. En el año 2006, el Programa de Intervención en Depresión como programa AUGE de salud, destaca que se atiende a 238.678 personas y el 87.1% de ellas, son mujeres, asimismo el consumo de psicofármacos en el año 2006 fluctuó en 4% en mujeres y 2.7 en hombres. (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2007- 2008, pp. 47-48).

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo a la revisión de los antecedentes, se puede visualizar los cambios en las políticas de salud mental en Chile, la formación histórica de la producción de las enfermedades mentales, la salud mental de las mujeres y la construcción social del sujeto femenino en la sociedad chilena. Estas clasificaciones refuerzan la figura de la mujer-madre a la cual hay que proteger, la sumerge en las políticas y en los programas como un sujeto en constante estado de riesgo y vulnerabilidad social.

Las políticas en salud mental en Chile, han padecido, a lo largo del tiempo, de cambios sustanciales, en donde han tenido que adecuarse a medida que se van generando nuevas problemáticas sociales. En torno a los antecedentes ya presentados, se devela, que las políticas de salud mental históricamente se han desarrollado por medio de discursos tanto políticos como médico, es decir, por medio de discursos masculinos. Tal es el caso, de la construcción del concepto de salud mental y enfermedad mental, la cual se ha problematizado desde una perspectiva masculina, o sea, los médicos psiquiatras han sido los representantes de la construcción de los conocimientos de las enfermedades que se fueron naturalizando en la mujeres, manteniendo una visión desde los efectos y suspendiendo las causas culturales y sociales que podrían estar como base en la constitución de las enfermedades mentales y problemáticas de la mujer. En este sentido, la perspectiva masculina ha hegemonizado en la caracterización de las nociones de enfermedad mental del sujeto

femenino, instalándose en los conocimientos biológicos y psicológicos para dar sustento a los fundamentos que sostienen el padecer psíquico de las mujeres.

En el siglo XIX y XX, la situación de la enfermedad mental se situaba dentro de lo filantrópico, donde el Estado solo era un benefactor, actualmente el Estado cumple un rol protagónico en el desarrollo de programas y políticas de salud mental, con la necesidad de intervenir a nivel nacional las enfermedades mentales. Así nace el PNSM (2000), el cual surge como un sistema con el propósito de promover el bienestar subjetivo de los chilenos. Ante los nuevos cambios en la salud mental y en sus formas de intervención, es necesario para esta investigación indagar en los discursos del PNSM del año 2001, con el objetivo de situarse a los nuevos contextos sociales y la incorporación del concepto de género en las políticas públicas del Estado.

Ante estos planteamientos, surge el interés de utilizar, indagar y profundizar desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que este plan cumple con características relevantes para ser analizado. Las características que son importantes de analizar, es el discurso hegemónico masculino que puede subyacer desde el PNSM. Desde esta mirada podríamos comprender que el PNSM se constituye como tal, desde un habla masculina. De esta manera las políticas públicas se movilizan por medio del dominio masculino hacia las personas. Otra característica relevante para la presente investigación, es la posibilidad de indagar el abordaje del PNSM desde los factores sociales, culturales y biológicos. De acuerdo al énfasis en la integración de

una perspectiva de género en la salud pública, en el cual, por tanto significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y el hombre.

En este contexto, el Gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) coloca un énfasis en la incorporación de un enfoque de género en las políticas públicas, las cuales están relacionadas con su adhesión a los conceptos de género, equidad e igualdad entre hombres y mujeres. Referidas como el marco de justicia y ejercicio de derechos mediante el cual una sociedad asegura, por igual, a mujeres y hombres sus libertades y desarrollo humano, atendiendo sus necesidades diferenciadas (Matamala, 2010, p. 141).

De esta manera, es relevante para esta investigación indagar en los estudios que aborden la condición social de la mujer, los cuales consideran los aspectos sociales, históricos y culturales en la construcción –más bien desfavorable- del sujeto femenino, para comprender cómo se elabora y se construye la salud mental de la mujer en las políticas públicas de salud mental. Por tanto rescatar la perspectiva de género en la salud mental nos llevaría a una aproximación de las problemáticas femeninas y las consideraciones de intervención hacia estas problemáticas.

Por largo tiempo, la condición biológica de la mujer primó en el desarrollo de la comprensión y explicación de las enfermedades femeninas, centrándose desde la sexualidad femenina, Sin embargo, estas explicaciones no sólo abarcaban el ámbito de la salud, sino lograba abarcar e influir en los ámbitos sociales, es así como se puede reconocer las operaciones de desigualdades en las relaciones de género en los

espacios privados y públicos. En el ámbito privado (doméstico) sigue siendo percibido como responsabilidad exclusiva de las mujeres, a pesar de que las mujeres trabajen y tengan responsabilidades en lo público. En este sentido, como lo señala el Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental (1994), los problemas centrales que enfrentan las mujeres, es la brecha entre la realidad que viven y los modelos de intervención.

Respecto a las enfermedades femeninas, se suma la presencia mayoritaria de las mujeres que asisten a terapias y que se encuentran con medicamentos. De esta manera, es interesante analizar cómo el PNSM, se configura, en relación a la comprensión y métodos de intervención, en cuanto al sujeto femenino. En este sentido, cómo se ubica el sujeto femenino en el PNSM, ya que el *discurso científico*, y en este caso el *discurso psiquiátrico*, no sólo describe sino que produce los objetos sobre los que habla (A. Martínez – Guzmán, L. Iñiguez, 2010, p. 33). Asimismo, nos situamos en cuáles son los discursos que subyacen o sustentan al actual PNSM, en relación a las enfermedades que afectan a las mujeres.

Por consiguiente, se entenderá para esta investigación un acercamiento hacia el sujeto femenino, por medio de un análisis crítico con respecto al PNSM, es así como este análisis nos puede proporcionar una comprensión con respecto a las construcciones de género que subyacen del discurso psiquiátrico.

Por tanto, como pregunta que guiará el foco de la presente investigación, se comprende la siguiente:

**¿Cuáles son las construcciones de género que tiene el actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en relación a las enfermedades que afectan a las mujeres y en sus propuestas de abordaje?**

### 1.3 APORTES Y RELEVANCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Los aportes y relevancias que podría significar esta investigación, está definida por las siguientes dimensiones:

- a) *La relevancia teórica* radica en aportar al conocimiento de la salud mental en Chile, considerando las teorías de género para una aproximación de análisis y comprensión del fenómeno de la salud mental, desde la intención de la salud pública de protocolizar y sistematizar las intervenciones de salud mental por medio del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. El énfasis del gobierno es adoptar las políticas de género desde una adhesión a los conceptos de género, equidad e igualdad entre mujeres y hombres (Matamala, 2010). Ahora bien, este énfasis cumplía con eliminar la desigualdad de género en las políticas públicas del estado. Sin embargo, lograr alcanzar la igualdad de género se requiere como algo ineludible el empoderamiento de las mujeres en las decisiones que respectan al ámbito doméstico, laboral, social y político, en este sentido, el gobierno como un espacio político no desarrolla una visión más profunda en los aspectos referidos al género, en el sentido de una política que considere las necesidades y particularidades de la vida de las mujeres y cómo esto, conlleva a su vez, hacia una problemática entre salud mental y enfermedad mental considerando como base la construcción social del sujeto femenino.

Esto involucra considerar modelos teóricos y antecedentes históricos que logran incorporar las dimensiones y la comprensión histórica, cultural y social en cuanto a las perspectivas de género que intrínsecamente subyacen en las políticas públicas de salud mental.

En este sentido y de acuerdo a la temática en cuestión, es importante posesionarse en las discusiones y planteamientos que surgen desde las perspectivas de género, para vislumbrar la transversalización de las políticas de género en el PNSM y asimismo integrar una mirada actualizada sobre políticas de género en la salud mental de nuestros tiempos.

- b) *La relevancia práctica*: Se puede observar un avance sustantivo en el interés e importancia que ha adquirido en el último tiempo las prácticas de salud mental en Chile (Observatorio de equidad de género en salud, 2007-2008). Esto se puede visualizar, por medio del PNSM que se introdujo en distintos niveles de atención en salud pública, tales como el nivel primario de atención (consultorios), nivel secundario (centro de referencia de salud con una mayor especialización) y terciario (hospitales).

El PNSM tiene una base estratégica y tecnicista en su implementación, para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el nivel de bienestar y salud mental de los chilenos (Observatorio de equidad de género en salud,



2007-2008), con una base transversal, que es la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales.

Si bien, el PNSM ha generado cambios sustanciales en el ámbito de la salud mental, asimismo se puede inferir que las atenciones tanto a hombres como a mujeres se desarrollan por un mismo lineamiento, o sea la posible falta de incorporación de una perspectiva de género, nos proporciona una reflexión en relación a las intervenciones que actualmente se desarrollan desde las políticas públicas de salud mental que se despliegan en todos los niveles de atención pública.

Siguiendo lo anterior, de alguna manera, las intervenciones que se fundamentan desde el PNSM, no estarían enfocadas o dirigidas en las características subjetivas del sujeto femenino y masculino. Con esto se puede inferir, que las necesidades y particularidades de cada género se ven soslayada por características y cualidades que se han representado socialmente e históricamente a cada género.

Por consiguiente, la relevancia práctica de esta investigación estaría enfocada en redimir los aspectos que estarían bordeando a las intervenciones y prácticas en salud mental particularmente pública. Por tanto se piensa vislumbrar, por medio de esta investigación, la relevancia que ha adquirido en los últimos tiempos las perspectivas de género en las prácticas de salud

mental. Lo que podría favorecer a la comprensión y conocimiento de los nuevos debates que se han generado en este último tiempo en torno a las transformaciones, culturales, subjetivas, roles y tradiciones que se manifestaron en el Gobierno de Michelle Bachelet.

- c) *La relevancia social*, que pueda adquirir esta investigación, es generar reflexiones y discusiones en relación a las prácticas e intervenciones que se realizan a base del PNSM, pensando desde una perspectiva de género.

La figura social tanto del sujeto femenino como masculino ha sido utilizada en la salud mental de forma estandarizada y discriminatoria, o sea las particularidades de cada género, no estaría fecundadas como una base en la estructuración del PNSM. Lo que conlleva a esta investigación, rescatar los debates y reflexiones actuales, que se han generado en torno a la construcción social del sujeto femenino y masculino y cómo esta construcción se establece en las políticas públicas de salud mental.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer las construcciones de género que subyace al actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en relación a las enfermedades que afectan a las mujeres y sus propuestas de abordaje.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar y describir cuáles son las principales enfermedades mentales que afectan a las mujeres según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
2. Identificar y describir los diseños que dan sustento a las propuestas de abordaje y programas de tratamientos para las enfermedades que afectan a las mujeres desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
3. Describir la(s) construcción(es) social(es) de las enfermedades que afectan a las mujeres a partir del Sistema Sexo Género vigente.

### **3. MARCO TEÓRICO**

La construcción del presente marco teórico, se ha realizado en base a la construcción de las enfermedades que se han tipificado como esencialmente femeninas, por tal razón y para su mayor comprensión se comienza con la psicología social y el construccionismo, donde nos proporciona una posición y una perspectiva a seguir, luego se expone el concepto de género, el cual nos aproxima de mejor manera a una comprensión en cuanto a la condición social de la mujeres. Por consiguiente se consideró relevante indagar históricamente la condición social de la mujer para explicar de mejor forma los procesos subjetivos del género femenino.

Además, y considerando las políticas sanitarias que interviene los cuerpos que padecen de algún trastorno mental, es que nos adentramos a una explicación de los procesos históricos de la intervención sanitaria.

### **3.1 Psicología Social Crítica y Construccionismo Social**

Este capítulo tiene como objetivo, dar cuenta de la psicología social crítica y el construccionismo social como una perspectiva fundamental e importante eje articulador para esta investigación, por tanto, nos interesa describir y explicar los lineamientos que constituyen esta perspectiva.

De acuerdo al autor Lupicinio Íñiguez-Rueda, la psicología social como crítica, aparece a través de un “continuo cuestionamiento y problematización de las prácticas de producción de conocimiento en el interior de la Psicología social” (Íñiguez-Rueda, 2003, p. 221). De tal manera, se comprende que la crisis de la psicología social provocó diferentes debates en cuanto al qué, el cómo y el para qué de la psicología social (Íñiguez-Rueda, 2003), en donde se dieron como resultado el surgimiento de distintas perspectivas.

La crisis de la psicología social, según Tomás Ibáñez, se debió a factores tanto internos como externos, los cuales explicarían la emergencia y evolución de la crisis.

Entre los externos destaca las fracturas sociales que se produjeron en los sesenta (los movimientos contestatarios, la ‘crisis de valores’, los cambios en la estructura productiva mundial, etc.) pero, sobre todo, el debate y la crítica a los modelos dominantes en ciencias sociales. En efecto, los principios más sólidamente aceptados que sustentaban también la acción de la psicología social se derrumbaban y emergían nuevas concepciones de la ciencia y de la producción de conocimiento que no podían dejar impasible a la psicología social. (Tomás Ibáñez (1990), citado por Íñiguez-Rueda, 2003, p. 223)

Los factores externos como son los cambios sociales, producen dentro de las prácticas y los fundamentos teóricos de la psicología social una crisis, en el cual la psicología social no podía dejar de tomar en cuenta, es así como se produce distintas críticas a los principios que sustentaban a la psicología social

De tal manera, Tomás Ibáñez explicitó los factores internos que dieron como resultado en la crisis de la psicología social y al respecto señala que:

“El conocimiento producido a partir de la experimentación sobre los objetos sociales presentaba (...) una serie de características bastante incómodas. Una primera característica consistía en que el saber producido por la psicología social parecía carecer de *propiedades acumulativas*. (...) Una segunda característica consistía en que las teorías psicosociológicas se presentaban, en gran medida, como teorías *incommensurables*. (...) una tercera característica consistía en que las teorías psicosociales no reunían las propiedades necesarias para ser *refutables*. (Ibáñez, 1990, pp. 146-147)

Las investigaciones sociales que producían la psicología social, comenzó a tener distintas dificultades en los resultados, al respecto, Ibáñez (1990), enfatiza, que las hipótesis generadas para una experimentación y la operacionalización de las variables, terminan siendo “demasiado elevadas para que se pueda saber dónde radica el fallo cuando los datos obtenidos no concuerdan con las hipótesis” (p. 147). Ahora bien con esto, la psicología social se vio necesariamente en prestar atención a las distintas dificultades que se iban generando en las experimentaciones hacia los objetos sociales, como también dejar progresivamente aquellas dificultades.

Mediante el proceso crítico de la psicología social, se comienzan a escuchar distintas voces, en donde emergían propuestas de cambios en los principios de la psicología social, una de las críticas realizadas a la psicología social, se debía en que la psicología social debía situarse a partir de una perspectiva histórica. Ya lo explicitó Martín-Baró (1990) en su texto “Acción e Ideología. Psicología social desde Centroamérica”, en donde señala que, la valoración objetiva de la psicología social, “solo puede realizarse desde una perspectiva histórica y no aplicando los mismos esquemas que los genera” (pp. 2-3)

Con el desarrollo progresivo de las críticas, la psicología social convencional se aleja paulatinamente del mundo que se supone tenía que explicar. Sin embargo, no ignora la importancia de la temática del mundo real.

El mundo no espera a la psicología social; las ideas de la gente cambian y están en movimiento, y la psicología social se queda atrás. (...) Si queremos comprender el mundo cambiante y en movimiento, así como sus valores, tenemos que situar a nuestra psicología social en una perspectiva histórica (Armistead, 1974, citado por Íñiguez-Rueda, 2003, p. 225)

Con el resurgimiento de la psicología social, se abre una nueva perspectiva que se articula en torno a la concepción de la psicología social como crítica (Íñiguez-Rueda, 2003, p. 232). Se caracteriza dentro de esta perspectiva una actitud crítica, en donde se incluyen distintos subconjuntos, en el cual se destaca la psicología social crítica

(Íñiguez-Rueda, 2003). Con esto se comienza a evidenciar cambios en las concepciones epistemológicas, teóricas y metodológicas que subyacían en las prácticas de la psicología social. Por consiguiente, se visualiza de manera progresiva una oposición radical al positivismo y una severa crítica al individualismo. Asimismo con esta nueva posición de la psicología social se penetran ideas y planteamientos de otras disciplinas, tales como la epistemología feminista y los estudios gay y lésbicos, como también el giro lingüístico y discursivo, de esta forma, se constituye un compromiso con los procesos de cambio político y social (Íñiguez-Rueda, 2003).

De manera que, la “Psicología social crítica” puede ser entendida como en permanente estado de problematización, atenta a los cambios que se producen en la esfera de las ciencias sociales y contribuyendo a ellos” (Íñiguez-Rueda, 2003, p. 236). Asimismo la psicología social crítica mantiene una oposición radical a las formas de pensamiento de carácter despótico y autoritario y a su vez mantiene una difuminación de las fronteras de lo teórico y lo metodológico o de lo natural y lo social. (Íñiguez-Rueda, 2003)

Junto con lo anterior, una de las perspectivas que surgen por medio de la psicología social crítica es el construccionismo social. Esta perspectiva “se presenta como una postura fuertemente *des-reificante*, *des-naturalizante*, y *des-esencializante*, que



*radicaliza al máximo tanto la naturaleza social de nuestro mundo, como la historicidad de nuestras prácticas y de nuestra existencia” (Ibáñez, 2001, p. 250)*

Ahora bien, Tomás Ibañez, introduce como pregunta central ¿en qué consiste la realidad? Esta pregunta a parece como un elemento primordial en las respuesta divergentes que se producen entre los contruccionistas y los que no son.

Por medio de la pregunta por la realidad y el desarrollo de su conocimiento aparece la “ideología de la representación”. Esta ideología alimenta, a su vez, cuatro potente mitos.

- El mito del conocimiento válido como *representación correcta* y fiable de la realidad.
- El mito del objeto como elemento constitutivo del mundo.
- El mito de la realidad como entidad *independiente* de nosotros.
- El mito de la verdad como criterio decisorio.

De acuerdo a Ibáñez (2001) “estos cuatro mitos forman habitualmente síndrome. Están interconectados y bloquean, de forma decisiva la posibilidad misma de adoptar un punto de vista construccionista” (p. 246).

### **El mito de la representación**

Los que se alejan de la perspectiva construccionista, creen que la representación recae en que el conocimiento científico es válido en la medida en que refleja, se adecua, o se corresponde con la realidad (Ibáñez, 2001). Al respecto el autor Ibáñez señala que:

Quienes pretenden que el conocimiento científico nos dice con cierta precisión cómo es la realidad, están prefiriendo una enorme barbaridad lógica. Porque resulta que para saber si dos cosas corresponden, hay que compararlas, y para compararlas hay que acceder a cada una de ellas con independencia de la otra (Ibáñez, 2001, p. 248)

En torno a lo anterior, la perspectiva construccionista sitúa al conocimiento científico, como un conocimiento simplemente relativo. La creencia de que el conocimiento científico es válido, o adecuado, porque representa correctamente aquello sobre lo cual versa, se aleja a la creencia construccionista. En efecto, el construccionismo dirá que el “conocimiento científico recurre a conceptos y a categorías que son estrictamente convencionales, es decir, que no representan a nada sino es porque nosotros hemos decidido que representa a algo” (Ibáñez, 2001, p. 249)

### **El mito del objeto**

A partir de la dicotomía sujeto-objeto, la cual es la garantía de la objetividad, el conocimiento científico aparece de esta manera como un proceso sin sujeto (Ibáñez, 2001). El mito de la objetividad y de la posibilidad misma de una separación entre

sujeto y objeto, tornan muy problemática la adopción de un punto de vista construccionista (Ibáñez, 2001), por tal, el construccionismo disuelve la dicotomía sujeto-objeto, posicionándose en que ninguna de estas dos entidades existe con independencia de la otra y asimismo, no se pueden pensar como entidades separadas. Con esta perspectiva el construccionismo cuestiona el propio concepto de objetividad.

Ahora bien, Ibáñez (2001) enfatiza que desarrollar una postura razonablemente construccionista:

Es imprescindible aceptar la idea de que no existe objetos naturales, de que los objetos son como son porque nosotros somos como somos, los hacemos, tanto como ellos nos hacen, y por tanto, ni hay objetos independientes de nosotros, ni nosotros somos independientes de ellos (Ibáñez, 2001, p. 251).

### **El mito de la realidad independiente**

El construccionismo, afirma que la realidad no existe con independencia de nosotros. “La realidad es siempre <<realidad-para-nosotros>> <<realidad desde nuestra perspectiva>>” (Ibáñez, 2001, p 252). De esta manera, para entrar en una perspectiva construccionista es necesario abandonar el criterio de que la realidad es independiente, y considerar que la realidad no viene dada, sino la construimos.

### **El mito de la verdad**

La modernidad ha concedido a la razón científica la autoridad de decir lo que es verdadero y lo que no lo es.

Si la verdad dependiera de nosotros, dejaría inmediatamente de ser verdadera y perdería toda capacidad para desempeñar las funciones reguladoras que tiene asignadas y que no son otras que las de producir el consenso y la sumisión sin la necesidad de recurrir a la fuerza (Iñiguez, 2001, p. 254).

Ante tal panorama, el construccionismo rompe radicalmente con la creencia en la verdad, diciendo que los criterios de verdad son obra de nosotros mismos, y por lo tanto, son contingentes y relativos a nuestras cambiantes prácticas. En definitiva y en palabras de Tomás Ibáñez (2001) *no hay por lo tanto nada que sea verdad en el sentido estricto de la palabra.* (p.255).

## 3.2 GÉNERO

“No se nace mujer, se llega a serlo.  
Ningún destino biológico, psíquico o económico  
define la figura que reviste en el seno  
de la sociedad la hembra humana;  
es el conjunto de la civilización el que elabora  
ese producto intermedio entre el macho y el castrado  
al que se califica de femenino.”  
Simone de Beauvoir  
El segundo sexo

### **Aproximaciones históricas del concepto género.**

Los movimientos feministas de los sesenta, “se exigieron y fueron exigidos de comprender y explicar la condición de subordinación de las mujeres” (De Barbieri, 1992, pág. 111). Esto conlleva a los primeros estudios de género a mediados de los setenta, en donde las universitarias de habla inglesa toman la perspectiva de género como una categoría de estudio.

De acuerdo a la autora Teresita De Barbieri:

La aparición del término género se produce cuando ya existe un conjunto de investigaciones y reflexiones sobre la condición social de las mujeres; al introducir el concepto, se buscaba un ordenador teórico de los hallazgos y nuevos conocimientos a producirse, que tomará distancia del empleo acrítico, e histórico empobrecido, de la categoría *patriarcado* (...) (De Barbieri, 1997, p. 3).

En torno a la cita anterior, el concepto género, aparece como un ordenador teórico y metodológico para las diferentes investigaciones que se estaban produciendo, en

cuanto a las desigualdades femeninas. Las investigadoras feministas necesitaban un sustento teórico para explicar y comprender las condiciones sociales de desigualdad entre mujeres y hombres, como también la dominación masculina. Para ello, tuvieron que introducirse en la diferenciación entre construcciones sociales y culturales de la biológica, con el objetivo de comprender mejor la realidad social, la cual termina dando sustento al concepto de género.

Por otra parte, la definición adoptada por la Naciones Unidas, a raíz de las discusiones para la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer. Sostiene que, “la palabra género se diferencia de sexo para expresar que el rol y la condición de hombres y mujeres responden a una construcción social y están sujetas a cambio” (De Barbieri, 1997, p. 13).

Ahora bien, el uso de la categoría género, proporcionó a las feministas un análisis más amplio, el objetivo ahondaba en comprender y distinguir que las “características humanas consideradas “femeninas” eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo” (Lamas, 1996, p, 326). En este sentido, los estudios enfatizaban que las desigualdades que se establecían entre el sexo masculino y el sexo femenino, se encontrarían en las construcciones sociales y culturales y no en un determinismo biológico.

Al hablar de género, se alude asimismo hablar de las mujeres, de acuerdo a la autora Joan Scott, explica cómo “la búsqueda de legitimidad académica” llevó a las estudiosas feministas en los ochenta a sustituir mujeres por género. El punto parte, en utilizar el concepto de género como una categoría de análisis para estudiar asuntos relacionados con las mujeres, tales como, la familia, la maternidad, los hijos, etc. Es decir, utilizar el concepto de género genera la inclusión de las mujeres sin nombrarlas. Por otro parte la autora señala además que, el termino género se emplea también para designar las relaciones sociales entre los sexos.

(...) para sugerir que la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres, que un estudio implica al otro. Este uso insiste en que el mundo de las mujeres es parte del mundo de los hombres, creado en él y por él. Este uso rechaza la utilidad interpretativa de la idea de las esferas separadas, manteniendo que el estudio de las mujeres por separado perpetúa la ficción de que una esfera, la experiencia de un sexo, tiene poco que ver con la otra (J. Scott, citado por Lamas, p. 330).

Frente a las relaciones sociales, se desprende la distinción de Scott, en enmarcarse en una propuesta de análisis, en donde, la importancia de utilizar el concepto de género como categoría de análisis, es comprender que lo relevante no es tomar los roles masculinos y femeninos como dos variables independientes, si no las relaciones que se establecen entre estos géneros. Es así, como se comprende que el género remite a un sistema de relaciones socio-culturales. “Es preciso referir un género a otro para poder comprender el significado de cualquiera de los dos” (Izquierdo, 1998, p. 50).

Siguiendo a Scott, la utilización de la categoría género visualiza tanto la forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales y sexuales como también en una posición de debate teórico (Lamas, 1996). Por tanto, el género nos facilitaría en la comprensión y explicación de cómo las culturas desarrollan y otorgan una diferenciación entre los sexos. Para este acercamiento Scott, distingue cuatro elementos del género, los cuales presentan a la categoría género como una categoría útil para comprender las asignaciones atribuidas culturalmente a mujeres y hombres, y asimismo comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana.

Los cuatro principales elementos son:

- 1) Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
- 2) Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente de varón y mujer, masculinas y femeninas.
- 3) Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género. De acuerdo a este punto la categoría género ha sido aludida para los análisis de la



familia, los sistemas de parentesco, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas y la política.

#### 4) La identidad.

Estos elementos han sido utilizados como puntos de análisis en investigaciones con perspectivas de género, ya que son en estos elementos o dimensiones donde se expresa el género. Por otra parte, también se organizan y se articulan relaciones de poder. En este sentido Scott, señala, que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder (De Barbieri, 1997, p. 12). Asimismo, para la realización de un análisis utilizando la categoría género es importante requerir de una contextualización histórica, con este contexto se deja de persistir en contemplar los géneros como entidades separadas y opuestas. La propuesta se centra en analizar al género masculino y al género femenino como entidades inmersas en un sistema de relaciones sociales (Osborne, 1993). De acuerdo al último punto de vista, esta concepción nos permitirá identificar las variaciones y limitaciones de las relaciones de poder y de opresión entre lo masculino y femenino en el ámbito sociocultural.

### **3.2.1 Sistema sexo/ género como una construcción social.**

De acuerdo al SERNAM y su ficha conceptual, señala que género, “es un conjunto de ideas, creencias y atribuciones asignados a hombres y mujeres según el momento histórico y cultural específico que determinan las relaciones de ambos. El termino género (...) hace referencia a lo socialmente construido” (SERNAM, 2008, p. 1). Por otra parte, SERNAM, también infiere un concepto de sexo, el cual lo atribuye desde las diferencias biológicas entre hombres y mujeres determinadas genéticamente. El cual se aplica siempre y cuando se trate de características naturales e inmodificables.

Ahora bien, la perspectiva de género ha ido conformando una perspectiva diferente del sexo, dejando en suspensión la idea del sexo como algo natural, dado e inamovible. Es así como la antropóloga Marta Lamas, señala que “muchos de los nuevos trabajos históricos- desconstructivistas siguen los pasos de Foucault (...), mostrando que el sexo también está sujeto a una construcción social” (Lamas, 1996, p. 356). Siguiendo a Foucault y por medio de su análisis histórico en *La historia de la sexualidad*, muestra que “en el pasado el sexo existía como una actividad o una dimensión de la vida humana, mientras que en la actualidad se establece como una identidad” (Lamas, 1996, p. 357).

(...) por primera vez el sexo deja de ser una parte arbitraria o contingente de la identidad para inaugurar una situación inédita: ya no hay identidad sin definición sexual. Para Foucault, el sexo no tuvo siempre la posibilidad de

caracterizar y constituir tan poderosamente la identidad de los sujetos (Lamas, 1996, p. 357).

Si bien, se establece que el sexo está sujeto a una construcción social, entonces, el género es el sexo socialmente construido. Sin embargo, dentro de las teóricas feministas, existiría una controversia en cuanto al sistema sexo/género y en la separación de este último, como una categoría de análisis.

Siguiendo a Lamas:

Bajo el término sexo se caracterizan y unifican no sólo funciones biológicas y rasgos anatómicos sino también la actividad sexual. No sólo se pertenece a un sexo, se tiene un sexo y se hace sexo. Gran parte del pensamiento feminista contemporáneo trata la sexualidad como derivada del género (Lamas, 1996, p. 357).

En este contexto, el término sexo como categoría biológica, es tomado como un determinante en la concepción de identidad sexual, la cual, a su vez se adquiere y se desarrolla por medio de una construcción social, en donde el género actúa como una construcción, un imaginario o simbolismo social que entrega un significado al sexo masculino o femenino con respecto a sus funciones sociales. En otras palabras, se nace con un sexo, en donde se constituye una identidad, a partir de la diferencia sexual anatómica fisiológica, en el que parte una identificación con un determinado género.

El concepto género, que en lo social, estaría correspondiendo al sexo anatómico y fisiológico de las ciencias biológicas, conlleva a determinar que el género es el sexo socialmente construido (De Barbieri, 1992). En este sentido, se trata a la sexualidad como un derivado del género. De acuerdo a la autora Gayle Rubin, señala que género es una construcción social que transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, por tanto esta autora desarrolla un término llamado sistema sexo/género, el cual Rubin lo ubica como un “conjunto de disposiciones por el que la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (De Barbieri citando a Rubin, 1997, p. 7).

Dejando de alguna manera más claro el término sistema sexo/género y, por ende, comprendiendo de una mejor forma lo que Rubin pretende señalar en referencia a sistema sexo/género, De Barbieri concluye:

Los sistemas de sexo/género son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo - fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas. En términos durkheimianos, son las tramas de relaciones que determinan las relaciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas (De Barbieri, 1992, p 114).

Siguiendo, con el término sexo/género, la autora Rubin se autocriticó en relación a su término, en donde argumenta que “es esencial separar analíticamente sexo y género para reflejar más precisamente su existencia social separada” (Rubin, citada por Lamas, 1996, p 357). Es así, y tomando de referencia la autocritica de Rubin, es que se comprende que el género se plantea como una construcción social, a partir desde la concepción de que el género no constituye una realidad dependiente de la biológica, sino un fenómeno socialmente estructurado (Hyde, 1995). Es decir, el género como una construcción social, hace referencia no tan solo a la diferencia sexual, sino se remite a la construcción del ser tanto femenino como masculino como también la interacción y diferencias entre ambos sexos socialmente. Asimismo en palabras de Constance Penley. Señala que:

El término género se ve como más útil y menos cargado que diferencia sexual, particularmente en la medida que el género es visto como “una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres y de enfatizar un sistema total de relaciones que pueden incluir al sexo, pero no está directamente determinado por el sexo o determinando la sexualidad (Penley, citado por Lamas, 1996, p. 351).

De esta forma, es posible comprender, a modo de lectura, de las diferencias conceptuales en cuanto al término sexo/género como una categoría de análisis, donde se sustenta como una dualidad, que a partir de la concepción sexual se da origen, sobre qué es una mujer, o cómo debe ser una mujer o cómo debe ser un hombre, en otras palabras, la constatación de la diferencia sexual anátomo fisiológica nos lleva a producir un imaginario o simbolismo social que tiene efectos sobre la realidad,

estructurándolas en géneros (Izquierdo, 1998). Por otra parte, existen las propuestas de separar al sexo del género, esta separación analítica comienza después que las mujeres han demostrado prácticamente que ser hembra de la especie humana no es una dificultad para realizar labores que son socialmente estructuradas para hombres (Izquierdo, 1998). Simone de Beauvoir (2009), en su texto *“El segundo sexo”* da cuenta de la separación entre el sexo y el género, explicando en relación al género femenino, que constantemente se ha encerrado a la mujer en un discurso naturalista. En el film *“No se nace mujer”* de Virginie Linhart (2007) Simone de Beauvoir, afirma:

Hay condiciones biológicas, sexuales que diferencian al hombre de la mujer, nadie dice lo contrario, pero lo que toda sociedad ha edificado sociológicamente, moralmente, profesionalmente, sobre esta base, es algo que casi no tiene nada que ver (...) con la diferencia fisiológica. Y por eso, yo quería decir: Ser mujer no es sólo ser sexuada de una determinada manera, es ser clasificada de una determinada manera en la sociedad. Para ello, la sociedad fábrica a partir de las niñas pequeñas a las mujeres (...) las mujeres son fabricadas para ser sirvientes del hombre y de los hijos. (...) se las fabrica para la maternidad, para las tareas de la casa, para la vida doméstica (...)

De esta manera, el lugar del concepto género se instala desde una construcción social, en donde se enmarca y se delimita socialmente a los sujetos femeninos y masculinos, es decir los comportamientos humanos son estructurados socialmente. Por consiguiente, los roles tanto femenino como masculino, son representaciones con base simbólica, lo que a su vez “definen los lugares que habrán de ocupar hombres y

mujeres a lo largo de su existencia en las redes familiares y sociales” (Tubert s.f, p, 1).

### **3.2.2 La condición social de la mujer: las diferencias sexuales y la construcción de un orden social**

Para entender la constitución de la condición social femenina, es preciso comprender los procesos históricos de subjetivación que han conformado la identidad del género femenino, específicamente implica acercarnos a los mecanismos discursivos de poder los cuales han configurado un orden simbólico, en cuanto al rol femenino asignado socialmente.

De acuerdo a los hechos históricos, la noción de ser humano como sujeto psíquico y como producción cultural ha presentado diferentes cambios en su orden simbólico. La autora Mabel Burin (1990) señala como es construida la subjetividad femenina desde las épocas tempranas, como la configuración de la tradición judeo – cristiana, donde el modo de producción religioso, instituye un tipo particular de sujeto humano. “La noción de sujeto psíquico estaba superpuesta por la de “hombre religioso”, en tanto que la mujer quedaba asignada a la noción de objeto, en el orden de la naturaleza, y tal como ella, un objeto que debía ser dominado, incapaz de trascender el orden divino” (Burin, 1990, p. 24). Asimismo, y al correr de los siglos, con la mediación del concilio de Trento para la adjudicación de una “alma” a la mujer, ésta avanzó en su concepción como ser religioso. Sin embargo se continuó siendo ubicada en el orden de lo instintivo y lo irracional, conformando a la mujer como una hembra humana, por su labor reproductora (Burin, 1990).



Las autoras Burin (1990) y Kabusacki (1993) señalan que desde tiempos muy remotos las mujeres han sido el blanco de persecuciones y de un control social. Es así como en la Edad Media, donde gobernaba lo religioso y lo divino desde lo masculino, se refleja un clima de inseguridad social. El poder religioso y sus profecías apocalípticas sobre el fin del mundo, generan un control social desde lo divino. En aquella época, las mujeres estaban asignadas a las funciones del hogar y solo salían de ella para profesar en conventos. Las mujeres que no estaban dentro de este círculo social, ejercían actividades que no eran aprobadas socialmente. Estas mujeres que carecían de un medio para subsistir, recurrían a vidas marginales, alejándose de las prácticas y la devoción religiosa. Las mujeres que no se dedicaban al aprendizaje y transmisión de lo religioso, eran sospechosas de ser criaturas demoníacas, las cuales debían ser castigadas y destruidas. En relación a sus prácticas, estas mujeres que llevaban una vida marginal, revelaban un tipo de saber que estaba fuera de los circuitos oficiales, sin embargo respondían a las necesidades de los estratos menos favorecidos (Burin, 1990). Estas mujeres, constituían al mundo de la brujería, de acuerdo a lo religioso. La autora Leticia Kabusacki enfatiza que: “La brujería fue utilizada no sólo para castigar ciertos grupos conformados por mujeres, si no para eliminar el saber detentado por ellas a la vez que desafiaban la autoridad y el conocimiento impuesto por los hombres en la sociedad patriarcal” (Kabusacki, 1993, p. 287). Este grupo de mujeres acusadas de brujería, llamativamente fueron durante mucho tiempo los únicos agentes de salud para las personas pobres y marginadas. Sin embargo, fueron perseguidas por sus prácticas que se le asignaba un

rol mágico. Burin, señala que estas mujeres castigadas por brujería, tenían conocimientos sobre farmacología basados en hierbas, también sobre traumatología y de ginecología, tenían un conocimiento y una comprensión del cuerpo femenino, que les permitía intervenir en los partos y abortos. Estos conocimientos fueron descalificados, debido a que desafiaron las bases mismas del conocimiento de los hombres “normales” habilitados para administrar la verdad (Kabusacki, 1993) sobre los conocimientos del cuerpo físico y psíquico del ser humano.

A partir del nacimiento del paradigma científico, se manifiesta el desplazamiento de la brujería por la locura, en otras palabras, hubo un reemplazo del concepto teológico de herejía por el concepto médico de enfermedad mental. La salud y la enfermedad conforman un espacio exclusivamente académico, mediante el conocimiento adquirido en las universidades a las que sólo podían acceder los varones de los estratos más acomodados (Burin, 1990). Es así como se construye un saber oficializado desde la masculinidad.

Hasta aquí, se visualiza, el poder del discurso masculino, por medio de las instituciones religiosas y académicas, en cuanto al cuerpo femenino. Ahora bien, en palabra de Raquel Osborne (1993) “Las predicciones biológicas, así como las presiones institucionales e ideológicas a lo largo de toda nuestra vida son factores a tener siempre presentes” (p. 83). En este sentido, la conformación de una construcción femenina, a partir de su cuerpo, estaría subsumida y arraigada desde un conocimiento ideológico e institucional, el cual es constituido por un discurso

masculino, que manifiesta intereses de control y subordinación hacia el cuerpo del sujeto social femenino.

Siguiendo a Foucault, la locura ya no ocupa un espacio religioso, sino social. Los dispositivos de poder, se instalan desde lo social, el loco no es observado desde lo divino, ya no es recibido por que proviene de otro lugar, ahora el loco va a “destacarse sobre el fondo de un problema de “policía”, concerniente al orden de los individuos en la ciudad (...) se le va a excluir porque viene de aquí mismo (...)” (Foucault, 2000, p. 101). En torno a lo expuesto, se crean a mediados del siglo XVIII los primeros hospitales generales en Europa, con el objetivo de controlar a los excluidos socialmente, tales como los pobres, vagabundos, los locos y los leprosos, ya que perturban el espacio del orden social. Hacia esa época, comienza una crisis ética y moral, que reproduce la gran lucha entre el bien y el mal, por el conflicto irreconciliable de la razón y la sinrazón. “La sinrazón será el rostro concreto e infinitamente cómplice de la locura” (Foucault, 2000, p. 166), como también sinónimo de la inmoralidad e improductividad social. Es relevante destacar, que este desarrollo histórico, nos lleva a comprender la construcción de la locura a partir de un espacio considerado inmoral, improductivo, en definitiva la locura se aparta de la norma, y se considera parte de la naturaleza a la cual hay que controlar y dominar.

Las teóricas feministas por medio de sus estudios han desarrollado y visibilizado la posición social de la mujer. Es menester destacar que por medio del patriarcado, las feministas rescatan el lugar natural que se ha impuesto a las mujeres en las relaciones de sexo. En este sentido se puede señalar, que las mujeres actúan de forma natural, por tanto innata, mientras que los varones utilizan para ello medios culturales. De esta manera, se comprende “una dicotomía entre cultura y naturaleza; por su maternidad la mujer ha sido culturalmente construida desde la naturaleza en oposición al hombre, construido desde la cultura” (Sánchez, 1996, p. 1962). Por tal, entonces, la mujer al estar más próxima a la naturaleza por condición biológica, se la coloca en una posición inferior en relación a los hombres en los órdenes sociales y culturales (Osborne, 1993). Sin embargo, esta dicotomía, según Ortner citada por Osborne (1993), sería la explicación de la posible causa de la subordinación femenina. Por otra parte, las teóricas feministas concordaban en que la identificación de la mujer con la naturaleza estaría impulsada por una concepción patriarcal (Osborne, 1993, p. 68).

Ahora bien, es importante relacionar la lectura de los autores expuestos anteriormente, en su operación semántica se pueden encontrar enlaces que logran proporcionar una visión interesante a considerar desde el análisis de discursos de poder que conciernen a la construcción de identidad y subjetividad femenina, las cuales no escapan de los mecanismos de dominación social. Por medio de esta perspectiva es relevante destacar la relación que se establece a partir de lo “natural”. Por una parte, la locura estaba considerada en el mundo de lo natural, y asimismo la identificación de la mujer con la naturaleza. Siguiendo a la autora Kabusacki:

La era victoriana y la lógica del Iluminismo marcaron un giro importante en los regímenes que confinaron y controlaron no sólo a la locura sino también a la sexualidad femenina. Fue durante este período que la asociación entre feminidad y patología quedó firmemente arraigada en los discursos científico, literario y popular. Sin lugar a dudas fue en el siglo XIX que la locura se volvió un sinónimo de “condición femenina” (Kabusacki, 1996, p. 295).

Siguiendo con lo anterior, la autora Luce Irigaray (1980) destaca la relación de la mujer con la locura, en el cual afirma que: “Cada sexo tiene relación con la locura. Todo deseo tiene relación con la locura (...) aparentemente, un deseo se ha tomado a sí mismo como sabiduría, medida y verdad, dejando al otro sexo el peso de una locura que él mismo no quería ver ni llevar” (Irigaray, 1980, s.p). Por tanto, se devela el poder discursivo masculino, donde sitúa a la mujer dentro de un espacio en el cual él se excluye.

Si bien, en la Edad Media, la locura y su irracionalidad estaba situada desde lo divino-demoníaco, queda ahora excluida del mundo donde albergaba la razón, la ética, el trabajo y lo moral. Aparece la familia burguesa, la cual se constituía como una “institución básicamente relacional y personal, la esfera personal e íntima de la sociedad” (Burin, 1990, p. 29). El escenario doméstico se redujo a la familia nuclear, en donde la constituían, padres e hijos y algún familiar cercano. Esto trae sus consecuencias en el entorno de las mujeres, ya que su espacio social se redujo y perdió perspectiva, esta reducción quedó situada desde las tareas domésticas, la

crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en su ámbito “natural” (Burin, 1990). A partir de la función doméstica, se fue “configurando una serie de prescripciones respecto de la “la moral materna”, que suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico, con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición” (Burin, 1990, p. 29). La autora M. Burin (1990), se refiere al desarrollo de la moral materna y las condiciones de aislamiento y confinamiento en lo doméstico, como estructuras sociales, que “imprimieron en el psiquismo de las mujeres un cambio históricamente importante: *la gestación del “ideal maternal” como ideal privilegiado constitutivo de la subjetividad femenina. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garante para la salud mental femenina.*”<sup>1</sup>

El énfasis en la labor doméstica y el rol maternal de las mujeres, va asociado a la represión sexual. Según Foucault (2008) en el “siglo XVII sería el comienzo de una edad de la represión, propia de las sociedades llamadas burguesas, y de la que quizás todavía no estaríamos completamente liberados. A partir de ese momento nombrar el sexo se habría tornado más difícil y costoso” (p, 19). Con el desarrollo del capitalismo industrial y la fundación del valor moral del trabajo, el sexo se reprime porque es incompatible con la dedicación al trabajo (Burin, 1990). En relación a las mujeres, el goce de la sexualidad queda arraigado al goce de la maternidad. El rol

---

<sup>1</sup> Cursivas pertenecen a formato del texto original.

femenino emergente dentro del desarrollo del capitalismo, se posicionó en la esfera de la producción – reproducción, donde la mujer en cuanto madre cumplía el “papel de seleccionadora de la especie” por su mandato biológico, es así como su sexualidad queda confinada a la moral materna. La responsabilidad impuesta a las mujeres, como seres reproductores, las determina a ocupar los espacios de lo privado, de lo doméstico, como tal se le designa como la responsable de la familia y el bienestar de ésta. Asimismo se le implanta a la mujer la misión y un estatuto de abnegación con respecto al cuidado de la familia. Con esta perspectiva, se instalan diversos dispositivos institucionales, como el Estado y la escuela, donde son los encargados de controlar el bienestar de la institución familiar. En este sentido, si la mujer es la responsable del cuidado y bienestar familiar, es ahí, donde se fijara las miradas de los dispositivos. En torno a lo anterior, la autora Burin, destaca que, “en consonancia con la gestación de la familia burguesa, la locura comienza a ser aprehendida oscuramente como un desorden en el seno de las familias” (Burin, 1990, p. 30).

A partir del siglo XIX y con el avance del capitalismo industrial, “las mujeres se mueven, viajan. Migran casis tanto como los hombres atraídas por el mercado de trabajo de las ciudades donde encuentran empleo sobre todo como criadas” (Perrot, 1997, p. 39). En este periodo, se consagra la separación entre lo público y lo privado, de acuerdo a la autora Perrot (1997), ésta separación estaría consagra con el advenimiento del mercado laboral en las ciudades, lo cual atraen a las mujeres en

busca de oportunidades, se esfuerzan por canalizar el desorden potencial que se atribuye a la cohabitación entre hombres y mujeres.

En el seno de estas modificaciones y con el determinismo de la cultura patriarcal que imperaba, identificando a la mujer en tanto sujetos, con la maternidad, en torno a esta identificación se les ha asignado un lugar y un papel social determinado. Asimismo la cultura patriarcal ha utilizado diversos recursos materiales y simbólicos para mantener dicha identificación, tales como conceptos y prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la maternidad, el deseo maternal, el ideal maternal (Burin, 1996). En el capitalismo industrial, se observó la marcha de estos dispositivos de poder materiales y simbólicos, específicamente en los lugares y espacios que debían ser ocupados por cada sexo. Junto con la división del trabajo, se visualizan los lugares que en la práctica están prohibidos a las mujeres, esos lugares se constituían en el ámbito de lo público, como lo político, militar, intelectual y judicial, y otros que se les reservan casi con exclusividad, como los lavaderos, las grandes tiendas, los salones de té y el hogar. Estos lugares provocaban ciertos límites a las mujeres, concentrándolas en el espacio de lo privado, la noción de que su naturaleza las condena al silencio, las lleva a mantenerse en la oscuridad.

El objetivo que subyace en el capitalismo industrial es asignar un espacio exclusivo a las mujeres, es decir, había una “convicción de que, en tanto producía sujetos, la



mujer se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad” (Burin, 1990, p. 31).

Ahora bien, Pierre Bourdieu (2000) dirá, que las divisiones constitutivas del orden social, estaría al parecer, desde la posición del cuerpo biológico. Asimismo señala, que:

El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al *cuerpo en sí*, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, inscrita a su vez, junto con la división del trabajo, en la realidad del orden social. La diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y, muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales, puede aparecer de ese modo como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos, y en especial de la división sexual del trabajo (Bourdieu, 2000, p. 24).

Bourdieu (2000), de este modo, identificará, que los cuerpos y sus movimientos, se encuentran sometidas a una construcción social, en el cual no estarían completamente determinados, en su significación, sexual especialmente, ni completamente indeterminados, de manera que el simbolismo que se les atribuye es a la vez percibido como casi natural.

Se comprenderá de esta manera, que los cuerpos son posicionados de una determinada forma, a partir de la diferencia biológica, lo que produce una diferencia social construida. En términos específicos Bourdieu señala:

Gracias a que el principio de visión social construye la diferencia anatómica y que esta diferencia social construida se convierte en el fundamento y en el garante de la apariencia natural de la visión social que la apoya, se establece una relación de causalidad circular que encierra el pensamiento en la evidencia de las relaciones de dominación, inscritas tanto en la objetividad, bajo la forma de divisiones objetivas, como en la subjetividad, bajo la forma de esquemas cognitivos que, organizados de acuerdo con sus divisiones, organizan la percepción de sus divisiones objetivas (Bourdieu, 2000, p. 24).

Estos postulados nos permiten clarificar que el cuerpo de la mujer es uno de los elementos esenciales de la situación que ella ocupa en este mundo, específicamente Bourdieu (2000), afirma que las divisiones constitutivas del orden social como las relaciones sociales de dominación entre los sexos se inscriben, de manera progresiva, donde emerge las imágenes corporales como opuestos y complementarios, bajo la lógica de visión y de división, las cuales conducen a la clasificación de prácticas según unas distinciones reducibles a la oposición entre lo masculino y femenino, vale decir, esta clasificación y división corporal de los sexos, determinan la constitución de perfiles y prácticas sociales, que a cada sexo le corresponde por su condición, más bien, biológica, ésta concepción histórica percibida como una transgresión dentro del círculo feminista, estaría construida en y desde lo social, manifestándose como un garante natural.

Siguiendo con Bourdieu (2000), esclarece esta división corporal, a partir del lugar social que cada sexo representa, debido a su condición biológica, este autor manifiesta, que los hombres han sido situados en el campo de lo exterior, de lo público, del derecho, de lo alto, de lo seco, de lo discontinuo, se muestra como un realizador de los actos más peligrosos y espectaculares, como la decapitación de un buey o la guerra. Por otra parte, está la mujer, donde su situación es lo contrario, exactamente:

Las mujeres, al estar situadas en el campo de lo interno, de lo húmedo, de abajo, de la curva y de lo continuo, se les adjudica todos los trabajos domésticos, es decir, privados y ocultos, prácticamente invisibles o vergonzosos, como el cuidado de los niños y de los animales, así como todas las tareas exteriores que les son asignadas por la razón mítica, o sea, las relacionadas con el agua, con la hierba, con lo verde, con la leche (...) y muy especialmente los más sucios, los más monótonos y los más humildes (...) las mujeres sólo pueden *llegar a ser lo que son*<sup>2</sup> de acuerdo con la razón mítica, lo que confirma, sobre todo a sus propios ojos, que están naturalmente abocadas, a lo bajo (...) Están condenadas a dar en todo momento la apariencia de un fundamento natural a la disminuida identidad que les ha sido socialmente atribuidas (Bourdieu, 2000, p. 45).

Es posible ante este panorama, dar cuenta que la construcción de la subjetividad femenina, y como tal su identidad, ha sido forjada y determinante en su condición social. Es así, como la mujer es excluida de los espacios públicos, condenada a una

---

<sup>2</sup> Cursivas pertenecen a formato del texto original.

debilidad por su corporalidad y posicionada en un espacio exclusivo como reproductoras y cuidadoras.

Prosiguiendo con los postulados anteriores, en torno a la identificación cultural otorgada a las mujeres en tanto sujetos, con la maternidad, involucra posicionarnos, en que la maternidad es considerada como el núcleo básico de la identidad genérica femenina. Se ha construido una subjetividad en torno a la maternidad, en donde se instala desde la protección, comprensión y nutrición, en definitiva como sostenedoras de otros. La autora Ángeles Sánchez (1996) cita a Franca Basaglia, la cual describe a la mujer como *cuerpo-para-otros*, y que Marcela Lagarde la figura como *ser-de y para-otros*. Específicamente, esta condición social y biológica, conlleva a posicionar a las mujeres a ciertos lugares, prácticas, normas, actividades y conductas, particularmente asignadas al género femenino como propias y fundamentadas como naturales.

La condición social de la mujer tiene como base un orden social y simbólico, que históricamente se ha visto representada como madre, la autora Tubert (s.f), señala que la feminidad ha sido determinada como un sinónimo de maternidad. Ahora bien, es importante destacar, que esta condición, está sumergida asimismo a las circunstancias de protección, cuidado y preocupación hacia el otro, esto ha conllevado a la conformación de una mujer cuya identidad ha estado impuesta en relación con un otro.

De esta manera el devenir femenino estaría a partir de una fórmula enajenante que la sitúa en una constante relación con el otro, por medio del cuidado y la atención. Por consiguiente la autora Lagarde (2003) explica que:

El uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, cuyos principales destinatarios son *los otros*. Por eso, las mujeres desarrollamos una subjetividad alerta a las necesidades de *los otros*, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. Para completar el cuadro enajenante, la organización genérica hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a *los otros*, y jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de *los otros* sobre ellas (Lagarde, 2003, p. 2).

Si bien, la experiencia acumulada históricamente por las mujeres en estos roles de géneros asignados socialmente, se desprende, de manera relevante los cambios en la mujer actual. Con la creación de espacios educativos y recreativos para niños fuera del hogar, los avances tecnológicos que minimizaban las labores del hogar y con la difusión de los métodos anticonceptivos, llevó a las mujeres a circunscribirse no sólo al ámbito doméstico y reproductivo, sino también ser partícipe de las esferas públicas. Con esto se generan conflictos y dificultades en la identidad femenina, por un lado se encontraba la identidad históricamente asignada y por otra parte la identidad vivida. En este sentido, Lagarde plantea que:

Las transformaciones del siglo XX reforzaron para millones de mujeres en el mundo un *sincretismo de género*: cuidar a *los otros* a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno,

a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de *mujeres tradicionales-modernas* a la vez. Mujeres Atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse” (Marcela Lagarde, 2003 p.2).

Este conflicto, entre desarrollarse y mantener las actividades tradicionales, implicó una puesta en crisis de la subjetividad femenina que habían construido las mujeres hasta entonces (Burin, 1996). Al respecto se plantea tanto en la autora Lagarde como la autora Burin, que la sociedad patriarcal ha construido un sincretismo y un sentido centralizado de género, en donde fomenta en las mujeres roles de madre, esposa, ama de casa y cuidadora, este deber ser determinado como natural, provoca en su psiquismo contradicciones entre el desarrollo en los espacios públicos y en el deber ser tradicionales.

### **3.2.3 Salud mental femenina: desde la depresión a la violencia intrafamiliar.**

“Toda ciencia particular produce, en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad”

Georges Canguilhem  
Lo normal y lo patológico

Las investigadoras feministas a partir de la década de los sesenta, han descrito la división de trabajo entre hombres y mujeres a lo largo de la historia, donde se visualizan desigualdades y asimetría, siendo las mujeres las menos favorecidas, con una condición social que se manifiesta desde el sometimiento y la dominación. Se destaca dentro de las feministas que la subordinación del sexo femenino se articula a partir de una construcción discursiva, la cual genera categorías, imágenes y símbolos que definen los lugares que habrán de ocupar hombres y mujeres a lo largo de su existencia en las redes familiares y sociales (Tubert s.f).

En el capítulo anterior de la presente investigación sobre la “Condición social de la mujer”, se analiza la construcción de un orden social femenino en determinadas épocas, en donde existe un cruce históricamente relevante que tiene que ver con el cuerpo de la mujer, este cuerpo queda subsumido en el espacio privado – doméstico, con roles específicos por su condición biológica como reproductora de la especie, es así como culturalmente se ha identificado al sujeto femenino con la maternidad. De acuerdo al discurso médico hegemónico, en relación a la enfermedad y la salud, este

espacio determinado hacia las mujeres, serían un espacio de protección y un garante para su salud mental. Sin embargo, se ha visibilizado que estos espacios y lugares asignados socialmente a las mujeres, estaría influyendo en un malestar femenino, el cual se conecta con las formas de enfermar.

Ahora bien, históricamente se ha observado que la salud y enfermedad mental femenina se ha visto determinada por su condición biológica, claro ejemplo, comienza a fines del siglo XVIII, con las enfermedades del útero, esta enfermedad exclusiva de la sexualidad femenina se construye a partir del concepto medico psiquiátrico “la histeria”, la cual será considerada la locura femenina por excelencia (Burin, 1990). Si bien esta enfermedad mental estaba atribuida a partir de una determinada condición biológica, se ha declarado, que la histeria también se manifestaba por medio de una estructura moral.

Así se explica que en el siglo XIX muy pocas mujeres acostumbradas a la vida laboriosa y dura se pusiesen histéricas; en cambio, estaban muy inclinadas a serlo aquellas que llevaban una existencia burguesa ociosa, dentro del aislamiento del ámbito doméstico (Burin, 1990, p.32).

Es así, como nos aproximamos a una comprensión del malestar femenino. Las feministas declaran que el “*desempeño de roles de género tradicionales coloca a las mujeres en condiciones desventajosas para preservar su salud mental*”<sup>3</sup> (Burin,

---

<sup>3</sup> Cursivas pertenecen a formato del texto original.



1990, p. 87). Los modos de vidas tradicionales como el rol de esposa y su dependencia económica, el rol de ama de casa, la que está relacionada con las pocas oportunidades educativas, las cuales las dirigen a profesiones y puestos laborales con poco prestigio o poder social y el rol maternal que se ubica como un factor de riesgo, en especial las mujeres jóvenes con más de tres hijos, estos roles estarían involucrados en el malestar psíquico femenino. Por otra parte es relevante destacar, que en la actualidad, la situación del rol tradicional se ve disminuida, debido a la presencia de las mujeres en los espacios públicos. Sin embargo y cómo lo destaca Silvia Tubert (s.f) estos cambios afectan a sectores muy minoritarios de la población de los países occidentales y más reducidos todavía si nos referimos al mundo en general.

Si a fines del siglo XVIII fue la histeria como la enfermedad mental exclusiva por excelencia en las mujeres, en la actualidad la depresión ha sido considerada como el trastorno psicopatológico predominante en las mujeres. La histeria y la depresión “pasaron a ser consideradas paradigmáticas, como metáforas, de la falta de poder de las mujeres en nuestra cultura” (Burin, 1990, p. 88).

Ahora bien, posicionándonos desde la depresión femenina, Los estudios poblacionales dan cuenta, en su mayoría que esta enfermedad abarcaría con una mayor prevalencia en mujeres (MINSAL, 2006). Asimismo, lo confirma con

insistencia la autora Burin, que las mujeres son dos veces más propensas a padecer depresión que los hombres (Burin, 1990, p. 91). Cabe preguntarnos, qué estaría influyendo que las mujeres tengan la mayor prevalencia en diagnósticos de depresión. Existen diferentes postulados que estarían dando cuenta de esta problemática, por un lado se ha identificado una estrecha relación con los factores psicosociales, es decir, el contacto frecuente con familiares, amigos y confidentes, serían un factor relevante en la salud mental de las mujeres (Paltiel, s.f). Además, El Grupo de Trabajo sobre la Depresión de la Mujer de la Asociación Psicológica Americana investigó la relación de los trastornos observados con las características psicológicas de la mujer, como también, los hechos relacionados con la reproducción, la función social y las circunstancias de vida.

El grupo planteó la hipótesis de que había fuertes tensiones en la vida causadas por la pobreza, enfermedad física, relaciones familiares, circunstancias imperantes en el hogar, el trabajo y las pérdidas. Como rasgos de la personalidad se citaron poca estima propia, sensibilización a las funciones de cada género, orientación de la mujer hacia otras personas, actitud pesimista, idea de tener menos control de la vida y devaluación de la función desempeñada por el género femenino. (...) (Paltiel, s.f, p. 149).

Por otra parte, Dio Bleichmer plantea que la depresión estaría directamente relacionada con las formas de vida de las mujeres. De esta manera expresa que la búsqueda hacia la comprensión y explicación de las incidencias de depresión en mujeres, no debería ser desde la fisiología, sino más bien en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad (Dio Bleichmer, 2001, citada por Araneda, K.

Jara, C, 2010). Por tal, se entiende que el rol femenino estaría como base en la explicación de los malestares y en sus modos de enfermar. Esta explicación estaría inscrita en las características que construyen la feminidad, en este sentido, la pasividad, la dependencia, la sumisión, los ideales sociales como la maternidad, se constituyen como exigencias particulares femeninas, las que conllevan a delimitar a las mujeres como vulnerables y en constante riesgos de padecer una depresión.

Desde esta perspectiva, la autora Burin dará cuenta que la correlación establecida entre feminidad y depresión, se debería a la construcción de los roles de géneros femeninos, tales como madres, esposas y amas de casa y, muy particularmente, la maternalización de todos los roles que desempeñan las mujeres, las disponen a estar más atentas a las emociones y sentimientos tanto propios como ajenos (Burin, 1990). De esta manera, se establece a partir de los roles, comportamientos y desempeños esperables, es así como se desarrolla los típicos roles sexuales asignados tanto a los hombres como a las mujeres, desde este postulado se vislumbran los conflictos que se emanan entre los variados roles que desempeña el sujeto femenino y las propias expectativas de vida que tiene cada mujer, este conflicto, dirá Burin (1991), incide en el psiquismo femenino. Por una parte, se encuentra la madre, la ama de casa y la esposa. Sin embargo, en la actualidad muchas mujeres establecen relaciones extradomésticas, específicamente entran al mundo laboral y profesional, lo que generan en muchas mujeres una relación entre lo tradicional y lo moderno. Esta

dualidad provocaría una crisis en mantener los diversos roles tradicionales y el desarrollo profesional.

Siguiendo con los postulados de la autora Burin, tradicionalmente los motivos de consulta por depresión en mujeres, estaría aludida a la pérdida de algo, esta condición generalizada, ha sido interpretada por medio de las emociones femeninas, o sea, la dependencia afectiva que se va generando entre la mujer y la familia, la preocupación emocional constante por el otro, los ideales del yo o del sentido de la vida, la pérdida amorosa, el nido vacío, estarían resultando como una hostilidad que debería dirigirse hacia afuera en respuesta a una pérdida. Sin embargo, por el contrario esta hostilidad se vuelve contra sí misma. Esta autora enfatiza, que la subjetividad femenina se encuentra posicionada desde lo emocional y lo afectivo, lo que estaría explicando que la depresión sería la respuesta femenina a la frustración o a la pérdida, aquí la diferencia con el sujeto femenino, el cual en muchas ocasiones invierte su respuesta emocional como la frustración por medio a la agresión.

Según los antecedentes, existirían una serie de elementos complejos que estarían involucrados en la depresión femenina, lo que demuestran que los fenómenos que participan en la respuesta de una depresión no estarían desvinculados de las circunstancias concretas de la vida (Araneda, K. Jara, C, 2010).

Para complementar, en torno a la depresión femenina, Ana María Daskal (1994), por su parte, enumera una larga lista de condiciones que enferman a las mujeres y las cuales a su vez pueden estar involucradas en el desarrollo de una depresión. Daskal, señala que esta lista resultarían ser todas, en mayor o menor medida, como una ramificación de la discriminación de género:

- ✓ Participar de una situación permanente de conflicto, sin que éste sea reconocido por el contexto como tal, sino que les sea devuelto bajo la forma de una acusación;
- ✓ recibir mensajes contradictorios y/o paradójales acerca de lo que se espera de ella;
- ✓ una sociabilización de género que la moldea en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, dependencia, complacencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma, obstaculización del desarrollo propio, de la toma de contacto con sus propias necesidades, deseos, malestares;
- ✓ vivir en una cultura donde el modelo ideal o esperado para todas las cosas es el varón;

- ✓ pertenecer a un género que por ser subvaluado culturalmente, tiene vedadas experiencias de aprendizaje, de experimentación, de desarrollo y de valorización;
- ✓ la dificultad para relacionar sus malestares con las condiciones concretas que los producen;
- ✓ el condicionamiento que le impide cuestionar algunos deber ser de las mujeres, por no imaginar siquiera otras posibilidades válidas;
- ✓ tener una autoestima baja;
- ✓ el hecho de tener que demostrar que, pese a ser mujer, vale, puede, sabe;
- ✓ el entrenamiento en no expresar malestar, no reclamar, no pedir, no existir, aguantar, esperar;
- ✓ el esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, las del laboral y las propias;
- ✓ la postergación y/o la frustración de deseos, proyectos, necesidades;
- ✓ la falta de estímulos externos y la restricción de oportunidades objetivas;
- ✓ las presiones y mandatos para que cumpla con lo prescrito y la marginación como castigo si no lo hace;
- ✓ el aislamiento y la falta de cotejo de su propia experiencia con otras mujeres, debido a las condiciones de vida y a la desconfianza adquirida;

- ✓ el tironeo entre la necesidad de autonomía, por un lado, y de dependencia de una figura realmente fuerte, por otro;
- ✓ el ser víctima de malos tratos diversos, sin registrarlos muchas veces como tales.

En torno a los antecedentes anteriores, de manera general, la depresión femenina, por mucho tiempo ha sido examinada desde los factores biológicos, como por ejemplo las funciones hormonales, en donde se observan con mayor frecuencia en las etapas, menopáusicas y posparto. Actualmente y con la incorporación de la perspectiva de género en la salud mental del sujeto femenino, nos permite decir que, la depresión femenina tiene su origen en los factores psicosociales que figuran en la constitución del sujeto social femenino. De esta manera, y citando a Burin, el malestar de las mujeres entendido como una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuadra dentro de los clásicos criterios de salud o enfermedad, estarían caracterizados más bien, en términos de conflictos.

Los conflictos son siempre situaciones contradictorias, incompatibles entre sí, que pueden ser registrados por el sujeto tanto en forma consciente como inconsciente; en este último caso, el sujeto percibe la tensión o la ansiedad, pero no conoce no discrimina los términos del conflicto que la producen (Burin, 1990, pp. 39-40).

A modo general, la construcción de un orden social exclusivamente femenino a lo largo de la historia, ha ubicado a las mujeres en ciertos lugares, símbolos y espacios, la han involucrado a ciertos estilos de vida, lo cual se ve manifestada en la construcción de una determinada subjetividad e identidad, resultando de esta manera formas particulares de enfermar, donde se revela y percibe una tensión, un malestar, pero no se distingue la procedencia de tal malestar. Por tal la propuesta se funda en la necesidad de abarcar la singularidad del sujeto femenino como un sujeto con una historia social y cultural en el cual está inserta, y que por tanto podrían estar correlacionados en los modos de enfermar de las mujeres, como es la depresión.



## **Violencia doméstica**

*“El poder soberano no se afirma  
si no es capaz de sembrar el terror.”*

Rita Segato

Nuestra sociedad está presidida por un sistema social de dominio y control de lo masculino sobre lo femenino. Históricamente se nos ha educado tanto a hombres como mujeres a cumplir ciertos roles, conductas y deberes, en el caso de las mujeres se nos ha adjudicado ciertos rasgos sociales aprobados y permitidos como ser sumisas, pasivas, emocionales, ser para los otros y simultáneamente se les ha identificado principalmente como madres. Dentro de este espacio y lugar de movimiento femenino, se establece el orden social de ama de casa y proveedoras de alimentos en el hogar, como también las primordiales cuidadoras de los otros. Esto conlleva a la constitución de roles específicos que tienen que ver con la entrega y el servicio hacia los demás, considerándolas como sujetos de los espacios privados. (Molledo, 1994). Los hombres en cambio, son educados para el mundo público; es decir, se les ha adjudicado roles que tiene relación con el uso del poder, la racionalidad por sobre lo afectivo y la independencia. De esta manera se desprende que los roles asignados a la mujer subrayan la superioridad del hombre (Molledo, 1994), como base de este argumento estarían en las diferencias de los roles sexuales asignados a cada género, lo que llevaría a conformarse las relaciones de poder entre el hombre y la mujer, donde el hombre se desplaza dentro de la dominación y la mujer en la sumisión. La construcción social de los roles sexuales asignados a cada género

se han visto históricamente percibidos como naturales, siendo así pensado e identificado como esencia de cada uno de nosotros.

De acuerdo a lo anterior, la autora Rita Segato (2004), señala que, por largo tiempo, la historia del género ha vislumbrado la producción de la masculinidad, donde obedece a procesos diferentes a los de la producción de femineidad:

(...) la masculinidad es un status condicionado a su obtención – que debe ser reconfirmada con una cierta regularidad a lo largo de la vida - mediante un proceso de probación o conquista y, sobre todo, supeditado a la exacción de tributos de un otro que, por su posición naturalizada en este orden de status, es percibido como el proveedor del repertorio de gestos que alimentan la virilidad. (...) En otras palabras, para que un sujeto adquiriera su status masculino, como un título (...), es necesario que otro sujeto no lo tenga pero que se lo otorgue a lo largo de un proceso persuasivo o impositivo que puede ser eficientemente descrito como tributación. En condiciones socio-políticamente “normales” del orden de status, nosotras, las mujeres, somos las dadoras del tributo; ellos, los receptores y beneficiarios. Y la estructura que los relaciona establece un orden simbólico marcado por la desigualdad que se encuentra presente y organiza todas las otras escenas de la vida social regidas por la asimetría de una ley de status (Segato, 2004, p. 7).

Rita Segato, comprende las desigualdades estructurales de las relaciones entre lo masculino y femenino como un orden de estatus. De esta manera Segato responde que el estatus masculino a lo largo de la historia se ha constituido mediante un proceso de tributación, es decir las mujeres por medio de una imposición ha dotado a los hombres con el estatus de masculinidad. Por tal estos estatus que conforman una estructura relacional, establecen de manera significativa un orden simbólico, el cual

se manifiestan notoriamente en una diferencia en el orden social, sin embargo estas diferencias sociales entre lo femenino y masculino se denota una desigualdad que se comprende y se interioriza como naturalizada y en palabras de Segato como una ley de status.

Con este orden social establecido como desigualdades entre hombres y mujeres ha conllevado diversas formas de violencia contra la mujer. Asimismo se declara en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1997 del PNUD que “Ninguna sociedad trata a sus mujeres tan bien como a sus hombres” (Citado por Segato, 2003, p. 3), con esto se identifica, el cómo la mujer se ha visto en la sociedad, a partir de los lugares que ocupa, las rutinas, lo moral y en la normalidad en que se ha visto la condición social establecida hacia el género femenino.

Ahora bien, de acuerdo con los postulados anteriores, se identifican las desigualdades entre el género femenino y masculino, lo que a su vez -dirán las teóricas feministas- se constituye en el orden social la dominación, donde el rol masculino se determina como el dominante y lo femenino como la subordinada. Desde esta perspectiva, nos aproximamos a una comprensión de la violencia doméstica, específicamente hacia la violencia contra las mujeres que la ejerce tanto los hombres como la sociedad.

Es así que en esta presente investigación, entenderemos la violencia de acuerdo a la autora Segato, la cual identifica que:

La falta de correspondencia entre las posiciones y subjetividades dentro de ese sistema articulado pero no enteramente consistente producen y reproducen un mundo violento. El efecto violento resulta del mandato moral y moralizador de reducir y aprisionar a la mujer en su posición subordinada, *por todos los medios posibles*, recurriendo a la violencia sexual, psicológica y física, o manteniendo la violencia estructural del orden social y económico en lo que hoy los especialistas ya están describiendo como la “feminización de la pobreza” (Segato, 2003, p. 15).

La conducta violenta se encuentra relacionada con una forma de control y subordinación hacia el sujeto femenino. Esta situación de violencia se relaciona con las creencias naturalizadas asociadas a la condición de género. Segato (2003) al respecto, destaca que el grado de naturalización de la violencia se puede evidenciar, a través de las encuestas sobre violencia de género en el ámbito doméstico, las preguntas de las encuestas son colocadas en términos genéricos, por ejemplo, “¿usted sufre o ha sufrido violencia doméstica?”, de acuerdo a la mayor parte de las entrevistadas responden negativamente. Asimismo Segato, explica que, cuando se cambian los términos de la misma pregunta nombrando tipos específicos de maltrato, el universo de las víctimas se duplica o triplica. Esta autora da cuenta, que este ejemplo, se demuestra con claridad el carácter digerible del fenómeno, el cual es percibido y asimilado como parte de la normalidad.

Para la autora Segato, la violencia doméstica estaría situada a través de los estatus sociales entre la mujer y el hombre, de esta manera, esta autora propone que el sistema de status se basa en la usurpación o imposición del poder femenino por parte de los hombres. Esa usurpación estaría garantizando el tributo de sumisión, domesticidad y moralidad en las mujeres, conformándose así su status restringido en la vida social, por otra parte el status del hombre se moviliza mediante el dominio y lucir su prestigio ante sus pares. Es en la capacidad de dominar y de exhibir prestigio que se asienta la subjetividad de los hombres y es en esa posición jerárquica, que llamamos “masculinidad”, que su sentido de identidad y humanidad se encuentran entramados. Por consiguiente el status masculino tiene como base mitos y rituales universales que tienen que ver con la economía de poder basada en la conquista del status masculino mediante la censura de la mujer. Consecutivamente esta universalidad limita los status femeninos en una posición moral tradicional, alejándola de la vida política, quedando sucesivamente en la psique de los hombres. (Segato, 2003)

De esta forma la apuesta de la autora Rita Segato, es “que una de las estructuras elementales de la violencia reside en la tensión constitutiva e irreductible entre el sistema de status y el sistema de contrato. Ambos correlatos y coetáneos en el último tramo de la larga prehistoria patriarcal de la humanidad.” (Segato, 2003, p. 14)

Específicamente, Segato, entiende esta tensión, mediante la relación de poder que se ejerce socialmente entre lo femenino y masculino. Sin embargo, las subjetividades y las posición social de las mujeres entran en un conflicto, según esta autora este conflicto, se permite debido a una posición ambivalente de la mujer, por tal se entiende que las mujeres participan a través de su status restringido e impuesto de aquella economía simbólica, pero que a su vez estaría manifestándose como un sujeto social y psíquico capaz de autonomía, asimismo se comprende la situación social actual de la mujer, en donde, debe cumplir y adaptarse a la posición que le es atribuida socialmente, pero que sin embargo, renace una posición que no se asemeja y no se reconoce dentro del status femenino, esta posición deja de lado la sumisión, abarcando y conquistando los espacios públicos. Es así, como en palabras de Rita Segato, “la mujer es, en este sentido, una posición híbrida, un anfibio del orden de status y del orden del contrato, con una inserción doble en el sistema total de relaciones.” (Segato, 2003, p. 15)

### **3.3 Políticas sanitarias: El poder sobre la vida y la gestión preventiva**

Este capítulo tiene como propósito exponer, por medio de un trazo histórico, la conformación de las intervenciones sanitarias hacia el cuerpo humano. Para esto, el análisis Foucaultiano, con respecto al poder sobre la vida, nos aproxima a una comprensión del control y regulación social de la vida a partir de las intervenciones del cuerpo individualizado y que en la actualidad abarca a las poblaciones consideradas en riesgo.

Durante largo tiempo, el derecho hacia la vida y la muerte se limitaba como un privilegio exclusivo del poder soberano. Este poder, dirá Foucault (2008), era ante todo un “derecho de apropiación: de las cosas, del tiempo, de los cuerpos y finalmente de la vida; culminaba en el privilegio de apoderarse de ésta última para suprimirla.” (Foucault, 2008, p. 128). Sin embargo, la transformación de ese poder soberano en cuanto al derecho de muerte, era inminente, es así como en la época clásica en Occidente, este poder soberano se desplazó hacia las exigencias de un poder que administraba la vida. Este poder sobre la vida tenía como finalidad, aumentar, multiplicar, administrar y ejercer sobre la vida controles precisos y reguladores generales. En relación con lo anterior, se podría visualizar el traspaso del viejo derecho de hacer morir o dejar vivir por el poder de hacer vivir o el de rechazar la muerte. (Foucault, 2008).

Foucault (2008) señala que a mediados del siglo XVIII se conforma un poder sobre la vida centrado en el cuerpo-especie. Este poder interviene a un cuerpo atormentado por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos. Los procesos involucrados de acuerdo a Foucault son, la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad. De esta manera, se desarrollan una serie de intervenciones y controles reguladores para aquel cuerpo involucrado en algún problema definido como tal por este poder que interviene la vida de un cuerpo abatido. Ahora bien, estos controles reguladores de la vida, Foucault los definirá como la biopolítica de la población. Con esta definición podríamos señalar que este poder sobre la vida, ya no se instala a partir del cuerpo individual, sino hacia la población, a lo masivo.

La que alguna vez, fue la potencia de la muerte:

(...) en el cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida. Desarrollo rápido durante la edad clásica de diversas disciplinas- escuelas, colegios, cuarteles, talleres-; aparición también, en el campo de las prácticas políticas y las observaciones económicas, de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública (...) explosión, pues de técnicas diversas y numerosas para obtener la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones (Foucault, 2008, p. 132).

Foucault, dará cuenta que mediante las diversas disciplinas que administraban los cuerpos, se inicia la era de un bio-poder. Consecutivamente el bio-poder fue un elemento primordial en el desarrollo del capitalismo, éste no pudo afirmarse sino al



precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de la población en general a los procesos económicos (Foucault, 2008). Para realizar intervenciones a nivel poblacional, los aparatos del Estado como instituciones de poder, se aseguraron de mantener al cuerpo social en las relaciones de producción, por medio de la familia, la escuela, la policía, la medicina, estas instituciones lograban el mantenimiento de los procesos económicos, y como tal eran intervenidas por los aparatos del Estado, insertando métodos de control social que gracias al ejercicio del bio-poder, se efectuaron procedimiento a favor del capitalismo. De esta manera, “la invasión del cuerpo viviente, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas fueron en ese momento indispensables” (Foucault, 2008, p. 133)

El desarrollo del capitalismo en el siglo XVIII, estuvo ligado en algunos países occidentales con la entrada de la vida en la historia, con esto, Foucault quería decir “la entrada de los fenómenos propios de la vida de la especie humana en el orden del saber y del poder.” (Foucault, 2008, p. 134), o sea, en el campo de las técnicas políticas, en donde, se movilizaba este orden del saber y del poder. Este proceso, estuvo correlacionado con el desarrollo de los conocimientos relativos a la vida en general, el mejoramiento de las técnicas agrícolas, las observaciones y las medidas dirigidas a la vida y supervivencia de los hombres. Con este desarrollo se forma un dominio sobre la vida que apartaba algunas proximidades con la muerte, es así, como los procedimientos de poder y saber toma en cuenta los procesos de la vida con el

objetivo de controlarlos y modificarlos (Foucault, 2008). A partir de este proceso se visualiza un hecho relevante, donde lo biológico se refleja en lo político. Desde este fenómeno la vida ya no se ve sujeta hacia un azar de la muerte; ahora pasa a ser parte al campo de control del saber y de la intervención del poder. El dominio sobre la vida, proporciona al poder el acceso al cuerpo. Sin embargo, el poder no se enfrenta a la vida para someterla, sino que se adentra dentro de los procesos de la vida para gobernarlos mejor desde su interior mismo. (Muhle, 2009, p. 144)

Ahora bien, Foucault denomina el desarrollo del dominio y control de la vida, mediante el orden del saber y del poder, como “biopolítica”, en que es utilizado para: “designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana.” (Foucault, 2008, p. 135)

El bio-poder trajo consigo otra consecuencia, que es relativa a la creciente importancia hacia el juego de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley. De este modo, se comprende, que “un poder que tiene como tarea tomar la vida a su cargo necesita mecanismos, continuos, reguladores y correctivos.” (Foucault, 2008, p. 136). El poder para desempeñarse, necesita de la ley y, como señala Foucault, esta ley funciona siempre como una norma, y en consecuencia, la institución judicial se integra cada vez más en un continuum de aparatos, como por ejemplo la de los médicos, cuyas funciones son sobre todo son reguladoras (Foucault, 2008).

En términos de Foucault, es posible afirmar que nos encontraríamos en que la vida se determina como un objeto político, en otras palabras, la política fue un medio o un mecanismo, el cual bajo las normas, podrían regularizar y controlar aquel cuerpo viviente, de tal manera, lo biológico pasó a ser un tema político.

A partir de estos postulados, Foucault hace referencia al sexo como una explicación de este proceso de la intervención política hacia el cuerpo. Para Foucault, el sexo adquirió una importancia, como el “reto” del juego político, en donde emerge dos ejes principales como las disciplinas del cuerpo y la regulación de las poblaciones, en esta última, se inserta de manera global, las vigilancias infinitesimales, a exámenes médicos y psicológicos indefinidos, asimismo esta regulación de la población dio lugar a medidas masivas, tales como, a estimaciones estadísticas, a intervenciones que apuntan al cuerpo social entero o a grupos tomados en conjunto (Foucault, 2008). A través del sexo, Foucault, nos aproxima a una comprensión del desarrollo de una tecnología política de la vida, en palabras de este autor se explica que:

El sexo es, (...), acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones. Por ello en el siglo XIX, la sexualidad es perseguida hasta el más ínfimo detalle de las existencias; es acorralada en las conductas, (...) se la sospecha en las menores locuras, se la persigue hasta los primeros años de la infancia; pasa a ser la cifra de la individualidad, a la vez lo que permite analizarla y torna posible amaestrarla. Pero también se convierte en tema de operaciones políticas, de intervenciones económicas (mediante incitaciones o frenos de

procreación), de campañas ideológicas de moralización o de responsabilización (...) (Foucault, 2008, p. 138).

Desde esta perspectiva, las diversas tácticas utilizadas para el control de los cuerpos, se combinan el objetivo de las disciplinas del cuerpo y el de la regulación de las poblaciones. Estas tácticas o líneas de ataques, como las operaciones políticas, las intervenciones económicas, las campañas ideológicas de moralización o de responsabilización estarían componiendo las técnicas disciplinarias con los procedimientos reguladores. De acuerdo a Foucault (2008) las dos primeras líneas de ataque, se apoyaron en exigencias de regulación, en relación a las temáticas de la especie, de la descendencia y de la salud colectiva, para obtener efectos en el campo de la disciplina. Unos ejemplos prácticos estarían en la sexualización del niño, la cual se llevó a cabo con la forma de una campaña por la salud de la raza y “la histerización de las mujeres, que exigió una medicalización minuciosa de su cuerpo y su sexo, se llevó a cabo en nombre de la responsabilidad que les correspondería respecto de la salud de sus hijos, de la solidez de la institución familiar y de la salud de la sociedad” (Foucault, 2008, p. 139). Por otra parte las intervenciones de naturaleza regularizadoras que debían apoyarse en la exigencia de disciplinas y adiestramientos individuales, podrían visualizarse en el control de nacimientos y la psiquiatrización de las perversiones (Foucault, 2008).

Mediante la explicación de Foucault, en cuanto al desarrollo de la vida como un objeto político, nos acerca a una comprensión de diversas políticas sanitarias, que se

formaron en Chile, con el objetivo de intervenir la vida de los sujetos. Las políticas estatales de salud pública a partir del siglo XIX, se presentaban como políticas preventivas, donde intervenían los cuerpos que se encontraban en riesgo, tales como los cuerpos de los enfermos venéreos, las mujeres expuestas tras un aborto, el cuerpo cansado de las mujeres trabajadoras que parían una y otra vez en la soledad y en la miseria y los cuerpos debilitados de hombres ebrios abandonados en tugurios de la capital. (Zárate, 2008). Estos cuerpos considerados en riesgos por las políticas estatales, fueron los puntos primordiales de intervención, para una regulación y disciplina de aquellos cuerpos en constante peligro social, ya que no cumplían con las expectativas de los espacios económicos de producción.

En el texto “Nacimiento de la biopolítica”, Foucault, desarrolla la noción de peligro en el liberalismo, en donde argumenta que no existe el liberalismo sin una cultura del peligro. Este autor afirma que a partir de la “mecánica de los intereses no genere peligros, -ya sea para los individuos o para la colectividad- deben responder las estrategias de seguridad que, en cierto modo, son el reverso y la condición misma del liberalismo” (Foucault, 2007, p 86). A través del juego entre la seguridad y la libertad es donde se encontrara la razón gubernamental, es decir, “el liberalismo participa de un mecanismo en el que tendrá que arbitrar a cada instante la libertad y la seguridad de los individuos alrededor de la noción de peligro.” (Foucault, 2007, p. 86). El liberalismo, es un arte de gobernar, donde su fundamento se desenvuelve en la manipulación de los intereses, sin embargo, la manipulación de los intereses de la

sociedad, no pueden ser manipulados “sin ser al mismo tiempo el administrador de los peligros y de los mecanismos de seguridad/libertad” (Foucault, 2007, p. 86), los cuales deben garantizar una protección hacia los individuos o a la colectividad, en relación a los peligros sociales, lo que a su vez deben ser controlados para que los individuos estén lo menos posibles a la exposición de aquellos peligros.

Puede decirse que, después de todo, la divisa del liberalismo es “vivir peligrosamente” (...), esto es, que los individuos se vean a perpetuidad en una situación de peligro o, mejor, estén condicionados a experimentar su situación, su vida, su presente, su futuro, como portadores de peligro (...) (Foucault, 2007, p. 87).

Al respecto, la inserción de peligro en la vida cotidiana, lleva a posicionarse el término cultura del peligro. Con esto comienza las campañas relacionadas con la enfermedad y la higiene, como también se impone el miedo a la degeneración, por ejemplo del individuo o de la familia. De esta manera se ejerce una estimulación del temor al peligro. Foucault dirá, que esta sería una de las consecuencias de aquel liberalismo y del arte liberal de gobernar. Sin embargo, existió otra consecuencia relevante a exponer, la cual se entiende a partir de la extensión de “los procedimientos de control, coacción y coerción que van a constituir la contrapartida y el contrapeso de las libertades.” (Foucault, 2007, p. 87)

Ahora bien, la noción de peligro y el nacimiento de las políticas hacia el cuerpo biológico, nos permite adentrarnos a una comprensión de las políticas sanitarias y sus

campañas como mecanismos de control hacia los peligros que estaban expuestos los seres humanos. Por consiguiente emergen así, las políticas de gestión preventiva, tales como las campañas de prevención ante los avances de las enfermedades venéreas, las cuales fueron utilizadas para marcar el temor a través de discursos que sostenían que estas enfermedades invadían el bienestar familiar y social, en especial en cuanto a la trascendencia social, es así como se determina las enfermedades venéreas como enfermedades vergonzosas que producían un peligro para la trascendencia social (Labarca, 2008), otra campaña controversial que tuvo lugar a diversos discursos ideológicos, fue sobre el aborto, en donde a fines del siglo XIX y principios del XX fue considerada como un peligro para la nación. Las intervenciones ejecutadas por las políticas sanitarias se instalaron en los cuerpos femeninos, con un lema de protección de la mujer en pro de la natalidad (del Campo, 2008). Es así como nacen las inspecciones de maternidades y los asilos maternales para aquellas madres solteras que eran disuadidas de abortar, de esta forma, una situación de nivel privado, paso a ser un problema público y, como tal debía ser intervenido por las políticas estatales. Con estas circunstancias sociales, debemos destacar la participación principal de los discursos médicos hegemónicos, los cuales cumplieron un rol relevante en cuanto al desarrollo de campañas y políticas sanitarias, que se adentraron a los espacios privados para desplazarlos como asuntos públicos.

Otro ejemplo esclarecedor en cuanto a las campañas de las políticas sanitarias, era sobre los programas de planificación familiar que emergieron en el siglo XX. Estos

programas tenían como objetivo intervenir los cuerpos de mujeres obreras, con el fin de una regulación de la fertilidad y la conformación de familias reducidas, las cuales tenían como justificación la promoción de una modernización económica, es decir, perfilaban una promoción que aseguraría la estabilidad económica e impedirían la inestabilidad social. (Pieper, 2008)

Los programas de planificación familiar, mostraban un interés por las necesidades de las mujeres, no obstante aquel interés se movilizaba en razón de la reproducción. Los mecanismos de control se sumergen en los cuerpos femeninos, el peligro aparece en su forma femenina de manera que se impulsaron los nuevos accesos a los anticonceptivos, con el fin de suprimir los abortos y la mortalidad materna. Aunque aparece una nueva atención hacia el papel de las mujeres en la regulación de la fertilidad, no aumentó su poder para tomar decisiones tanto a nivel privado como público, en otras palabras, los programas de planificación familiar dirigía una nueva responsabilidad hacia las mujeres para prevenir embarazos o restringir el tamaño de la familia. Sin embargo, dejó intactas las jerarquías de género tradicionales que limitaban la autonomía femenina. (Pieper, 2008)

De acuerdo con esta perspectiva y en su reafirmación, la autora Pieper plantea que:

La mayoría de los médicos y los políticos demostraron un intransigente derecho a controlar el cuerpo de la mujer, impidiéndole una participación igualitaria respecto de decisiones relativas a su salud y reproducción. Si bien, algunas mujeres podían tomar mayor control de sus vidas regulando los embarazos y espaciando los nacimientos, pocas llegaron a actuar de manera autónoma e informada en asuntos que afectaban las más íntimas decisiones



que determinaban sus vidas. Las demandas por la integridad corporal y derechos reproductivos solo aparecieron como una parte central en las movilizaciones de las mujeres de la década de 1980 (Pieper, 2008, p. 219).

De esta forma, se vislumbra una transición clave que experimentaba la salud - y ya lo señaló Foucault, con el termino biopolítica- que la salud deja de ser un objeto de interés privado-individual, para convertirse en intereses públicos y colectivos (Zárate, 2008)

A partir, de este marco, el papel del Estado que se moviliza en su quehacer en el mandato ideológico, económico y social de preservar la vida humana, irrumpe como gestor de las políticas sanitarias. En particular, esta circunstancia histórica demuestra “la transición que ha marcado la preocupación por lo íntimo y por la preservación de la vida como una cuestión de interés privado a uno de naturaleza política.” (Zárate, 2008, p. 15)

El Estado aparece como el responsable directo de una red de distintos dispositivos, esto se impone debido al nuevo modelo de gestión de los hombres. El nuevo modelo de gestión proviene de una especialización por parte de los dispositivos de intervención social, donde el Estado debe jugar el papel de regulador, “definir las reglas generales de gestión y saber, llegado el caso, consolidar, seguir o abandonar la intervención privada en la gestión pública” (Castel, 1984, p. 144). Este nuevo modelo de gestión, dirá Castel, se muestra como estrategias, “que pretenden ser, sobre todo,

preventivas, y la moderna prevención pretende ser, ante todo, detectora de los riesgos” (Castel, 1984, p. 153)

Si bien, en algún momento gobernaba la cultura del peligro, es ahora la presencia de la categoría de riesgo, la que estaría movilizándolo el terreno de acción sanitaria y social.

Robert Castel definirá riesgo de la siguiente manera:

Un riesgo no es el resultado de la presencia de un peligro concreto para una persona o para un grupo de individuos, sino la relación de datos generales impersonales o factores (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables (Castel, 1984, p. 153).

Ante esta perspectiva, Castel, nos señala que la categoría riesgo aparece ante un conjunto de asociaciones y correlaciones de factores, esta carga expansiva de factores, es la que sostiene y propulsa una intervención. Es relevante destacar que, los factores se determinan en base grupales, es decir, que los factores son detectados mediante una población que cumplen con una específica situación de riesgo, para detectarlo, es necesario analizar indicadores estadísticos y probabilísticos, que segregan cierta problemática social. De esta manera se detectan las poblaciones que estadísticamente son portadoras de riesgo. Como ejemplo, para este panorama, Castel (1984) señala que:

Ser hijo (...) de una madre soltera que es a la vez mujer de la limpieza (o sin profesión, extranjera o estudiante), de menos de diecisiete años o de más de cuarenta, con un número de embarazos superior a la media (...) la presencia de tales factores basta para desencadenar un señalamiento automático, en virtud de axioma de que una <<madre con riesgo>> engendra o educa hijos con riesgo (p.153).

En definitiva, las políticas sanitarias y sus dispositivos, tiene como objeto ante todo vigilar para prevenir, es decir, ponerse en posición de anticipar la emergencia de acontecimientos indeseables que podrían encontrarse en el seno de una población que ha sido estadísticamente detectada como portadora de riesgo. (Castel, 1984) Estas poblaciones estarán sujetas a una “vigilancia especial y de investigaciones específicas que permitirán señalar a los sujetos concretos que deben ser tratados” (Castel, 1984, p. 1960). Los programas, planes y dispositivos, destinados por el Estado como mecanismos de vigilancia, son hasta nuestros días los que indican e intervienen aquellos grupos que se han asignados como en riesgo social.

## 4. MARCO METODOLÓGICO

### 4.1 Enfoque Metodológico

Esta investigación se encuadra dentro del enfoque cualitativo, el cual se comprende, “como un método de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones.” (Hernández, Fernández y Baptista. 2004, p. 5). Asimismo este tipo de metodología consiste como un modo de encarar el mundo empírico, por tanto un enfoque cualitativo conlleva a comprender fenómenos sociales complejos, lo que implica considerar en una investigación social estrategias de procedimientos que logren entregar una factibilidad al estudio de una realidad enmarcada por el investigador, el cual influye de manera directa en los resultados de la investigación.

Un enfoque cualitativo, “pretende buscar la comprensión de los procesos sociales, más que su predicción, o si se prefiere, el buscar dar cuenta de la realidad social, comprender cuál es su naturaleza, más que explicarla.” (Iñiguez, 2008.). De acuerdo a lo que propone Iñiguez, comprender los procesos sociales, involucra instrumentos analíticos que descansan en la interpretación de una realidad subjetiva y esta realidad logra visualizarse, es decir, comprenderla o entenderla por medio de discursos de los sujetos, en donde logran conformar un sentido desde el investigador.

Específicamente, esta investigación, tiene el interés de indagar desde del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSM), las consideraciones de género, tanto en sus fundamentos como también en sus propuestas metodológicas de intervención, con el objetivo de adentrarnos a un cierta realidad social, en cuanto a la salud mental femenina y asimismo comprender la construcción del sujeto social femenino, en relación a su categorización de población vulnerable. Por tal, el discurso del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se comprende cómo un discurso médico y político, el cual nos permitiría interpretar la realidad subjetiva de la salud mental femenina.

Las metas en general de las prácticas cualitativas de investigación social, es el conocimiento de lo social, en donde se parte con la premisa de que existe una realidad que descubrir, el cual se instala desde los individuos, ya que son los agentes que construyen la realidad y como tal son los que proporcionan significados al fenómeno social, por medio del un lenguaje natural. (Hernández y colaboradores, 2004)

Sin embargo, como lo señala Delgado y Gutiérrez (1999):

En la investigación cualitativa el investigador es el lugar donde la información se convierte en significación (y en sentido), dado que la unidad del proceso de investigación, en última instancia no está ni en la teoría ni en la técnica – ni en la articulación de ambas- sino en el investigador mismo (Delgado y Gutiérrez, 1999, p. 77).

De acuerdo con Delgado y Gutiérrez, el investigador influye de manera directa en los resultados de la investigación, ya que el análisis y la interpretación se conjugan desde el investigador. Por tanto, es relevante en las investigaciones con una metodología cualitativa, que el investigador suspenda sus creencias y predisposiciones preconcebidas, en relación al tema de investigación, para conocer, entender y comprender los discursos procedentes de los propios sujetos. En este sentido, el investigador concibe los datos y discursos de las personas de manera “fresca, natural y holística”, (Hernández y colaboradores, 2004, p. 18) en donde las mediciones de las variables no están contempladas, sino en entender los fenómenos involucrados.

En este contexto el carácter estratégico de una investigación cualitativa, estaría como lo señala Neuman (1994) en mantener una doble perspectiva: “analizar los aspectos explícitos, conscientes y manifiestos, así como aquellos implícitos, inconscientes y subyacentes. (Hernández y colaboradores, 2004, p. 13)

Por tanto, en esta investigación:

Se abandona la pretensión de objetividad, como propiedad de una observación desde afuera –por ejemplo, para indicar al objeto: con el dedo índice, lo que está allá afuera-, y se asume el postulado de la subjetividad como condición y modalidad constituyente del objeto, que observa desde sus propias distinciones y esquemas cognitivos y morales (Canales, 2006, p. 21).

De este manera, el enfoque cualitativo se presenta como apropiado para sustentar ésta investigación, ya que un enfoque cuantitativo nos llevaría a una medición numérica, a

datos duros y a estadísticas que superarían la comprensión discursiva tanto explícita como subyacente desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en relación a la salud mental y enfermedad del sujeto femenino.

#### **4.2 Tipo y diseño de investigación**

Según el autor Hernández y colaboradores (2004), son dos los factores que influyen en que una investigación se inicie como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo, estos son “el estado del conocimiento sobre el tema de investigación, mostrado por la revisión de la literatura, y el enfoque que se pretenda dar al estudio.” (Hernández y colaboradores 2004, p. 115)

Por consiguiente, el tipo de investigación a realizar presenta un carácter exploratorio y descriptivo.

De acuerdo a la temática de esta investigación se considera que (el interés de las ciencias sociales por los estudios de género en las últimas décadas –podemos intuir- que no ha tenido el impacto necesario en las políticas públicas), específicamente en Chile, asimismo, los estudios realizados han surgido debido al auge que se ha manifestado en diferentes áreas, en relación a la temática de género. Sin embargo, los estudios o investigaciones de la salud mental en Chile desde una perspectiva de género han sido emergentemente explotada en nuestra realidad social, debido a la relevancia de incorporar en las políticas el enfoque de género, en Chile y particularmente en el gobierno de Michelle Bachelet, se destacó la consolidación de

la transversalización en cuanto al género dentro de las políticas públicas. En otros países de Latinoamérica este tema ha sido investigado, pero sus desarrollos se han mantenido en descripciones que carecen -de acuerdo a la investigadora- de un carácter crítico y acucioso en torno a discursos y prácticas. Por tanto “los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se abordado antes.” (Hernández y colaboradores 2004, p. 115). En esta investigación se pretende indagar en un problema poco estudiado en Chile, especialmente si se considera al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría como un acercamiento a la comprensión, en cuanto a las consideraciones de la salud mental femenina desde las políticas del Estado.

Las investigaciones de tipo descriptivo, tienen como propósito:

(...) describir situaciones, eventos y hechos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Dankhe, citado en Hernández, 2004, p. 117).

En torno a cita expuesta, la presente investigación también tiene un carácter descriptivo. Ya que se pretende describir el cómo se manifiesta el fenómeno a estudiar, es decir, una investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Por tanto indagar por medio del Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría en cuanto a sus



consideraciones de género, nos aportaría un acercamiento hacia la comprensión, en relación a la categorización y características de la salud mental femenina. Asimismo la recolección de información, como las investigaciones, estudios y publicaciones sobre la Salud mental femenina y género, contribuiría a una mayor comprensión en cuanto a la temática de estudio.

El autor Miguel Valles (2003), explica que: “diseñar significa, ante todo, tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso.” (p. 78)

El diseño de investigación utilizado será de tipo *no experimental*, ya que no se manipulara deliberadamente las variables de forma intencional, puesto que la presente tesis tiene como pretensión indagar en el fenómeno a estudiar tal y como es en su contexto natural, para luego ser analizado (Hernández, 2004). Por tanto el diseño no experimental facilitará a la investigación adentrarse en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de forma tal y cual se presenta en el documento mismo, el fenómeno que se pretende analizar.

Ahora bien, según el autor Hernández (2004) los diseños *no experimentales* se clasifican en transaccional y longitudinal, no obstante, en relación a los alcances de la presente investigación, se utilizara el diseño transaccional, el cual se describe como un diseño que “recolecta datos, en un tiempo único. Su propósito es descubrir

variables y analizar sus incidencia e interrelación en un momento dado (...)”  
(Hernández y colaboradores, 2004, p. 270)

De esta manera, finalmente, se considera que el diseño transaccional, es apropiado para la investigación, considerando que el Plan Nacional de Salud Mental a estudiar es del año 2001, y los cambios que se puedan llevar a cabo en el PNSM de aquí en adelante, no afectarían al estudio, ya que la intención de la investigación es recabar datos, en relación a las consideraciones de género desde el PNSM (2001), para luego analizar y acercarnos a una comprensión de la salud mental femenina en su contexto histórico.

### **4.3 Delimitación del campo a estudiar**

El campo de estudio de la investigación, se sitúa en las políticas públicas de salud mental del Estado, dirigidas a la población Chilena en general, Específicamente nos posicionaremos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental (edición 2001), el cual se mantiene bajo la lógica tecnicista en sus planteamientos de intervención, con objetivos explícitos de prevención y promoción en las enfermedades de prioridad nacional. Por tanto el objetivo de esta investigación es conocer las consideraciones de género que pueden emerger desde Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en cuanto a la salud mental femenina. Pensando que el problema de esta investigación se sitúa en torno a

la construcción social que se ha llevado a cabo históricamente en relación a las enfermedades de las mujeres y cómo éstas a su vez han sido abordadas en las prácticas médico psiquiatra.

#### **4.4 Técnicas e instrumento de recolección de la información**

Se considera que la estrategia metodológica de obtención de información más adecuada para la investigación es la recopilación documental.

*La recopilación documental* consiste en una revisión bibliográfica sobre los temas relacionados con el problema de investigación. Ahora bien, es necesario adentrarnos a la comprensión del uso de materiales documentales, para aproximarnos a una comprensión detallada en cuanto a su utilización en una investigación cualitativa como esta.

De acuerdo a Valles (2003), citando a Erlandson, comprende el termino documento, “como una amplia gama de registros escritos y simbólicos, así como cualquier material y datos disponibles” (Valles, 2003, p. 120). Comúnmente, las tesis de investigación cualitativa utilizan técnicas de observación o entrevistas para la obtención de información, No obstante los datos obtenidos de los documentos también pueden usarse de las misma manera que los derivados de las entrevistas o las observaciones (Valles et al., 2003)

A todos los “textos”, en realidad, se les puede “entrevistar” mediante preguntas implícitas y se les puede “observar” con la misma intensidad y

emoción con la que se observa un rito nupcial, una pelea callejera, una manifestación popular. En este caso la lectura es una mezcla de entrevista/observación y puede desarrollarse como cualquiera de ellas (Ruiz Olabuénaga e Ispuza, 1989, citado por Valles, 2003, p. 120).

Es fundamental para la presente investigación indagar y revisar los documentos pertinentes para la obtención de respuestas a la pregunta de investigación, en este sentido el acercamiento a los documentos esta previsto desde preguntas e interrogantes desde la investigadora. Es relevante considerar que los “documentos son cosas que podemos leer y que se refieren a algún aspecto del mundo social” (Valle, 2003, p. 120). Este aspecto social, radica desde los discursos empleados para la conformación del texto, en el cual se puede inferir una intencionalidad de registrar el mundo social.

MacDonald y Tipton, Diferencian los tipo de documentos por documentos escritos y documentos visuales (Citado por M. Valles, 2003, pp. 120-121). Claramente para esta investigación se consideraran los documentos escritos, específicamente documentos oficiales de las administraciones públicas: informes y estadísticas oficiales en general, como también publicaciones en revistas digitales, textos de compilación y declaraciones de organismos internacionales y nacionales, en cuanto al tema central de la investigación.

Las fuentes documentadas empleadas se clasificaron, de acuerdo a lo propuesto por autores Españoles, los cuales distinguen tres tipo de datos sobre la realidad social:

1. Los datos primarios
2. Elaboración secundaria de datos primarios
3. Datos secundarios.

Para los objetivos de la investigación y las fuentes documentales para la obtención de información, se considera que los datos secundarios son los tipos de datos con los cuales se trabajará, Específicamente los datos secundarios son:

(...) un cúmulo de informaciones que se hallan recogidas o publicadas por diversas instituciones sin propósitos específicos de investigación social, sino con otros fines muy variados, fundamentalmente, proveer de información o documentación a los órganos del Estado o al público (...) (Almarcha, 1969, citado por Valles, 2003, pp.121-122).

Las ventajas de utilizar fuentes documentales, recae en la diferencia entre la información obtenida por el investigador, mediante técnicas de observación o entrevistas y el material documental, esto yace en que los materiales documentales suelen producirse en contextos naturales de interacción social. Esto se debe, específicamente a la ausencia del investigador, es decir, el investigador no influye con su presencia en las reacciones que éste puede provocar en las personas cuando se saben investigadas (Valles, 2003, p. 129). Otra ventaja, estaría en la exclusividad de los materiales documentales, esto se debe a que el contenido informativo que proporcionan algunas fuentes documentales “tiene un cierto carácter único, pues difiere del que puede obtenerse mediante técnicas directas de observación y conversación” (Valles, 2003, p. 129).

#### **4.5 Plan de análisis de la información**

Para esta tesis, se llevará a cabo un plan de análisis de la información, basado en el análisis crítico del discurso (ACD), en el cual, desde el autor Teun A. van Dijk, se define:

Como un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político. El análisis crítico del discurso, con tan peculiar investigación, toma explícitamente partido, y espera contribuir de manera efectiva a la resistencia contra la desigualdad social (Teun A. van Dijk, 1990, p. 23).

El análisis crítico del discurso concibe al lenguaje como un medio, donde se puede revelar ciertas prácticas sociales, y a su vez, se instala como una perspectiva metodológica, con el fin de desvelar problemas sociales y políticos, por medio de mecanismos discursivos (van Dijk, 1990).

El autor Teun A. van Dijk (1990) dirá que la función del análisis crítico del discurso se centra en esclarecer las formas de poder, por medio del acceso al discurso y a su control. Dirá además que el objetivo principal del ACD se centra en entender y analizar la reproducción de dominio y la desigualdad social que surge del discurso, es decir, se interesa de forma particular por la relación entre lenguaje y el poder (Wodak, 2001). De esta manera, se comprenderá que un discurso es un conjunto de

prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. Ahora bien, es relevante para ACD, el estudiar, cómo estas prácticas lingüísticas establecen relaciones sociales, como es la desigualdad, el poder, la dominación, la ideología.

Para el ACD: Las estructuras dominantes estabilizan las convenciones y las convierten en algo natural, es decir, los efectos del poder y de la ideología en la producción de sentido quedan oscurecidos y adquieren formas estables y naturales: se los considera como algo <<dado>> (Wodak, 2001, p. 20)

De acuerdo a la cita anterior, el ACD tiene como punto de estudio, despojar el carácter ideologizado de los mecanismos discursivos, mediante el descifrado de las ideologías. En este sentido y para esta investigación, el describir e indagar en los discursos subyacentes que manufacturan diferencias y establecen lógicas de dominación masculina en relación al género femenino, nos aproxima a entender que “el género está “endógenamente” producido *en y a través* del discurso como práctica social” (McIlvenny, 2002, en Martínez-Guzmán y Iñiguez-Rueda, 2010, p. 37), por tanto se desprende que, las vivencias y las expresiones de género “habitan en espacios de significación que son en buena parte producidos y reproducidos por prácticas discursivas” (Martínez-Guzmán y Iñiguez-Rueda, 2010, p. 37)

Finalmente, se considera que el ACD, es un análisis que mejor parece dar cuenta de discursos subyacentes que conforman una realidad social, esta idea proviene de la asunción de que “el discurso es una práctica, que lleva a cabo acciones y tiene un

carácter productivo con respecto a la realidad social” (Martínez-Guzmán y Iñiguez-Rueda, 2010, p. 37). Por tanto este análisis nos permitirá desvelar los discursos subyacentes en cuanto a la construcción de género desde el PNSM. Esto desde la premisa del autor Teun Van Dijk, el cual señala, que a partir del ACD se puede evidenciar cómo el “discurso contribuye a la reproducción de la desigualdad y la injusticia social determinando quiénes tienen acceso a estructuras discursivas y de comunicaciones aceptables y legitimadas por la sociedad. (Van Dijk en Martínez – Guzmán, L. Iñiguez, 2010, p. 39)

En relación a los pasos a seguir de un ACD, se denota, que, “(...) no existe ninguna forma de obtención de datos que sea característica del ACD” (Meyer en Wodak, 2001, p. 48). Por tanto se utilizará un *Análisis Cualitativo por Categorías* propuesto por Genoveva Echeverría (2005). A continuación los pasos a seguir en esta investigación.

### **Procedimiento de análisis**

1. Como punto de partida, en esta investigación se trabajará con el PNSM, en donde, a partir de una lectura extenuante, se recurrirá a la generación de unidades básicas y menores del texto (Echeverría, 2005), es decir, se trabajará con fragmentos del texto, que pasan a denominarse citas, las cuales “refieren a unidades de sentido que han sido elegidas y fragmentadas por la



investigadora” (Echeverría, 2005, p. 7). Cabe destacar, que este procedimiento tiene como base el rescatar y destacar las citas que aluden a temáticas relevantes para el problema definido en esta investigación. (Echeverría, 2005)

2. De acuerdo al primer y al segundo objetivo específico de la presente investigación, se agruparan las citas para luego construir y nombrar los tópicos de análisis que emanan desde las citas elegidas, estas agrupaciones responden a ideas en común que permitirán constituir temas diferenciables.
3. La construcción y revisión de los tópicos se establecen a partir del primero y segundo objetivo específico, por tal, se comprende desde esta investigación, que los objetivos específicos serán contemplados como agrupaciones de un mayor nivel abstracción e integración, las cuales estarán especificadas como categorías.
4. Finalmente, “se construye una integración interpretativa que buscará situar las categorías y tópicos dentro de una red de sentido” (Echeverría, 2005, p. 9). De esta manera, se procederá a realizar un análisis, en donde se elaborará una integración e interpretación, el cual supere el nivel descriptivo. En este procedimiento de análisis, se pretende que “a partir de la lectura de las categorías se construya un texto que conecte las mismas, de forma de ir volviendo a un todo articulado, superando así la fragmentación propia del trabajo de análisis” (Echeverría, 2005, p. 27). Consecutivamente, el tercer

objetivo, el cual plantea Describir la(s) construcción(es) social(es) de las enfermedades que afectan a las mujeres a partir del Sistema Sexo Género vigente, será trabajado en este último procedimiento.

## 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

### 5.1 Resultados

#### Categoría 1:

Las principales enfermedades que afectan a las mujeres según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

*Identidad y subjetividad femenina*

Este núcleo temático pretende rescatar –desde el discurso del PNSM- la concepción que posee este plan, en cuanto a las enfermedades que estarían afectando a las mujeres. Asimismo es relevante destacar, que el discurso del PNSM es la matriz que enmarca hasta la actualidad las prácticas en salud mental en nuestro país. De esta manera, cobra importancia conocer el discurso subyacente que se despliega del plan, para conocer la visión de los sujetos (médicos) que construyeron el actual PNSM que estaría rigiendo en distintos dispositivos de intervención en salud mental.

## **Tópico 1: Identidad y subjetividad femenina**

Este tópico pone de manifiesto, desde el PNSM, la visión de que las mujeres en general, son consideradas como los sujetos con mayor riesgo de padecer episodios depresivos y asimismo el grupo de mayor vulnerabilidad. El grupo de mujeres consideradas por el PNSM con un mayor riesgo de padecer una depresión se encontraría entre los 20 y 45 años, de acuerdo a este rango de edad, se identifica varios aspectos, tales como, la maternidad, la crianza de los niños, la labor doméstica y extradoméstica, estos aspectos sociales referidos al sujeto femenino, estarían influyendo en el malestar psíquicos de muchas mujeres que cumplen con diferentes actividades, las cuales desembocan en situaciones estresantes.

“La depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en ellas.” **pág. 90. Cap. 3 Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Personas afectadas por depresión.**

“La depresión es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños.” **Pág. 90. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Personas afectadas por depresión.**

(En relación a la depresión) “Puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, por una disposición o tendencia heredada a la depresión, o bien por una combinación de ambos factores.” **Pág. 90. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Persona afectadas por depresión.**

El PNSM, asume la relevancia de intervenir en los procesos de violencia intrafamiliar, aclarando a su vez que son las mujeres mayoritariamente víctimas de agresiones tanto físicas como psicológicas. De esta manera se visualiza el grado de daño en la psique femenina a causa de la violencia intrafamiliar, por tal, el PNSM enfatiza como prioridad en las intervenciones de salud mental, los grupos de mayor riesgo que recaen en las mujeres de mediana edad, las cuales se encontrarían con mayor vulnerabilidad por su condición social, como ser madres de muchos hijos y amas de casa, en definitiva, las mujeres que mantienen una condición social tradicional, en donde conservan una vida aislada de lo público.

“La violencia intrafamiliar ejercida hacia las mujeres (...) provoca daños en su salud física y psicológica. Los daños físicos pueden ser lesiones de distinta gravedad e incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Los daños en la salud mental son el Estrés Pos Traumático, la Depresión, los Trastornos Psicosomáticos y pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados.” **Pág. 78. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.**

“Se estima que alrededor del 33.6% de las mujeres vive algún grado de violencia en sus relaciones familiares” **Pág. 78. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.**

“En uno de cada cuatro hogares chilenos se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Se estima que por cada 1000 mujeres entre 15 y 65 años, 336 de ellas sufre algún grado de violencia en sus relaciones familiares (...)” **Pág. 79. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.**

“Por cada 1.000 mujeres atendidas en establecimiento de APS, 60 presentarían una situación de violencia grave en el hogar que motiva una consulta por alguna molestia física o psicológica.” **Pág. 79. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.**

“(...) Algunos de los grupos de mayor riesgo, para las prioridades actuales son: Embarazadas, mujeres adultas que viven violencia intrafamiliar, con muchos hijos, jefas de hogar, con enfermedades crónicas, en condiciones de vida difíciles por pobreza y aislamiento (...)” **Pág. 56 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental**

“La explicación de que los sectores menos favorecidos, de los países que han superado la transición epidemiológica, se vean más afectados por las enfermedades

tanto física como mental parecen ser, más que las dificultades de acceso a los servicios de salud, factores psicosociales, asociados al desempleo, las bajas remuneraciones, deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, escasa participación social, hacinamiento (...)" **Pág. 21. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental**

Otro aspecto visibilizado desde el PNSM sobre los riesgos de padecer una enfermedad mental, se asocia a la carga psicosocial de las personas que viven una vida moderna, esta carga se ve relacionada con una limitación en la calidad de vida. Sin embargo y a partir de una perspectiva de género se demuestra de forma global las problemáticas que padecen tanto hombres y mujeres, se presentan las situaciones de manera general, lo que no demuestra precisamente la carga psicosocial de muchas mujeres, las cuales estarían expuestas a una vida de desigualdad laboral y social, donde su identidad y subjetividad se ven constantemente sujetas a contradicciones en su deber ser.

“Más allá de los aspectos estrictamente socioeconómico, toda la población de un país asume la **-carga psicosocial-** de la vida moderna, que ha sido definida como “la limitación más importante para la calidad de vida de las personas en las sociedades actuales”. Esta carga se expresa como estrés crónico asociado a incertidumbre y condiciones en el trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, formas de vida condicionadas por las grandes ciudades, falta de identidad, individualismo, competitividad, etc.” **Pág. 21. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental.**

“La carga psicosocial se acrecienta por la **falta de cohesión social**, producto, principalmente, de las desigualdades” **pág. 22. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental.**

Con la cita anterior se presenta otro aspecto señalado por el PNSM en torno a la carga psicosocial, la cual se ve acrecentada por la falta de cohesión social, de esta manera el PNSM asigna como un producto de la falta de cohesión social las desigualdades, a partir de esta declaración nos acercamos a las problemáticas sociales que por largo tiempo han influido en las relaciones entre hombres y mujeres y las brechas psicosociales y culturales que se han desarrollado en la historia.

“(…) hay evidencia de la relación entre presencia de enfermedad mental, menor escolaridad, estrés laboral y vivienda de mala calidad.” **Pág. 22. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental**

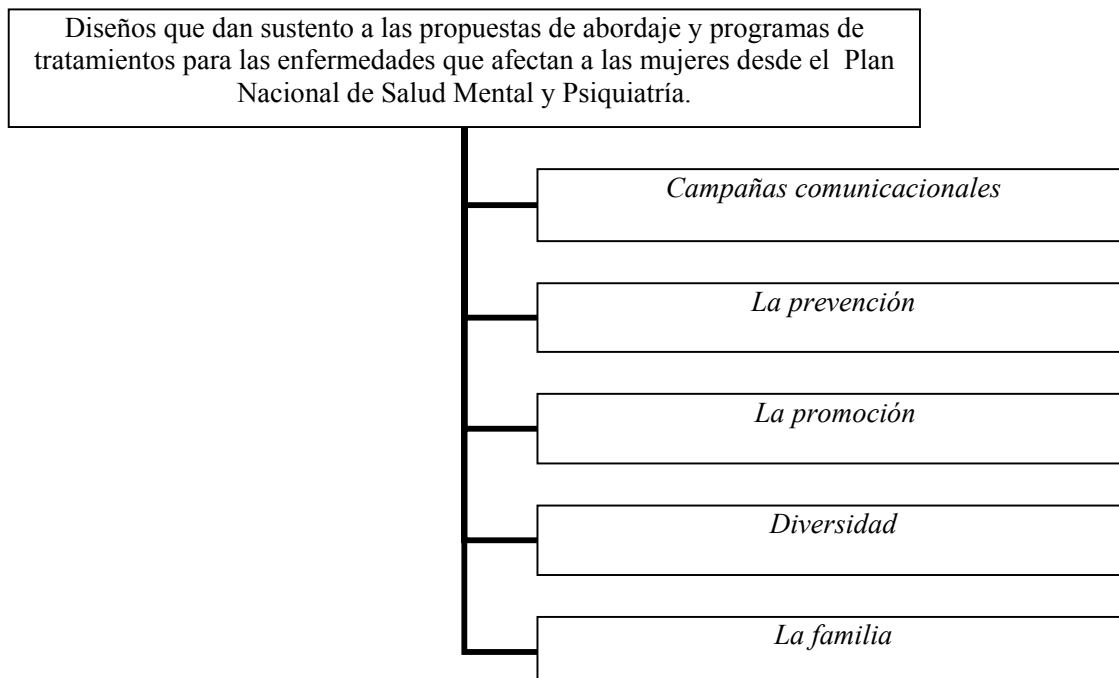
Por medio del discurso del PNSM, se desprende la perspectiva que tiene en cuanto a las enfermedades mentales, en donde se asocian generalmente a problemáticas psicosociales, dando cuenta de que las condiciones sociales como la baja escolaridad, el estrés laboral y el impacto en la salud física y mental que pueden llegar a tener las personas que ejercen la labor de cuidadoras son consideradas como causas de riesgo de padecer un malestar psíquico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones son las mujeres que cumplen el rol de cuidadoras y, por



tanto el PNSM alude a esta circunstancia y manifiesta las dificultades que se podrían desarrollar tanto física como psíquicamente las cuidadoras.

“El estudio de familiares que se hacen cargo de los ancianos con demencia a permitido objetivar el impacto que esta situación tiene en los cuidadores, muy mayoritariamente en mujeres, y los importantes problemas psicosociales y de salud biológica que les significa (...)” **Pág. 153. Cap. 5. Agrupaciones de usuarios y familiares. Desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares en Chile.**

## Categoría 2:



A continuación revisaremos, desde el discurso del PNSM, las propuestas de diseño que dan sustento a las intervenciones en salud mental, como también la visión que tiene el PNSM en torno a las intervenciones psicosociales que presenta como propuestas de mayor relevancia para la optimización en la prevención de las enfermedades mentales.

La categoría manifiesta de qué manera el PNSM comprende y explica los principales lineamientos para una mejor intervención en salud mental y asimismo la visión que tiene el PNSM en cuanto al cuerpo femenino. Dentro de los contenidos del discurso,

se distingue una posición en cuanto a los cuerpos que hay que intervenir y de qué manera deben ser intervenidos.

### **Tópico 1: La transmisión valórico-normativa a través de campañas comunicacionales**

El PNSM presenta las campañas comunicacionales como una forma de intervención para la población en general, donde se promueve de forma masiva una transmisión valórico – normativa, en el cual se fomenta diversas situaciones relevantes socialmente, como la aceptación a la diversidad, al género, a las diferentes etnias. Esta perspectiva tendría la intención de promover y prevenir las enfermedades que mayormente afectan a la población chilena, las cuales estarían producidas según el PNSM por medio de las desigualdades sociales.

“Un objetivo general para elevar el nivel de salud mental de la población es impregnar todos los espacios comunicacionales con información, imágenes, experiencias de vida y un lenguaje que, implícitamente, promueva la aceptación de la diversidad social, de género, cultura, etnia, fomente el conocimiento y respeto de los derechos y responsabilidades (...)” **Pág. 37. Cap. 2. Intersectorialidad en salud mental. Comunicación social para una mejor salud mental.**

### **Tópico 2: La prevención**

Este tópico se presenta como una estrategia relevante en las acciones propuestas por el PNSM, en donde se manifiesta los lugares y cuerpos a los cuales deben ir dirigidos

los mecanismos de control para la disminución de los riesgos y por tal las enfermedades mentales que estarían prioritariamente afectando a la población chilena.

“La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad (...). Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas (...)” **Pág. 11. Introducción**

La prevención se moviliza en los espacios privados de las personas, con el objetivo de una detección temprana para su efectivo tratamiento. De esta manera la prevención como un ejercicio de intervención estaría dirigido hacia espacios familiares y de la comunidad, estas intervenciones tendrían como objetivo instalarse en los lugares de pertenencia y de identidad de las personas, las cuales a partir de PNSM son considerados como factores protectores.

(En relación a las estrategias del PNSM) “Privilegiar las intervenciones preventivas y tempranas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general.” **Pág. 16. Cap. 1. Valores y principios.**

De acuerdo al tópico de prevención, se comprende que el PNSM determina que el cuerpo femenino esta en contante riesgo por su naturaleza reproductora, y como tal, el PNSM considera relevante el ejercicio de prevención con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad social de las mujeres y a su vez a la familia, ya que la mujer se representa socialmente como un pilar fundamental en la familia y en este caso si la mujer presenta alguna enfermedad mental puede desencadenar otras problemáticas en el núcleo familiar.

“El sector salud tiene la oportunidad de actuar en cuatro momentos en los que esta vulnerabilidad puede ser disminuida: el periodo perinatal, la crianza materna, las redes de apoyo social y las condiciones laborales. Mientras mejor sea la experiencia de las personas en estas cuatro áreas, menor será la posibilidad de enfermar o morir prematuramente”. **Pág. 52 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental**

“En la provisión de la atención deben priorizarse los grupos de personas con mayor riesgo y menor acceso, proponiendo a la equidad: mujeres entre 20 y 45 años de edad; aquellas que sufren enfermedades crónicas o recurrentes; las mujeres que se encuentran en periodo de postparto, climaterio o menopausia; las que tiene varios hijos seguidos; las que experimentan violencia intrafamiliar, las jefas de hogar (...)” **Pág. 90 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Personas afectadas por depresión.**

Se comprende que la acción preventiva se posiciona en los estilos de vida de las personas, es ahí donde el PNSM identifica los posibles riesgos que pueden desencadenar algún trastorno mental. El PNSM señala que, los factores, tales como, el comportamiento violento; el abuso de alcohol / consumo de drogas; el aislamiento social / afectivo; los sentimientos de baja autoestima; la dedicación absorbente y competitiva a la actividad laboral / ausencia de intereses vinculados al esparcimiento, son estilos de vida que forman factores causantes o de riesgo para muchos sujetos en su salud mental, por esta razón el PNSM considera relevante disminuir los factores de riesgo, para prevenir posibles enfermedades mentales.

“La acción preventiva en salud mental se orienta a disminuir: el comportamiento violento; el abuso de alcohol / consumo de drogas; el aislamiento social / afectivo; los sentimientos de baja autoestima; la dedicación absorbente y competitiva a la actividad laboral / ausencia de intereses vinculados al esparcimiento. El conjunto e interacciones entre estas capacidades ha sido definido como un estilo de vida favorecedor de la salud mental. El estilo de vida es un sistema de respuestas que expresa el modo habitual en que una persona interactúa con su propio cuerpo y el ambiente social y físico, definiendo estrategias para hacer frente a las demandas y desafíos que se presentan durante esta interacción. Estas demandas y desafíos son concebidos como situaciones a resolver –capaces, por tanto, de generar estrés- por lo cual la persona realiza esfuerzos cognitivos y comportamentales con el fin de modificarlos, reducirlos o tolerarlos.” **Pág. 54 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental**

### **Tópico 3: La promoción**

Este tópico recoge los objetivos que configuran el accionar del PNSM en cuanto a la promoción. Es posible visualizar en el discurso del PNSM, los diferentes factores involucrados que propone el PNSM con el fin de una óptima promoción que se moviliza en distintos niveles sociales tanto privados como públicos. Es así como se observa dos líneas centrales que definen los objetivos del PNSM en relación a las propuestas de acción en promoción de la salud mental, estas líneas estarían involucrando intervenciones a nivel individual, considerando los espacios privados y, por otra parte, una intervención a nivel social.

Dentro del discurso del PNSM, identificamos que este plan se centra en promover un bienestar subjetivo, que las personas desarrollen su potencial psicológico, cognitivo, afectivo y relacional. Con esta perspectiva, el plan presenta, que la salud mental no solo depende de factores biológicos, sino también de las condiciones sociales de las personas. Por consiguiente el plan introduce y fomenta las intervenciones hacia las condiciones de vida con el objetivo de promover mejores condiciones psicosociales.

(En relación al propósito del PNSM) “(...) promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. **Pág. 10. Introducción**

(En relación a los fundamentos del PNSM) “El plan se basa en el concepto de que la salud y en especial la salud mental, no solo depende de factores biológicos inherentes

a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida.” **Pág. 11. Introducción**

“Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias”

**Pág. 11. Introducción**

El PNSM considera que los espacios sociales juegan un rol importante en la salud mental de las personas, de esta forma asume que las problemáticas sociales como la desigualdad, la falta de equidad, los accesos a la educación, las condiciones de vivienda y la falta empoderamiento de las mujeres, estarían influyendo en la salud mental. Asimismo el plan incentiva a promover un desarrollo social más equitativo y que esta promoción abarque y se movilice a diferentes políticas y programas de intervención social.

“En la tercera Conferencia, realizada en Yakarta y titulada “Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud al siglo XXI”, se dio participación al sector privado y se señaló que los requisitos para un buen nivel de salud son condiciones tanto globales como la paz, la vivienda, la educación, la seguridad, el ingreso, **el empoderamiento de la mujer**, un ecosistema estable, los derechos humanos y la equidad.” **pp. 52-53 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental**



(En relación a la promoción) “(...) busca convocar a la sociedad en su conjunto a desarrollar e implementar políticas, planes y programas de acción para lograr un desarrollo humano y social más equitativo”, **Pág. 53. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental**

Aparece en el discurso del PNSM promover por medio de las acciones de salud una atención individualizada hacia las personas que sufren de violencia intrafamiliar, con el objetivo de disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia. Sin embargo, se depende que la atención individualizada hacia las personas afectadas – que significativamente y por medio de la epidemiología se demuestra que las mujeres son mayoritariamente afectadas por violencia tanto física como psicológica- técnicamente tiene como objetivo evaluar el riesgo vital y que a partir de esta evaluación se recurren a otras instancias de intervenciones, como las grupales.

“Las acciones de salud para disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia están orientadas a brindar una atención individual a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológica. En esta atención se debe evaluar el riesgo vital, la pertinencia y el momento en que el accionar de salud debe ampliarse a otros miembros de la familia, responsables o potenciales protectores, lo cual se realiza mediante un conjunto de actividades preferentemente grupales. **Pág. 78. Cap. 3 Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.**

#### **Tópico 4: Diversidad**

Este tópico representa la importancia de considerar las necesidades de diversas poblaciones, como también las necesidades particulares de género. Este apartado manifiesta la relevancia de incorporar la diversidad para la formación e implementación de las intervenciones en salud mental

“Las redes de salud mental y psiquiatría deben dar cuenta de las necesidades de diversas poblaciones, en sus distintas etapas de ciclo vital, y considerando sus particularidades de género.” **Pág. 130. Cap. 4 Red de servicios de salud mental y psiquiatría. Concepto de red.**

#### **Tópico 5: La familia**

Este tópico se presenta como un punto importante dentro del diseño del PNSM, ya que el plan tiene como objetivo involucrar a la familia en las intervenciones. La familia de acuerdo al plan, estaría influyendo directamente en una recuperación o en una enfermedad mental, es así como se considera a la familia como cuna de enfermedad y cura, donde se ejerce la formación de los sujeto, por consiguiente la participación y responsabilización de parte de la familia estaría como unos de los objetivos primordiales del PNSM.

(En relación a los usuarios y familias) “(...) se los está involucrando en el diseño y entrega de servicios. (...)” **Pág. 153. Cap. 5 Agrupaciones de usuarios y familiares. Desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares en Chile.**

(en relación a los usuarios y la familia) “Actualmente se definen – como base de todo proceso de tratamiento de una persona con enfermedad mental – metas específicas en relación a la familia, tales como: Establecer una relación entre el clínico y la familia con una autentica alianza de trabajo que tenga por objeto ayudar al paciente, comprender cuestiones y problemas familiares que podrían generar estrés en el paciente y su familia (...)” **pág. 152. Cap. 5 Agrupaciones de usuarios y familiares.**

“existen numerosos estudios que evidencian la existencia de algunos factores de la familia, como son las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los que determinan (...) el estado psiquiátrico del paciente.” **Pág. 153. Cap. 5 Agrupaciones de usuarios y familiares. Desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares en Chile.**

## **5.2 Análisis e Interpretación de los Resultados en Relación a los Objetivos**

El primer objetivo examinado en la presente investigación, fue **identificar y describir desde el discurso del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría cuáles son las principales enfermedades mentales que afectan a las mujeres**. En este sentido, por medio de un análisis crítico del discurso realizado al PNSM (2001), se deduce que las principales enfermedades mentales que estarían afectando a las mujeres serían la depresión y los daños psíquicos que pueden aparecer por la violencia intrafamiliar. De acuerdo al PNSM los daños psíquicos en las mujeres que sufren de agresiones tanto físicas como psicológicas, pueden llegar a ser la depresión, intento de suicidio, estrés pos traumático y trastornos psicossomáticos.

Al respecto, el PNSM enfatiza que mayoritariamente son las mujeres las que estarían sufriendo tanto de depresión como de violencia intrafamiliar, principalmente mujeres que presentan un rango de edad media, que se encuentran en una situación de pobreza, que tiene más de tres hijos, son jefas de hogar y, las que mantienen una situación de aislamiento social. En torno a estas circunstancias sociales del género femenino, es que el PNSM se instala en una perspectiva, en la cual se manifiesta que los factores psicossociales son los que estarían afectando en la salud mental de muchas mujeres.

Por otro lado, en el discurso del PNSM se visualiza una importante declaración, la cual tiene que ver con las cargas psicosociales. De acuerdo al PNSM, las cargas psicosociales propulsadas por la modernidad, tiene que ver con estrés crónico asociado a incertidumbre, las condiciones en el trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, formas de vida condicionadas por las grandes ciudades, falta de identidad, individualismo y la competitividad. Asimismo el PNSM manifiesta que el acrecimiento de las cargas psicosociales se deben principalmente por la falta de cohesión social y esta a su vez se ve producida por las desigualdades sociales.

Junto con lo anterior, el PNSM, muestra por medio de su discurso que las problemáticas psicosociales se deben principalmente por las condiciones de vida desiguales, tales como, los accesos a la escolaridad, el tipo de vivienda y los aspectos laborales. A partir de esta referencia, se devela que el PNSM asume las desigualdades de forma global, es decir, que no da cuenta con especificidad las desigualdades que pueden emerger si consideramos la perspectiva de género, ya que si pensamos y analizamos las desigualdades a partir de una perspectiva de género, nos encontraríamos con varios detalles que podrían esclarecer de manera específica las condiciones de vida desiguales. Al respecto la autora Burin (1996) enfatiza que la falta de equidad en el ámbito laboral, como son el nivel de exigencias y las tareas y responsabilidades domésticas, las mujeres se ven menos favorecidas, debido a que las mujeres cumplen diversos roles, los cuales les provoca diversas sintomatologías y malestares por sus cargas sociales.

Sin embargo y a pesar de mostrar las desigualdades de forma global, el plan, manifiesta una preocupación por las mujeres que cumplen el rol de cuidadoras, este rol es importante en cuanto al género femenino, ya que son las mujeres que en forma general cuidan de la familia, es decir, cuidan de los hijos, de los padres, de los abuelos, de la pareja, etc. En definitiva se revela que la mujer se constituye como el pilar fundamental de la familia. De tal manera el PNSM, señala que ellas son en su mayoría las que sufren de diversas enfermedades tanto físicas como psicológicas. Las mujeres que ejercen la labor de cuidadoras están en constante riesgos de padecer un malestar psíquico, debido al estrés que provoca el cuidado de otro.

Ahora bien, luego de identificar las principales enfermedades mentales que estarían afectando a las mujeres por medio del discurso del PNSM, nos posicionaremos en relación a la **identidad y subjetividad femenina**, este tópico emerge de acuerdo a las características que identifica el discurso del PNSM con respecto al género femenino. En primera instancia se observa que el sujeto femenino con ciertas características como el ser madre, vivir en la pobreza, tener más de tres hijos, sin educación, ser amas de casa y pertenecer a un rango de edad entre los 20 a 45 años, las conduce necesariamente como los principales sujetos de padecer una patología mental, de tal manera, se devela desde PNSM, que la identidad femenina recae en una concepción, de que la mujer es vulnerable por su condición biológica y social, victimizada y restringida en su rol asignado socialmente, asimismo se destaca que las mujeres se encuentran en constante riesgos de padecer una enfermedad mental, debido a su

estructura social y subjetiva, es decir, las mujeres se constituyen como un pilar fundamental de la familia, y a partir de este postulado es que las mujeres han sido vistas como las responsables y las principales cuidadoras del bienestar familiar. Por consiguiente se visualiza desde el discurso subyacente del PNSM que existe una focalización rígida en cuanto a la población femenina, es decir, que el sujeto femenino son potenciales víctimas de padecer una depresión o sufrir de violencia intrafamiliar.

Específicamente y por medio de un análisis crítico del discurso hacia PNSM, observamos dos puntos importantes en cuanto a la identidad y subjetividad femenina, estos puntos tienen relación con la imagen vulnerable que presenta el plan hacia el género femenino, y el otro punto se desplaza hacia los riesgos que produce el cuerpo femenino.

En la presente tesis se desarrolló en el marco teórico, la condición social de las mujeres y la salud mental femenina, en estos capítulos se explica de manera histórica la construcción social del género femenino y las enfermedades mentales que estarían afectando a las mujeres. Es así, que se identificó por medio del marco teórico, que el género femenino históricamente se ha visto sujeto a una construcción social desde su condición biológica, situándolas en los espacios domésticos y en función de ellos, lo que a su vez se han impuesto de manera naturalizada. Desde esta construcción social,

las teóricas feministas plantean que las enfermedades mentales que afectan a las mujeres, como la depresión, se deben en primera instancia, a malestares femeninos, debido a la carga y responsabilización social que se les han impuesto. De esta manera, se denota que a partir de la construcción social del género femenino se podría explicar el por qué de los malestares psíquicos de la mujer. Por un lado, aparecen los roles sociales que cumplen las mujeres en la sociedad, estos roles se identifican como el ser madres, amas de casa y cuidadoras, lo que necesariamente las ha obligado a movilizarse en los espacios domésticos. Sin embargo, con el comienzo del capitalismo, muchas mujeres se vieron en la necesidad de salir hacia los espacios públicos que hasta el momento eran exclusivos del género masculino, es así como la mujer comenzó a ocupar los espacios laborales y académicos, con esto, de acuerdo a la autora Burin (1990) se manifiesta una problemática en los roles femenino. La modernidad y las exigencias sociales hacia las mujeres entre el cuidado de la familia y el desarrollo laboral y académico, trae consigo una carga social, lo que se traduce en malestares psíquicos en las mujeres.

Ahora bien, el PNSM en su tecnicismo, no elabora una explicación del por qué considera a la mujeres como sujetos vulnerables y en riesgo, es decir, no se observa las implicancias que estarían influyendo en las mujeres en que padezcan un trastorno depresivo y que estén sufriendo de una violencia intrafamiliar, tratando estas temáticas de forma naturalizadas, o sea, como un hecho dado.



Asimismo, se adjudican epidemiológicamente a las mujeres en padecer mayoritariamente de trastornos depresivos y de violencia intrafamiliar, en torno a esto se devela que la argumentación del plan, se basa meramente desde las estadísticas sanitarias. Ahora bien, el PNSM da cuenta estadísticamente que son las mujeres que principalmente padecen de un trastorno depresivo o de violencia doméstica. Sin embargo se observa que el PNSM no describe la depresión femenina, No obstante, se infiere, que el discurso del PNSM, presenta al cuerpo femenino, como un cuerpo en constante riesgo debido a su condición biológica, en donde, se ve la importancia de un tratamiento oportuno, ya que la depresión femenina conduce -de acuerdo a PNSM- a problemáticas dentro del núcleo familiar. Desde la perspectiva del PNSM, se presupone que las mujeres deben estar sanas y estables para mantener un bienestar dentro de la familia.

Por otro lado, se identifica desde el PNSM, que el género femenino, se presenta como los sujetos que se encuentra mayormente afectados por una violencia doméstica. En este caso, el PNSM se moviliza desde los trastornos de salud mental asociados a la violencia. De acuerdo al plan, la violencia doméstica “provoca daños en su salud física y psicológica. Los daños físicos pueden ser lesiones de distinta gravedad e incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Los daños en la salud mental son el Estrés Pos Traumático, la Depresión, los Trastornos Psicósomáticos y pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados”. Se presupone que la violencia hacia la mujer desencadenaría diversas patologías, es decir, que los

efectos de la violencia recaen en una patología. Desde estos fundamentos, se infiere, que el PNSM solo se basa desde los efectos patológicos, sin considerar lo que estaría provocando una situación de violencia. Al respecto, es relevante destacar lo que las autoras Burin (1990) y Segato (2003) reflexionan en cuanto a las violencia contra la mujer, deduciendo que el trasfondo de una violencia, se sitúa desde las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, en el cual se desarrolla las relaciones de poder, y como tal, enfatizan que la falta de poder de las mujeres en la cultura, llevarían al sujeto femenino a manifestar un malestar psíquico.

El segundo objetivo que fue trazado para conocer las construcciones de género que subyacen en el PNSM tiene relación con **identificar y describir los diseños que dan sustento a las propuestas de abordaje y programas de tratamientos para las enfermedades que afectan a las mujeres desde el PNSM.**

Respecto a las propuestas de abordaje y los programas de tratamientos del PNSM, se identificó las **campañas comunicacionales**, en el cual se percibe como una forma de intervención para la población en general, con el objetivo de transmitir masivamente, valores y normas, por medio de “un lenguaje, que implícitamente, promueva la aceptación de la diversidad social, de género, cultura, etnia, fomente el conocimiento y respeto de los derechos y responsabilidades (...)” (Pág. 37. Cap. 2. Intersectorialidad en salud mental. Comunicación social para una mejor salud mental.)

Las campañas comunicacionales actúan como mecanismo de control en la disminución de los riesgos. En este sentido, tenemos que considerar que el PNSM enfatiza que los factores sociales inciden en el desarrollo de trastornos mentales, esta incidencia se manifiesta desde las condiciones de vida de las personas, de esta manera el PNSM propone intervenir de manera masiva, por medio de campañas comunicacionales, que se promueva la aceptación hacia la diversidad social y de género. En torno a esto, observamos por medio del discurso del PNSM, que el concepto género aparece como un factor psicosocial, es decir, el género femenino en este caso, se ha construido desde las desigualdades, estas desigualdades se han visto presentes en los roles impuestos socialmente a las mujeres. Sin embargo, se visualiza de manera crítica, que el PNSM solo nombra y explicita la importancia de promover e integrar el género, sin dar cuenta del por qué es necesario integrar el género en las intervenciones de salud mental.

Ahora bien, dentro de las formas de abordaje que propone el PNSM, se interpreta que el plan, intervendría desde la lógica de la gestión preventiva. Al respecto si tomamos los postulados de Castel (1984), en cuanto a la gestión preventiva, consideramos que la gestión preventiva tiene como base intervenir a nivel poblacional, con el objetivo de disminuir los riesgos. Ahora bien, cómo se identifican los riesgos, Castel (1984) dirá que los riesgos, se identifican por medio de datos estadísticos y epidemiológicos, los que estarían dando cuenta cuales son los sectores o cuerpos que hay que dirigir una gestión preventiva. Con esto, inferimos que, el PNSM se basa en datos

estadísticos, para dar cuenta de cuáles son los factores que se deben promover, para una protección de la salud mental. De tal manera, las campañas comunicacionales, estarían movilizándose como campañas de gestión preventiva, donde se trasmite valores y normas, con la intención de crear un cambio implícito en el orden simbólico de las relaciones sociales. En síntesis, el PNSM, señala, la relevancia de intervenir en los factores sociales, visualizándose de esta manera, un alejamiento de los datos biológicos como los causantes de ciertos trastornos mentales, con esto no se quiere decir, que el discurso del PNSM deje de lado completamente los factores biológicos.

De acuerdo a lo anterior, **la prevención** aparece como una de las estrategias relevante en las acciones propuestas por el PNSM. La prevención tiene como objetivo intervenir de manera precoz aquellos cuerpos vulnerables que se encuentran en un constante riesgo, de esta forma, el PNSM, identifica los cuerpos y los espacios sociales, en donde hay que dirigir una gestión preventiva, destacando de manera explícita que el cuerpo femenino se encuentra en un constante riesgo, y como tal hay que intervenir, en la crianza materna, en el periodo perinatal, en las redes de apoyo y en las condiciones de trabajo. Para el PNSM, estos cuatro momentos, donde se ejerce una mayor vulnerabilidad, son las dimensiones sociales que podrían causar un mayor riesgo de padecer un trastorno mental.

Para el PNSM, el cuerpo femenino se presenta como un cuerpo en constante riesgo por su situación biológica y social, enfatizando la necesidad de instalar dispositivos de intervención preventiva, en mujeres que se encuentran en un rango de edad entre 20 y 45; aquellas que sufren enfermedades crónicas o recurrentes; las mujeres que se encuentran en periodo de postparto, climaterio o menopausia; las que tiene varios hijos seguidos; las que experimentan violencia intrafamiliar y las jefas de hogar.

Ante esta perspectiva, Castel (1984) dirá, que la categoría riesgo aparece ante un conjunto de asociaciones y correlaciones de factores, esta carga expansiva de factores, es la que sostiene y propulsa una intervención. Estos factores se determinan por medio de una base grupal, es decir, que son detectados mediante una población que cumple diversas características asignadas como riesgosas, y la que a su vez presentan indicadores estadísticos y probabilísticos que avalan una situación de riesgo, con esto el PNSM detecta y manifiesta que las poblaciones que estadísticamente son portadoras de riesgo son las mujeres.

Mediante estos postulados, el PNSM, enfatiza, que las mujeres presentan estadísticamente una mayor probabilidad de padecer un trastorno mental, ya que los factores psicosociales por su condición tanto biológica como social las determina como los cuerpos con mayor riesgo. Al respecto, la administración de los cuerpos, tiene como objetivo prevenir las causas que estarían afectando a las personas en poder

conllevar una vida productiva. Es así, que al intervenir los cuerpos femeninos en los momentos reproductivos y sociales, generaría una disminución de los riesgos en el núcleo familiar. En este caso se devela una relación importante entre las mujeres y la familia, es en esta relación donde se reproduce las dominaciones de las mujeres, es decir, es en el espacio doméstico en donde se puede visualizar la dominación hacia el cuerpo femenino. La intervención hacia los cuerpos femeninos en los momentos reproductivos y sociales, con la justificación de disminuir los riesgos en el núcleo familiar, se devela una argumentación que encubre que la principal razón de las enfermedades que el plan describe de las mujeres, tienen costos sociales altísimos, puesto que ellas son las encargadas y las responsables de cuidar a los hijos, a los abuelos, a la pareja, en definitiva a la familia, por tanto si llegan a padecer una patología mental, no podrían seguir siendo la principales responsables del cuidado de la familia, siendo un costo socialmente elevado, atentando con la mantención del orden social, esta situación se enmarcaría desde una violencia simbólica hacia la mujer.

Para Foucault (2008), estas intervenciones como mecanismos de control provocan insertarse en una comprensión de que la vida se determina como un objeto político. Al ser un objeto político, las intervenciones estatales bajo sus normas, puede regularizar y controlar aquel cuerpo viviente. De esta manera y con la ubicación de aquellas poblaciones consideradas vulnerables y en riesgos, es que las políticas y de forma masiva pueden controlar los cuerpos sociales, mediante las tácticas de

disciplina y regulación. Estas tácticas se componen por medio de campañas de moralización, de responsabilización, económicas e ideológicas, con estas técnicas disciplinarias, se logra un procedimiento de regulación a nivel masivo.

Otra propuesta de abordaje para los programas de salud mental que plantea el PNSM, es **la promoción**. De acuerdo al discurso del PNSM se visualizan dos líneas centrales como propuestas de acción para la salud mental, estas líneas involucran acciones de intervención a nivel individual y otra a nivel social.

El ejercicio que pretende el PNSM en cuanto a la promoción, es intervenir en las condiciones de vida de las personas, con el objetivo de prevenir problemáticas psicosociales, por tal las intervenciones a nivel individual estarían sujetas en la promoción de un mejor bienestar subjetivo que las personas desarrollen su potencial psicológico, cognitivo, afectivo y relacional. Con estos objetivos, el PNSM demuestra que la salud mental, no sólo estaría dependiendo por factores biológicos, de tal manera, para el PNSM los factores sociales son relevantes a la hora de planificar propuestas en salud mental.

En el discurso del PNSM, se desprende que los espacios sociales juegan un rol importante en la salud mental de las personas, de esta forma asume que las

problemáticas sociales como la desigualdad, la falta de equidad, los accesos a la educación, las condiciones de vivienda y la falta empoderamiento de las mujeres, estarían influyendo en la salud mental, de tal manera, el PNSM establece la importancia de intervenir en las formas de vivir de las personas.

Con respecto a lo anterior, las propuestas del PNSM en cuanto a las intervenciones en las formas de vivir de las personas, significaría para la vida de las mujeres un control y dominación de sus cuerpos. Asimismo, las causas de sus enfermedades tradicionalmente adjudicadas se verían transformadas a otros síntomas y malestares psíquicos y sociales.

Por otro lado, el PNSM, enfatiza la importancia de promover atenciones individualizadas hacia las personas que sufren de violencia intrafamiliar, con el objetivo de disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia. Al respecto es relevante destacar, que el PNSM, señala que son las mujeres las que presentan estadísticamente un mayor porcentaje de padecer violencia intrafamiliar, manifestando de esta manera que, en uno de cada cuatro hogares chilenos se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Al respecto, se infiere, en cuanto a las atenciones individualizadas, que las intervenciones se realizan a la mujer afectada y al agresor en forma individual, sin referencia alguna de las relaciones de poder que



podrían estar subyaciendo en una violencia intrafamiliar. Asumiendo, que las causas de una violencia son una responsabilidad individualizada, apartándose de que la violencia intrafamiliar se desarrolla por medio de relaciones de poder entre el hombre y la mujer.

Según la autora Segato (2003) La conducta violenta se encuentra relacionada con una forma de control y subordinación hacia el sujeto femenino. Esta situación de violencia se relaciona con las creencias naturalizadas asociadas a la condición de género, en el cual se identifican la sumisión, la domesticidad y moralidad en las mujeres, conformándose de esta manera una condición restringida en la vida social.

Ahora bien, actualmente las condiciones del sujeto femenino se han trasladado desde lo privado a lo público, lo que ha provocado una tensión entre el “deber ser” madres, cuidadoras y dueñas de casa y el abarcar los espacios públicos con el objetivo de autonomía y perfeccionamiento profesional. Estas circunstancias conllevan dentro de muchas familiar tensiones que tiene que ver con las relaciones de poder que se ejercen socialmente entre lo femenino y masculino, teniendo como resultado actitudes violentas entre muchas parejas.

Si bien, el PNSM manifiesta la necesidad de promover un empoderamiento de parte de las mujeres en las estructuras sociales, no da un mayor énfasis a las circunstancias que podrían estar ejerciendo una violencia tanto física como psicológica en contra de la mujer.

En base a lo anterior, se identifica que el PNSM señala que las redes de salud mental y psiquiatría deben dar cuenta de las necesidades de diversas poblaciones, en sus distintas etapas de ciclo vital, y considerando sus particularidades de género. Es así como se demuestra, la importancia de considerar **la diversidad** dentro del campo de la salud mental, ya que esta visión proporcionaría una mayor abstracción en cuanto a la explicación y comprensión de los trastornos mentales que afectan habitualmente a las mujeres. Instalarse desde las necesidades particulares de cada género, aporta una atención diferenciada, lo cual permite una igualdad y equidad en las atenciones en salud mental.

Otra propuesta de abordaje relevante desde el PNSM para los programas de salud mental en Chile, es involucrar y hacer partícipes a **las familias** en las intervenciones. El discurso del PNSM, enfatiza que la familia influye directamente en una recuperación, asimismo se infiere que en el núcleo familiar también se puede desarrollar una enfermedad mental. Con esta perspectiva, se comprende que la familia es en donde el sujeto ejerce su formación, y como tal, la familia es un componente

importante en el desarrollo de una enfermedad o de una posible cura, consecutivamente el PNSM considera que la participación y la responsabilización de parte de la familia en un proceso terapéutico, fomentaría en una recuperación de aquel integrante familiar que padece de algún trastorno mental.

En el último objetivo de la investigación, **describir la(s) construcción(es) social(es) de las enfermedades que afectan a las mujeres a partir del Sistema Sexo Género vigente**, se deduce, a partir del discurso del PNSM, que las construcciones sociales de las enfermedad que afectan a las mujeres, se desarrollan en base a su condición social. El PNSM presupone una naturalización de los malestares psíquicos femeninos, es decir, que el género femenino desarrolla ciertos trastornos mentales debido a su configuración biológicamente dada y por su enmarcada y clasificada condición dentro de la sociedad.

El PNSM presupone de manera explícita, que las mujeres son las que padecen en una mayor proporción trastornos depresivos. Por consiguiente, se denota que el discurso del PNSM, se construye y se sostiene en base a prácticas lingüísticas que han establecido a lo largo de las historia las relaciones sociales de género, los cuales están producidas en y a través de discursos que se desembocan como prácticas sociales. En efecto, se observa que por medio de las estadísticas que señala el PNSM en relación a la depresión es que “las mujeres presentan estados depresivos dos veces más frecuente que los hombres, y que en el ámbito de la violencia doméstica el 33 .6% de

las mujeres vive algún grado de violencia en sus relaciones familiares”; de acuerdo a estas estadísticas, se deduce que el PNSM sostiene sus argumentaciones, en torno a las enfermedades tipificadas como femeninas, las cuales se ven sujetas a través de prevalencias e incidencias, es decir, se basa desde la lógica de la cantidad de mujeres que sufren un trastorno depresivo o de violencia doméstica y, asimismo de la cantidad de mujeres que han comenzado a sufrir una enfermedad mental. En este caso la autora Burin (1990) dirá que, las necesidades de salud y bienestar de la población femenina se obtendrán desde la cantidad de sujetos femeninos que sufren de algún malestar psicológico.

De esta manera, se observa la construcción de una imagen femenina vulnerable, que el cuerpo de la mujer se determina como un contante riesgo, que las mujeres son las que mayormente padecen de depresión y las que son afectadas de algún tipo de violencia. Lo que se produce a partir de estas aseveraciones, es la naturalización de la vinculación entre un conjunto de rasgos y de un trastorno mental; con esto nos referimos que el discurso del PNSM relaciona las expresiones sexo/género a un diagnóstico, deduciendo de manera natural un registro descriptivo en cuanto a los fenómenos sociales del género femenino.

Desde el PNSM se presentan algunas etapas de las mujeres, tales como el embarazo, el posparto, la crianza de los hijos y el climaterio, como posibles incidencias y etapas riesgosas que pueden provocar o desencadenar trastorno depresivo, con esto, se devela un movimiento que convierte a la naturaleza reproductora de la mujer en

situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Esta aseveración establece, de alguna manera, una correspondencia entre la condición social dada a las mujeres y los trastornos depresivos. Asimismo lo planteaba, Burin (1990) en cuanto a los estados depresivos, donde destaca la observación de que los desempeños de roles de género tradicionales, como, el rol de esposa, el rol de ama de casa y el rol maternal, se visualizan como un factores de riesgo para la depresión en mujeres. De esta manera, Burin (1990) coloca estos roles tradicionales, como condiciones desventajosas para preservar la salud mental de las mujeres.

A partir del discurso subyacente del PNSM, se entiende que el plan como un discurso científico, deduce y reafirma que el orden social y biológico del género femenino se establece como una condición natural. Es así, como por medio de las actividades de la vida cotidiana, tales como jefas de hogar, madres multíparas y cuidadora de ancianos, de los hijos, del hogar y de la familia, son atribuidos al sexo femenino, a partir de una perspectiva rígida con respecto a los roles; esta perspectiva puede considerarse que radica desde la cultura patriarcal. Al respecto, estos roles asignados socialmente a las mujeres da cuenta de la naturalidad con que se ha distribuido los espacios y, que en definitiva, construyen al género femenino.

Ahora bien, observando la naturaleza performativa y tecnicista del lenguaje de este plan, podríamos señalar que este texto, en tanto documento de referencia hacia los

distintos dispositivos de salud mental, no solo describe las prácticas de género, como por ejemplo, las actividades femeninas tradicionales, sino que las legitima como criterios de normalidad (Martínez-Guzmán, Iñiguez-Rueda, 2010).

En síntesis, rescatamos el escenario esencial de los discursos que subyacen del PNSM, ya que dichos discursos confirmarían las posiciones del sujeto femenino en la sociedad, desde esta perspectiva los sujetos darían sentido a la realidad en función de la ideología que impregna los discursos que crean tales posiciones, en otras palabras y desde el ACD, el discurso del PNSM refleja o representa las relaciones sociales, como también reafirma la posición social del sujeto femenino. De esta manera y respondiendo a nuestro tercer objetivo, el PNSM reafirma la posición de la mujer, a partir de las funciones maternas, las que se constituyen desde los roles como son el de jefa de hogar y cuidadoras de la familia. En definitiva, la mujer correspondería desde el PNSM el pilar fundamental de la familia.

El PNSM señala que los roles femeninos por su carga física y social, provocarían ciertos riesgos en desencadenar un estado depresivo. Por otra parte el PNSM destaca que los requisitos para un buen nivel de salud, en relación al género femenino, es el empoderamiento de las mujeres en la sociedad; de acuerdo a este postulado algunas autoras feministas, como Burin y Segato - las cuales fueron trabajadas en la presente tesis- indican que la falta de empoderamiento social de las mujeres, conllevan a situaciones de violencia doméstica.

En conclusión, el PNSM, infiere que tanto la depresión como la violencia doméstica, son dos de las enfermedades mentales, que se han tipificados y naturalizados socialmente como enfermedades femeninas, de tal forma se deduce que, estas enfermedades han sido socialmente construidas, a través de discursos médicos hegemónicos; este discurso como práctica social, lleva a cabo acciones y a su vez contempla un carácter productivo con respecto a la realidad social, es decir, los trastornos depresivos y la violencia doméstica quedan endógenamente producidos a partir del discurso psicopatológico como práctica social.

## 6. CONCLUSIONES

Para esta investigación los antecedentes históricos y las perspectivas teóricas utilizadas, consiguieron aproximarnos a una comprensión de cómo el PNSM -como política pública- construye por medio de su discurso al género femenino. En este sentido, la investigación retoma la importancia de las políticas públicas, ya que las políticas de salud mental y sus dispositivos de intervención se construyen en base con las mismas pautas que se construye el psiquismo de las mujeres chilenas. Es decir, que el PNSM como estrategia política y técnica de intervención, se construye a partir de los mismos simbolismos y representaciones sociales en que se ha construido el psiquismo de las mujeres a lo largo de la historia, esto desde su cuerpo, en donde se ha desembocado en los espacios y prácticas que deben desarrollar las mujeres en nuestra sociedad, limitándose a ciertos lugares como es lo doméstico, como lugar esencial de la mujer.

De acuerdo a lo anterior, el PNSM, produce una imagen de una mujer vulnerable, por su condición social y biológica. Dentro de las condiciones sociales, se observa la responsabilización asignada a la mujer, en cuanto al bienestar familiar. Desde este punto, se identifica a la mujer como un pilar fundamental dentro del núcleo familiar. A partir de esta perspectiva, las políticas públicas desarrollan técnicas de intervención, esto debido a los altos costos sociales que puede producir si una madre



o cuidadora padece de una enfermedad mental, por ejemplo, una depresión o estrés pos traumático a causa de una violencia intrafamiliar. De esta manera, dentro de las políticas públicas, la familia viene siendo como la cuna y cura de una enfermedad, y sí la mujer es el pilar fundamental dentro del bienestar familiar, es desde ahí que las políticas públicas tienen que garantizar sus intervenciones y cuidados. En base a esto, las políticas públicas refuerzan un rol maternal y sus actividades en torno a este rol. En este sentido, se visualiza como dirá Burin (1990) una identificación de la mujer a partir de la maternidad, y es así como se establece y se naturaliza en la psiquis femenina una identificación con lo maternal. De acuerdo con ésta autora, las expectativas sociales, en cuanto al desempeño de roles de cada género, incidirán en cómo las mujeres se posicionan de una cierta imagen de sí mismas, es decir, sus comportamientos serán determinados en torno a las pautas y modelos instituidos socioculturalmente. Desde esta perspectiva, el rol maternal se constituye a partir de ciertos modelos sociales que conforman una imagen femenina, identificada con lo maternal, de esta manera la constitución de la subjetividad femenina se encontraría dentro de los márgenes de la sensibilidad hacia la necesidad de los otros, o sea, la imagen simbólica femenina se mueve dentro de las acciones de cuidado.

La constitución de la condición social femenina, se deriva desde los procesos históricos de subjetivación, en el cual se ha conformado la identidad del género femenino. Es relevante destacar que los mecanismos discursivos de poder, son los que han configurado un cierto orden simbólico social. De acuerdo a esto, los roles

femeninos se despliegan por medio de las relaciones de poder. Si bien, existe una diferencia anatómica entre hombres y mujeres, encontramos dentro de los postulados del autor Bourdieu (2000), el cual identificará que los cuerpos y sus movimientos se encontrarían sometidos a una construcción social, desde estos postulados podemos concluir, que la representación y sobre todo la construcción simbólica del cuerpo femenino, es la que vincula a la mujer en el lugar que ocupa en la sociedad. De esta forma, la mujer es posicionada a ciertas prácticas, normas actividades, lugares y conductas, que son propiamente asignadas y construidas al género femenino, en donde se han naturalizado y normalizado dentro de nuestra sociedad. Con esto, nos aproximamos a una comprensión en cuanto al rol maternal que históricamente han ejercido las mujeres. Asimismo identificamos estas construcciones dentro de los planteamientos técnicos del PNSM, dan cuenta de la relevancia que coloca esta política y la confirmación de posicionar a la mujer, como un sujeto fundamental dentro de la familia, por consiguiente se estaría reafirmando una identidad femenina en cuanto a la relación con el otro, es decir, como una cuidadora y protectora.

Como se señaló en un principio desde esta perspectiva es que se confirma que las políticas públicas estarían construidas y conformadas con las mismas pautas en que se ha construido el psiquismo de las mujeres a lo largo de la historia.

Ahora bien, otro punto relevante de discutir, es sobre la condición biológica de la mujer. Históricamente las patologías mentales de las mujeres, han sido particularmente ligadas a su condición biológica, tales como el embarazo, la menstruación, el climaterio, el posparto, la lactancia, etc. A partir de estos procesos biológicos, las ciencias médicas, han construido una imagen femenina, sensible, débil y en constantes riesgos. Por consiguiente el PNSM, coloca al género femenino, como un cuerpo que hay que resguardar y controlar, por medio de distintas intervenciones, ya que los procesos biológicos femeninos estarían como causante de diferentes riesgos en su salud mental, lo que –desde el discurso del PNSM- conllevaría a una inestabilidad dentro del núcleo familiar, tal es el caso –por ejemplo- la depresión posparto.

En el discurso del PNSM, se sostiene que las enfermedades que afectan mayoritariamente al género femenino, es la depresión y por otra parte de develó que las mujeres son las que sufren principalmente de violencia intrafamiliar. Estas enfermedades se han construido en base a la condición social y biológica de la mujer, las cuales se han tipificado y naturalizado socialmente como enfermedades femeninas. Al respecto, es relevante destacar que existen ciertas características socialmente atribuidas al género femenino, tales como, la sensibilidad y las inestabilidades emocionales, estos atributos han sido normalizados y conformados como esenciales del género femenino. Por consiguiente se considera que un episodio

depresivo en una mujer, es prácticamente normal, debido a la forma de ser de las mujeres.

Considerando a las investigadoras feministas y la descripción de la división de trabajo entre hombres y mujeres, se ha visualizado las desigualdades y asimetrías, siendo las mujeres las menos favorecidas. Retomando la condición social de la mujer, las feministas señalan que, las mujeres se han movilizadas desde el sometimiento y la dominación, definiendo los lugares que tiene que ocupar las mujeres en nuestra sociedad.

De acuerdo a la autora Burin (1990), para aproximarnos a una comprensión del malestar psíquico femenino, tenemos que posicionarnos en los roles de género tradicionales. Asimismo, y posicionándonos desde el discurso del PNSM, se describe que las mujeres que mantienen un rol tradicional, es decir, son amas de casa, con dependencia económica y que tienen muchos hijos, son mujeres que se mantiene en constante riesgo de padecer una depresión. Por consiguiente, se puede inferir que la depresión estaría directamente relacionada con las formas de vida de las mujeres, de esta manera, se considera importante, que la búsqueda de las incidencias de un episodio depresivo, no debería decaer desde la fisiología solamente, sino, situarse desde las condiciones de vida.

Desde esta perspectiva, la correlación entre feminidad y depresión, estaría correspondiendo a una construcción de los roles de género femeninos, muy particularmente, la maternalización de todos los roles que desempeñan las mujeres, el cual las disponen a estar atentas a las emociones y sentimientos tanto propios como ajenos. Dado a esto, se establece a partir de los roles, comportamiento y desempeños esperables. En definitiva y considerando los postulados de la autora Burin, los padecimientos psíquicos, como la depresión femenina, no estaría encuadrada dentro de los clásicos criterios de salud o enfermedad, sino, estarían caracterizados a partir de conflictos que pueden surgir en las condiciones de vida de las mujeres, las cuales se han visto en una constante tensión entre la vida moderna y los roles tradicionales que aún deben cumplir. Desde este punto de vista, el PNSM exhibe que las enfermedades mentales que mayoritariamente presentan las mujeres, como es en este caso la depresión, se deben a dos circunstancias, tanto biológica como social. Sin embargo, se visualiza desde el PNSM, que las casusas sociales, como es las cargas psicosociales pueden poner en riesgo la salud mental de las personas, de esta manera, el PNSM manifiesta lo relevante de considerar las cargas sociales como causante y un posible desencadenador de una enfermedad mental, no obstante, se observa y se infiere, que el PNSM, no plantea, de forma diferenciada que el género femenino y el género masculino, presentan diferentes cargas psicosociales en nuestra sociedad, manifestando de manera universal y general esta problemática. De acuerdo a esto último, las necesidades particulares de cada género no estarían contempladas de manera explícita desde el PNSM, considerando que las prácticas tradicionales del

género femenino y con sus respectivas cargas sociales que desembocan de la vida cotidiana de las mujeres, podrían estar interrelacionadas con las formas de enfermar de las mujeres.

Ahora bien, en cuanto a la violencia intrafamiliar, el PNSM, describe, que estadísticamente son las mujeres las que sufren principalmente de algún tipo de violencia. Si nos posicionamos desde las autoras Burín y Segato, la respuesta recaería desde las relaciones de poder, estas autoras dirán, que la base de la condición de vulnerabilidad en las mujeres estaría referida a la falta de empoderamiento del sexo femenino en nuestra cultura.

Dado a lo anterior, los resultados y análisis de la investigación develaron que las mujeres son consideradas, como sujetos en constante vulnerabilidad y en riesgo por su condición, tanto biológica como social, por tal razón, el Plan enfatiza la importancia de que las mujeres logren empoderarse dentro de esta sociedad patriarcal. Sin embargo, se piensa, que sería necesario que las políticas públicas de salud mental en Chile, logre plantear nuevos desafíos, donde se incorpore estudios de género, en donde se priorice las particularidades de cada género.

De esta manera, consideramos que el PNSM, aún mantiene una visión tradicional y patriarcal, en cuanto a la situación actual de los roles femeninos.

Concluyendo, se considera relevante, que la posibilidad de incluir una perspectiva de género a las políticas sanitarias, nos proporcionaría, construir políticas de intervención que considere las necesidades particulares de cada género, para una mejor comprensión, en relación a las enfermedades que afectan tanto a hombres como mujeres, como también a una deconstrucción de la salud/enfermedad/normalidad, más allá de la condición biológica de cada sexo, esto sería un punto clave para la desnaturalización de la subjetividad femenina. Asimismo nos proporcionaría alejarnos, de cierta manera, de los discursos masculinos hegemónicos, que han construido a lo largo de la historia las enfermedades femeninas, sin tomar en cuenta los procesos subjetivos que podrían estar subyaciendo en los malestares psíquicos de las mujeres.

## 7. BLIBLIOGRAFIA

- Aroca, A. *Historiografía de la locura. El péndulo de la historia.* Revista Observaciones Filosóficas 2005-2009. Extraído el 18 de agosto del 2009, desde: <http://www.observaciones filosoficas.net/historiografia.html>
- Allende G, S (1993) *Higiene mental y delincuencia.* Tesis para optar al título de médico. Fundación Presidente Allende. España. ChileAméricana-CESOC.
- Araneda, K. Jara, C. (2010) *Depresión femenina: Subjetividad femenina en mujeres que vivencia un episodio depresivo.* Tesis para optar el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Beauvoir, S. de (2009) *El segundo sexo.* Buenos Aires: Debolsillo.
- Burin, M. Moncarz, E. Velázquez, S. (1990) *El malestar de las mujeres: La Tranquilidad recetada.* Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M; Dio Bleichmer, E. (1996). *Género, Psicoanálisis y subjetividad.* Buenos Aires: Paidós.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina.* Barcelona: Anagrama.
- Canales, C. (2006). *Metodologías de la investigación social. Introducción a los oficios.* Santiago. LOM



- Canguilhem, G (2005) *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo veintiuno
- Camus, P. (1993) *Filantropía, Medicina y Locura: La Casa de Orates de Santiago (1852-1894)* Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carballeda, A. (2004) *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R (1984) *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Casa de Orates de Santiago (1904) *Movimiento de la Casa de Orates de Santiago 1903: Oficio del Administrador de la Casa de Orates al Señor Intendente*. Santiago: Imprenta Universitaria.
- Cornejo, S (2008). *Eugenesia Liberal: Biotecnología, ideología y sociedad. Una aproximación desde la Antropología Social*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Antropología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Daskal, A. (1994) *Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres*. Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. (pp. 23 – 29). Santiago: SERNAM.
- Delgado, J. Gutiérrez, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.

- De Barbieri, Teresita. (1997). *Certeza y Malos entendidos sobre la Categoría de Género*. Programa de estudios de género. CON/TEXTOS 3. Pontificia Universidad Católica de Perú.
- De Barbieri, Teresita. (1992). *Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica*. Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres N° 17.
- Del Campo, A. (2008). *La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930*. Chile: Universidad Alberto Hurtado
- Echeverría, G (2005). *Análisis cualitativo por categorías*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Escobar. E. (1990) *Historia del hospital psiquiátrico (1852-1952)*. Revista de Psiquiatría VII: 361-368, Chile.
- Estudio Carga de Enfermedad, MINSAL, 1996. Extraído el 15 de junio del 2010 de <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/invest1.htm#avisa>
- Foucault, M. (2001) *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2008) *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber*. Argentina: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Argentina: Siglo Veintiuno.

Foucault, M (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Argentina: Fondo de cultura económica.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2004). *Metodologías de la investigación*. Chile: McGraw-Hill

Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.

Ibáñez G, T (2001) *Psicología social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara.

Ibáñez G, T (1990) *Aproximaciones a la psicología social*. España: Sendai.

Íñiguez-Rueda, L. (2008) Métodos Cualitativos de investigación social. El debate sobre metodología cualitativa versus cuantitativa. Extraído el 15 de Noviembre del 2010, desde <http://psicologiasocial.uab.cat/lupicinio>

Íñiguez-Rueda, L. (2003) La psicología social como crítica: Continuismo, estabilidad y efervescencias. Tres décadas después de la “crisis”. *Interamerican Journal of Psychology*, 37, 221-238.

Izquierdo, María Jesús. (1998). *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra

Kabusacki, L. (1993) *Brujas y locas: Historia (y algunos íconos) en la construcción de la brujería y la locura femenina como formas de discriminación, control*

*y castigo de las conductas desviadas de las mujeres*. Extraído el 13 de marzo del 2011, desde: <http://www.pensamientopenal.com.ar/dossier/kabusani.pdf>

Labarca, C. (2008). *Todo lo que usted debe saber sobre las enfermedades venéreas: Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927-1938*. Chile: Universidad Alberto Hurtado.

Lamas, Marta. (1996) *Usos y dificultades y posibilidades de la categoría género*. México: Miguel Ángel Porrúa

Lagarde, M. (2003). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. Extraído el 25 de febrero del 2011, desde: [http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela\\_lagarde\\_y\\_de\\_los\\_rios/mujeres\\_cuidadoras\\_entre\\_la\\_obligacion\\_y\\_la\\_satisfaccion\\_lagarde.pdf](http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf)

Martín-Baró, I. (1990) *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. Vol. I. San Salvador: UCA

Martínez-Guzmán, A. Iñiguez-Rueda. L. (2010). La Fabricación del Trastorno de Identidad Sexual. *Discurso y Sociedad*, 4, 30-51

Minoletti, A. Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Extraído el 10 de agosto del 2009, desde: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

MINSAL (2005) *Guía Clínica, Detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*. Extraído el 1 de junio del 2010 [http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/guia\\_clinica\\_final\\_oh\\_drogas.pdf](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/guia_clinica_final_oh_drogas.pdf)

MINSAL, (2006) *Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión*. Extraído el 24 de marzo de 2011, desde: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>

MINSAL (2001) *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Chile: MINSAL.

Matamala, M. 2010. *A medio camino en un entrevero: ¿quedó desnuda la igualdad de género? Y votamos por ella Michelle Bachelet: Miradas feministas*. Chile: Fundación Instituto de la Mujer.

Molledo, C. (1994). *Violencia y Mujer*. Primer Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. Santiago: SERNAM.

Muhle, M. (2009). Sobre la vitalidad del poder. Una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault Y Canguilhem. *Ciencia Política*, 29, 143-163

Muraro, L. (1994) *El orden simbólico de la madre*. España: Horas y Horas.

Observatorio de Equidad de Género en Salud Informe 2007-2008. *Salud Mental*. Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2007) *¿Qué es la salud mental?* Extraído el 10 de agosto del 2009, desde: <http://www.who.int/features/qa/62/es/print.html>

Osborne, Raquel. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra

Paltiel, F (s.f) *Salud mental de la mujer de las América*. Extraído el 1 de junio del 2010, desde: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PC541-143-162.pdf>

Perrot, M. (1997). *Mujeres en la ciudad*. Chile: Andrés Bello.

Pieper, J (2008) *Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile*. Chile: Universidad Alberto Hurtado.

Sánchez, A. (1996) Cultura patriarcal o cultura de mujeres: Una reflexión sobre las interpretaciones actuales. *Política y Cultura*, 006, 161- 168. Extraído el 24 de Febrero del 2011, desde: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26700611>

Segato, R (2003). Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia. *Serie Antropología*, 334, 1-19

Segato, R (2004). Territorio, soberanía y crímenes de segundo Estado: La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en ciudad Juárez. *Serie Antropología*, 362, 1-16

SERNAM (1994). *Primer congreso nacional mujer y salud mental, seminario*. Chile

- SERNAM (2008) *Ficha conceptual. Equidad de género*. Departamento de Estudios y capacitación. Chile.
- Taylor, S. Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós básica.
- Tubert, S. (s.f). *Construcción cultural de la feminidad. Salud y calidad de vida*.  
Extraído el 3 de marzo del 2011, desde:  
<http://webs.uvigo.es/pmayobre/06/1profesorado06.htm>
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Van Dijk, Teun A. (1999). *El Análisis crítico del discurso*. Barcelona: Antrhopos
- Varela, J. Alvarez-Uria, F. (1997) *Genealogía y Sociología*. Editorial: El cielo por Asalto.
- Vezzetti. H. Dagfal, A. (2007) *Psicología, Psiquiatría y Salud Mental*. Cátedra I Historia de la psicología. Universidad de Buenos Aires. Argentina.  
Extraído en Noviembre del 2009 de [www.elseminario.com.ar](http://www.elseminario.com.ar)
- Wodak, R. (2001). *Métodos de análisis crítico del discurso*. España: Gedisa
- Zárate, M (2008). *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*. Chile: Universidad Alberto Hurtado.

## 8. ANEXOS

### *Matriz de análisis*

Categoría	Citas	Tópicos
<p>Las principales enfermedades que afectan a las mujeres según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.</p>	<p>“La depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en ellas.” <b>pág. 90. Cap. 3 Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Personas afectadas por depresión.</b></p> <p>“La depresión es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños.” <b>Pág. 90. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Personas afectadas por depresión.</b></p> <p>“Puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, por una disposición o tendencia heredada a la depresión, o bien por una combinación de ambos factores. Otra situación que</p>	<p>Identidad y subjetividad femenina</p>



	<p>puede favorecer o desencadenar una depresión es el abuso de alcohol y otras drogas” <b>pág. 90. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Persona afectadas por depresión.</b></p> <p>“La violencia intrafamiliar ejercida hacia las mujeres (...) provoca daños en su salud física y psicológica. Los daños físicos pueden ser lesiones de distinta gravedad e incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Los daños en la salud mental son el Estrés Pos Traumático, la Depresión, los Trastornos Psicossomáticos y pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados.” <b>Pág. 78. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.</b></p> <p>“Se estima que alrededor del 33.6% de las mujeres vive algún grado de violencia en sus relaciones familiares” <b>Pág. 78. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.</b></p> <p>“En uno de cada cuatro hogares chilenos se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Se estima</p>	
--	---	--

	<p>que por cada 1000 mujeres entre 15 y 65 años, 336 de ellas sufre algún grado de violencia en sus relaciones familiares (...)” <b>Pág. 79. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.</b></p> <p>“Por cada 1.000 mujeres atendidas en establecimiento de APS, 60 presentarían una situación de violencia grave en el hogar que motiva una consulta por alguna molestia física o psicológica.” <b>Pág. 79. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.</b></p> <p>“La explicación de que los sectores menos favorecidos, de los países que han superado la transición epidemiológica, se vean más afectados por las enfermedades tanto física como mental parecen ser, más que las dificultades de acceso a los servicios de salud, factores psicosociales, asociados al desempleo, las bajas remuneraciones, deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, escasa participación social, hacinamiento (...)” <b>Pág. 21. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental</b></p>	
--	---	--

	<p>“Más allá de los aspectos estrictamente socioeconómico, toda la población de un país asume la <b>- carga psicosocial-</b> de la vida moderna, que ha sido definida como “la limitación más importante para la calidad de vida de las personas en las sociedades actuales”. Esta carga se expresa como estrés crónico asociado a incertidumbre y condiciones en el trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, formas de vida condicionadas por las grandes ciudades, falta de identidad, individualismo, competitividad, etc.” <b>Pág. 21. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental.</b></p> <p>“La carga psicosocial se acrecienta por la <b>falta de cohesión social</b>, producto, principalmente, de las desigualdades” <b>pág. 22. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental.</b></p> <p>“(…) hay evidencia de la relación entre presencia de enfermedad mental, menor escolaridad, estrés laboral y vivienda de mala calidad.” <b>Pág. 22. Cap. 2 Intersectorialidad en salud mental</b></p> <p>“(…) Algunos de los grupos de mayor riesgo, para las prioridades actuales son: Embarazadas, mujeres adultas que viven violencia</p>	
--	--	--

	<p>intrafamiliar, con muchos hijos, jefas de hogar, con enfermedades crónicas, en condiciones de vida difíciles por pobreza y aislamiento (...)” <b>Pág. 56 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental.</b></p> <p>“El estudio de familiares que se hacen cargo de los ancianos con demencia a permitido objetivar el impacto que esta situación tiene en los cuidadores, muy mayoritariamente en mujeres, y los importantes problemas psicosociales y de salud biológica que les significa (...)” <b>Pág. 153. Cap. 5. Agrupaciones de usuarios y familiares. Desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares en Chile.</b></p>	
<p>Los diseños que dan sustento a las propuestas de abordaje y programas de tratamientos para las enfermedades que afectan a las mujeres desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.</p>	<p>“Un objetivo general para elevar el nivel de salud mental de la población es impregnar todos los espacios comunicacionales con información, imágenes, experiencias de vida y un lenguaje que, implícitamente, promueva la aceptación de la diversidad social, de género, cultura, etnia, fomente el conocimiento y respeto de los derechos y responsabilidades (...)” <b>Pág. 37. Cap. 2. Intersectorialidad en salud mental. Comunicación social para una mejor salud mental.</b></p> <p>“La prevención, detección y</p>	<p>La transmisión valórico-normativa a través de campañas comunicacionales</p>

	<p>tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad (...). Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas (...)"</p> <p><b>Pág. 11. Introducción</b></p> <p>(En relación a las estrategias del PNSM) “Privilegiar las intervenciones preventivas y tempranas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general.” <b>Pág. 16. Cap. 1. Valores y principios.</b></p> <p>“El sector salud tiene la oportunidad de actuar en cuatro momentos en los que esta vulnerabilidad puede ser disminuida: el periodo perinatal, la crianza materna, las redes de apoyo social y las condiciones laborales. Mientras mejor sea la experiencia de las personas en estas cuatro áreas, menor será la posibilidad de enfermar o morir prematuramente”.</p> <p><b>Pág. 52 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental</b></p> <p>“En la provisión de la atención deben priorizarse los grupos de</p>	<p>La</p> <p>Prevención</p>
--	--	-----------------------------

	<p>personas con mayor riesgo y menor acceso, proponiendo a la equidad: mujeres entre 20 y 45 años de edad; aquellas que sufren enfermedades crónicas o recurrentes; las mujeres que se encuentran en periodo de postparto, climaterio o menopausia; las que tiene varios hijos seguidos; las que experimentan violencia intrafamiliar, las jefas de hogar (...)" <b>Pág. 90 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Personas afectadas por depresión.</b></p> <p>“La acción preventiva en salud mental se orienta a disminuir: el comportamiento violento; el abuso de alcohol / consumo de drogas; el aislamiento social / afectivo; los sentimientos de baja autoestima; la dedicación absorbente y competitiva a la actividad laboral / ausencia de intereses vinculados al esparcimiento. El conjunto e interacciones entre estas capacidades ha sido definido como un estilo de vida favorecedor de la salud mental. El estilo de vida es un sistema de respuestas que expresa el modo habitual en que una persona interactúa con su propio cuerpo y el ambiente social y físico, definiendo estrategias para hacer frente a las demandas y desafíos que se presentan durante esta interacción. Estas demandas y desafíos son concebidos como situaciones a resolver –capaces, por tanto, de generar estrés- por lo cual la persona realiza esfuerzos cognitivos y comportamentales con</p>	<p>La atención prioritaria a grupos de riesgo.</p>
--	--	--

	<p>el fin de modificarlos, reducirlos o tolerarlos.” <b>Pág. 54 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental</b></p> <p>(En relación al propósito del PNSM) “(...) promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. <b>Pág. 10. Introducción</b></p> <p>(En relación a los fundamentos del PNSM) “El plan se basa en el concepto de que la salud y en especial la salud mental, no solo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida.” <b>Pág. 11. Introducción</b></p> <p>“Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias” <b>Pág. 11. Introducción</b></p>	<p>La Promoción</p>
--	--	---------------------

	<p>“En la tercera Conferencia, realizada en Yakarta y titulada “Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud al siglo XXI”, se dio participación al sector privado y se señaló que los requisitos para un buen nivel de salud son condiciones tan globales como la paz, la vivienda, la educación, la seguridad, el ingreso, <b>el empoderamiento de la mujer</b>, un ecosistema estable, los derechos humanos y la equidad.” <b>pp. 52-53 Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental</b></p> <p>(En relación a la promoción) “(...) busca convocar a la sociedad en su conjunto a desarrollar e implementar políticas, planes y programas de acción para lograr un desarrollo humano y social más equitativo”, <b>Pág. 53. Cap. 3. Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Promoción y prevención en salud mental</b></p> <p>“Las acciones de salud para disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia están orientadas a brindar una atención individual a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológica. En esta atención se debe evaluar el riesgo vital, la</p>	
--	--	--



	<p>pertinencia y el momento en que el accionar de salud debe ampliarse a otros miembros de la familia, responsables o potenciales protectores, lo cual se realiza mediante un conjunto de actividades preferentemente grupales. <b>Pág. 78. Cap. 3 Las acciones: Programa de salud mental y psiquiatría. Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar.</b></p> <p>“Las redes de salud mental y psiquiatría deben dar cuenta de las necesidades de diversas poblaciones, en sus distintas etapas de ciclo vital, y considerando sus particularidades de género.” <b>Pág. 130. Cap. 4 Red de servicios de salud mental y psiquiatría. Concepto de red.</b></p> <p>(En relación a los usuarios y familias) “(...) se los está involucrando en el diseño y entrega de servicios. (...)” <b>Pág. 153. Cap. 5 Agrupaciones de usuarios y familiares. Desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares en Chile.</b></p> <p>(en relación a los usuarios y la familia) “Actualmente se definen – como base de todo proceso de tratamiento de una persona con enfermedad mental – metas específicas en relación a la familia, tales como: Establecer una relación entre el clínico y la familia con una</p>	<p>Diversidad</p> <p>Detección de necesidades según género.</p> <p>Familia como cuna de enfermedad y cura (lugar de formación del sujeto) La participación y responsabilización</p> <p>La integración del</p>
--	--	---

	<p>auténtica alianza de trabajo que tenga por objeto ayudar al paciente, comprender cuestiones y problemas familiares que podrían generar estrés en el paciente y su familia (...)” <b>pág. 152. Cap. 5 Agrupaciones de usuarios y familiares.</b></p> <p>“existen numerosos estudios que evidencian la existencia de algunos factores de la familia, como son las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los que determinan (...) el estado psiquiátrico del paciente.” <b>Pág. 153. Cap. 5 Agrupaciones de usuarios y familiares. Desarrollo de organizaciones de usuarios y familiares en Chile.</b></p>	<p>grupo familiar en la intervención</p>
--	--	--



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

# PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad



PRIMERA EDICIÓN

001

UNIDAD DE SALUD MENTAL

1960  
2-11  
2001



## **Agradecimientos**

A las personas con problemas de salud mental y a todas ellas que no debieran  
llegar a tenerlos

A las organizaciones de familiares y pacientes

A los profesionales y técnicos de la salud

A las autoridades del ministerio

A la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

A los expertos internacionales

A todos los que nos apoyaron y estimularon

Y, especialmente a todos aquellos cuyas críticas fueron una estímulo para  
persistir en el esfuerzo de búsqueda de información, análisis y reflexión.



PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA  
CHILE 2001



<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>9</b>
<b>Capítulo I : VALORES Y PRINCIPIOS: UN MODELO DE ACCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>Capítulo II : INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL</b> .....	<b>19</b>
1. Antecedentes .....	21
2. Nivel de Salud Mental e Intersectorialidad .....	23
3. Ambitos y Estrategias Intersectoriales en Salud Mental .....	25
<b>Capítulo III : LAS ACCIONES : PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA</b> .....	<b>39</b>
A. Actividades de nivel primario de resolución .....	41
B. Actividades en la atención de urgencia .....	45
C. Actividades para la atención de nivel secundario y terciario de resolución .....	45
D. Las Prioridades del Programa .....	50
PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL .....	52
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCION .....	61
TRASTORNOS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA VIOLENCIA .....	68
• Niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato .....	70
• Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar .....	78
• Personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período 1973-1990 .....	85
PERSONAS AFECTADAS POR DEPRESION .....	90
PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEVEROS .....	97
ABUSOS Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS .....	108
ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS .....	119
<b>Capítulo IV : RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA</b> .....	<b>127</b>
1. Concepto de Red .....	129
2. Norma Técnica para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría .....	131
3. Desarrollo Estratégico de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría .....	135
4. Soporte Organizacional .....	140
5. Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria: Humanizando las Acciones de la Red .....	144
<b>Capítulo V : AGRUPACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES</b> .....	<b>149</b>
1. Antecedentes .....	151
2. Agrupaciones de Usuarios .....	151
3. Agrupaciones de Familiares .....	152
4. Desarrollo de Organizaciones de Usuarios y Familiares en Chile .....	153
5. Rol de las Agrupaciones de Usuarios y Familiares en el Plan Nacional .....	155
6. Agrupaciones de Usuarios y Familiares existentes en Chile .....	156
<b>Capítulo VI : FINANCIAMIENTO</b> .....	<b>157</b>
<b>Capítulo VII : REGULACION</b> .....	<b>165</b>

<b>Capítulo VIII : APORTES, CONSENSO Y COMPROMISO .....</b>	<b>171</b>
1. Conferencia Nacional "Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile". 18 y 19 de Mayo de 1999 .....	173
2. "Congreso Mundial de Salud Mental". 6 al 10 de Septiembre de 1999 .....	180
<b>Capítulo IX : CONCLUSIONES .....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO 1 : Conferencia Nacional "Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile"</b>	
Conclusiones del Grupo "Protagonismo de Usuarios y Familiares" .....	191
<b>ANEXO 2 : "Costo Efectividad de la Atención Psiquiátrica en Sistemas de Salud Públicos y Privados"</b>	
Conferencia del Dr. Donald Wassilenki .....	193
<b>ANEXO 3 : Catastro de Organizaciones de Usuarios y Familiares en torno a la Salud Mental .....</b>	<b>205</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>215</b>
<b>AUTORES Y COLABORADORES .....</b>	<b>227</b>



## PRESENTACION

El año 2001 celebramos el **Día Mundial de la Salud** teniendo como tema central la **Salud Mental**, tal como fue convocado por la Organización Mundial de la Salud. En nuestro país, cientos de establecimientos de salud respondieron a nuestra convocatoria de abrir sus puertas y compartir con la comunidad las numerosas actividades de promoción de salud mental y prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, que se han implementado en los últimos años.

Esto no es un hecho casual, sino una respuesta a las necesidades crecientes de nuestra población en este ámbito. Las actuales características demográficas y epidemiológicas, y los acelerados cambios en las condiciones de vida producto del desarrollo, explican que los factores de riesgo psicosociales y las enfermedades mentales hayan llegado a ser – junto a los accidentes y las enfermedades crónicas – uno de los grandes desafíos sanitarios del presente.

Los estudios de carga de enfermedad realizados en distintas regiones del mundo, incorporando los años perdidos por discapacidad junto a la mortalidad, han hecho evidente el peso de las enfermedades mentales en la salud pública. El estudio de carga de enfermedad (AVISA), realizado en Chile demostró que los trastornos mentales, incluyendo las adicciones a alcohol y drogas, representan el 15% de los años perdidos por todas las enfermedades. Esta cifra, a pesar de su magnitud, no representa todo el sufrimiento que experimentan las personas que las padecen y que se expresa en un significativo costo emocional, social y económico, también para sus familias, sus comunidades, y para el país.

El Ministerio de Salud – en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población – ha formulado un **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**. Este es fruto de la experiencia, reflexión y análisis colectivo de un importante número de personas que, en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales, expresaron así la voluntad nacional de abordar esta dimensión sanitaria. En él se recoge la experiencia y los logros de los últimos años de los distintos equipos de salud mental del país, y se señalan, en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el nivel de bienestar y salud mental de los chilenos.

Los avances logrados en el sistema público en salud mental durante los últimos 11 años, y que este plan consolida y proyecta son muy significativos. Entre ellos pueden destacarse:

- ✓ Programa de tratamiento integral de la **depresión** en Centros de Atención Primaria de Salud.
- ✓ Atención ambulatoria de personas con **esquizofrenia**, a través de hospitales de día, rehabilitación psicosocial, hogares protegidos y medicamentos de última generación como la clozapina.
- ✓ Nuevo Reglamento de Internación, y constitución de la **Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedades Mentales**.
- ✓ Puesta en marcha, por primera vez en el país, de Unidades de **Psiquiatría Forense**, junto con programas de tratamiento y reinserción familiar y laboral.

- ✓ Red de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de **alcohol y drogas**, con participación de atención primaria, centros comunitarios de salud mental (COSAM), hospitales y comunidades terapéuticas.
- ✓ Equipos **PRAIS**, para los problemas de salud mental de las víctimas de violaciones a derechos humanos durante la dictadura.
- ✓ Redes comunales para **Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar**.
- ✓ Programas de **Salud Mental Escolar**, en conjunto con la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), para la promoción, prevención y tratamiento temprano en niños de 1º y 2º Básico.
- ✓ Organizaciones de **usuarios y familiares** que en todas las regiones asumen responsabilidades importantes con relación al cuidado de las personas con enfermedades mentales.

A pesar de estos avances, existen brechas importantes de cobertura, calidad, satisfacción usuaria y equidad. Se requiere seguir avanzando en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. La **Reforma de Salud** que el país está construyendo, con el aporte de diferentes sectores de la ciudadanía, incorporará, sin duda, las intervenciones de salud mental más requeridas por la población y aquellas con mayor costo efectividad. La Reforma, precisamente, se centrará en los derechos de los ciudadanos a una mejor salud y en aumentar cobertura, calidad, satisfacción usuaria y equidad, en la atención de problemas sanitarios con mayor prioridad en el país, como es el caso de la salud mental.

DRA. MICHELLE BACHELET  
MINISTRA DE SALUD

Santiago de Chile, Mayo 2001.

*«Aquí esta el hombre enfermo,  
respira  
no lo dejen sólo,  
ahora que le hemos traído las plantas medicinales»*

*«Ruego en las paredes rocosas del cielo»  
Poema a la manera del canto de las machis  
Autor: Elicura Chiuailaf*

## INTRODUCCION

### 1. Antecedentes:

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y, sin duda, las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunas de los factores asociadas al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser - junto a los accidentes y las enfermedades crónicas - uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas.

Los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización acelerada, generándose cambios en muchos aspectos de la vida que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población. En el perfil de problemas de salud de estos países se entremezclan problemas de salud propios de la pobreza con patologías características de una población que envejece.

Las enfermedades no transmisibles vinculadas a estilos de vidas, entre ellas, muchos trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejoras en morbilidad y en la calidad del mayor número de años de vida. Las enfermedades mentales aumentan su prevalencia y son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres. Grupos nuevos y más numerosos alcanzan niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, determinando que las necesidades de salud mental en la actualidad, y proyectadas al año 2005, sean enormes.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la salud mental, especialmente a partir de 1990, durante el Gobierno Democrático que sucede a la dictadura militar.

A punto de finalizar este decenio, el Ministerio asume la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la acción sanitaria, de la forma más participativa y

consensuada posible.

### **Las principales fortalezas para hacerlo son:**

- Se dispone de suficiente información epidemiológica acerca de la elevada prevalencia de trastornos mentales y de la acumulación de factores de riesgo en la población. Estos provienen de estudios de alta rigurosidad técnica realizados en los últimos ocho años, con metodologías que permiten comparar sus resultados con investigaciones de países que han debido comenzar a enfrentar el problema de la salud mental algunos años antes que el nuestro.
- La existencia en el país de un importante número de profesionales con excelente formación, experiencia, motivación y compromiso en la organización de servicios para personas con enfermedades mentales, así como en la promoción y prevención en salud mental. Entre ellos existe el consenso técnico suficiente en cuanto a las acciones a realizar en la promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.
- La evidencia disponible acerca de la efectividad de los tratamientos clínicos y de las intervenciones de salud pública, que permite, no solo seleccionar aquellas intervenciones costo - efectivas, coherentes con la cultura y las necesidades percibidas, sino, también, persuadir y convencer a las autoridades.
- La progresiva organización de los usuarios y familiares, incipiente aún, pero que les permite dar a conocer sus necesidades y aspiraciones y comenzar a hacerse cargo, en forma organizada, de actividades de autoayuda y de algún tipo de atención de los pacientes, especialmente en el ámbito de la rehabilitación, en hogares protegidos, talleres laborales y clubes sociales.
- La mayor información, sensibilidad, y algún grado de consenso político de parte de todos los sectores sociales, acerca de la necesidad de actuar sobre los condicionantes negativos para la salud mental que se derivan de las formas de vida que se impone progresivamente en el país. Esto permite al sector salud focalizar sus esfuerzos en los aspectos más específicamente sanitarios, aumentando la efectividad de sus acciones, sin dejar por ello de participar y liderar, si es necesario, las respuestas promocionales, preventivas y de reinserción social con y de otros sectores.

## 2. Propósito:

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tiene, como un aporte al desarrollo humano del país, el propósito de "Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común."

## 3. Fundamentos:

El plan se basa en el concepto de que la salud y en especial la salud mental, no solo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

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

Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud.

Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada esta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar.

Se ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino

también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

Para el desarrollo de un Plan de esta naturaleza y envergadura, se requiere la definición explícita del marco valórico y de principios que deben constituir el eje de todas sus acciones, un programa de las actividades que necesita la población, una red de servicios clínicos integrada en la red de salud general, recursos humanos suficientes y con las competencias necesarias, formas de participación activa y regular de usuarios, familiares y organizaciones sociales, trabajo conjunto y coordinación con diversos sectores que influyen en la salud mental, y formas de financiamiento que aseguren su instalación y continuidad.

# Capítulo 1

---

**VALORES Y PRINCIPIOS:  
UN MODELO DE ACCION**





*«en una crisis de certidumbres y seguridades  
está en juego el sentido y la posibilidad misma  
de la existencia común»*

*Desarrollo Humano en Chile, 1988.  
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo*

## I. VALORES Y PRINCIPIOS: UN MODELO DE ACCIÓN

### 1. Valores Fundamentales:

- El propósito final es el desarrollo humano, por lo tanto está dirigida a personas, grupos y al ambiente.
- Acceso Universal: geográfica, económica y socialmente.
- Considera e integra las características y aportes de grupos con culturas minoritarias, excepto aquellas que tienen valores o prácticas de exclusión o discriminación.
- Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal, informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre estos y el profesional o equipo responsable.
- Financiamiento asegurado para toda la población.

### 2. Enfoque Técnico:

- Reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas
- Oportuno y continuo.
- Alta calidad técnica y humana.
- Utiliza enfoques comunitarios, privilegiando la atención ambulatoria y promoviendo y apoyando las capacidades de las personas y grupos organizados.
- Integra acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada actividad.
- Las acciones son deliberadamente educativas y participativas.
- Actualiza sus intervenciones de acuerdo a los avances científicos y la evidencia.
- Es consciente de la efectividad y costo de sus acciones.

### 3. Criterios de Calidad:

- La atención es continua en el tiempo y a lo largo de la vida, privilegiando el seguimiento por un mismo profesional o equipo.
- Cada persona recibe el número y tipo de atenciones que requiere según sus necesidades
- La atención se realiza, también, fuera de los establecimientos de salud
- Los usuarios y los equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones.

#### 4. Soporte Organizativo:

- Los servicios se articulan en una Red con responsabilidad para con una población y un ámbito geográfico definidos, cuyo eje es el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio.
- Integra equipos multidisciplinarios en cada dispositivo de la red.
- Integra acciones de servicios públicos, de organizaciones de usuarios y familiares, Organizaciones No Gubernamentales y privados.

#### 5. Marco Administrativo:

- Los dispositivos de la red de prestadores públicos tienen, preferentemente, la misma dependencia administrativa y técnica.
- Utiliza la planificación estratégica.
- Las actividades se monitorean permanentemente.

#### 6. Las Estrategias:

- Proponer y participar, intersectorialmente, en acciones de promoción de la salud mental que hayan demostrado ser potencialmente efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia y a través de la comunicación social.
- Poner al alcance de las personas el conjunto de intervenciones/acciones que han demostrado la mayor costo - efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental. Las atenciones aisladas, aún cuando cada una tenga la calidad suficiente, pueden no ser resolutivas si no responden a una estrategia sanitaria integral.
- Incentivar, apoyar técnicamente y proporcionar soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitarles el control social y colaboración en la calidad de la atención, la protección de los derechos de los pacientes, la presión social para el aumento de los recursos sectoriales e intersectoriales y como proveedores de actividades de tratamiento y rehabilitación.
- Privilegiar las intervenciones preventivas y tempranas que pueden ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservar los recursos especializados ambulatorios para la asesoría al nivel primario y atención de los casos más complejos y restringir la institucionalización al máximo que resulte adecuado para el paciente, su familia y la comunidad.
- Reforzar y crear equipos especializados de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, con la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de una población definida, de alrededor de 40.000 personas, equipos que entregarán esta atención desde el establecimiento más adecuado y de más fácil acceso para las personas.

- Realizar actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales, como comunitarios o privados, cuyo eje es el equipo especializado ambulatorio.
- Redefinir periódicamente las actividades o prestaciones que cada dispositivo de la red entrega, en función de las necesidades de la población, los recursos de la red y de la evaluación sistemática de la atención, de modo que la atención sea de la mayor capacidad de resolución y siempre lo más cercana posible al paciente, su familia y la comunidad.
- Realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes, familiares y de sus organizadores en los distintos niveles de la red de servicios.
- Difundir orientaciones y normas técnicas y administrativas actualizadas en base a la evidencia para orientar las acciones más costo efectivas que debe realizar cada servicio, dispositivo o establecimiento de la red local, de modo de lograr la más adecuada utilización de los recursos en beneficio de las personas.
- Evaluar, en forma sistemática, la eficiencia de la red en cuanto a satisfacción de usuarios y prestadores y de indicadores tales como nivel de información y comprensión que tiene el paciente y familiares acerca de su tratamiento, tiempos de espera, tiempos de traslado, continuidad del equipo tratante, etc. y mediante estudios epidemiológicos.
- Incorporar las actividades del programa a los sistemas de programación y financiamiento de la atención primaria y a la facturación de los establecimientos del sistema público institucional, en forma flexible, de acuerdo a los recursos de la red local de servicios, y al sistema de libre elección de Fondo Nacional de Salud (FONASA), Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), Mutuales de Seguridad.



# Capítulo 2

---

## INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL



*... los países se valoran por la calidad de sus habitantes  
 ... antes de que por sus disponibilidades materiales,  
 ... se requiere una población sana capaz de producir y  
 hacer florecer el desarrollo industrial y económico.  
 Esta es la misión del capital humano.*

*(Dr. Salvador Allende. «La Realidad Médico Social Chilena», 1939)*

## II. INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL

*“La susceptibilidad a enfermedades somáticas, emocionales y conductuales está influenciada por una combinación de exposiciones a situaciones sociales estresantes y de la protección lograda mediante las capacidades individuales y los apoyos sociales.”*

### 1. ANTECEDENTES

- 1.1. La salud, entendida como bienestar biopsicosocial, está determinada, en gran medida, por el estado o nivel de desarrollo alcanzado por el país en el ámbito económico, político - social y de salud pública. No es un fenómeno exclusivamente individual ni depende solamente de los sistemas sanitarios de atención. Por otro lado, en la “I Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica”, realizada en la Habana en octubre de 1999, se enfatizó el hecho de que la salud debe ser considerada como un recurso imprescindible para el desarrollo y la sostenibilidad de las Naciones, así como una capacidad que permite a las personas, grupos y comunidades influir y mejorar sus condiciones de vida.
- 1.2. Los indicadores de salud de los países están fuertemente determinados por sus niveles de ingreso. Existe también evidencia de que, una vez superada la mortalidad producida preferentemente por enfermedades infecciosas y otras propias del subdesarrollo, las diferencias, incluso en indicadores duros, como las tasas de mortalidad, son función de la distribución del ingreso al interior de las sociedades. La explicación de que los sectores menos favorecidos, de los países que han superado la transición epidemiológica, se vean más afectados por la enfermedad tanto física como mental parecen ser, más que las dificultades de acceso a servicios de salud, factores psicosociales asociados al desempleo, las bajas remuneraciones, deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, escasa participación social, hacinamiento, menores niveles de educación, vecindarios más inseguros.
- 1.3. Mas allá de los aspectos estrictamente socioeconómicos, toda la población de un país asume la **-carga psicosocial-** de la vida moderna, que ha sido definida como “la limitación más importante para la calidad de vida de las personas en las sociedades actuales”. Esta carga se expresa como estrés crónico asociado a incertidumbre y condiciones en el trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, formas de vida condicionadas por las grandes ciudades, falta de identidad, individualismo, competitividad, etc.

La carga psicosocial se acrecienta por la **falta de cohesión social**, producto, principalmente, de las desigualdades. La poca fortaleza de las limitadas relaciones sociales, escasos sentimientos de autovalía e insuficiente grado de control de lo que sucede, en general y a uno mismo, favorecen que la sociedad se vea dividida y dominada por el estatus, los prejuicios y la exclusión social, dando origen a grupos antagonicos, conflictos sociales persistentes (étnicos, políticos, de derechos humanos, etc.) y a la estigmatización de los menos aventajados. «Un mayor estrés socioeconómico, divisiones sociales más profundas, determinan tasas de mortalidad general más elevadas, relacionadas con uso de alcohol y drogas, accidentes y violencia».

1. 4. La vida de las personas transcurre en entornos con características físicas y relacionales específicas: hogar, escuela, centro de educación superior, lugar de trabajo, barrio, comuna. En ellos se aprenden, se mantienen o modifican los estilos de vida, es decir el modo habitual de hacer frente a las demandas y desafíos de la vida. Las características de estos entornos pueden favorecer o dificultar el desarrollo y el nivel de bienestar psicosocial. Estudios de resiliencia muestran que existen personas que han sido capaces de permanecer "saludables" en medios o entornos adversos, lo que ha permitido identificar y promover factores o condiciones para superar adversidades y estresores. Además, hay evidencia de la relación entre presencia de enfermedad mental, menor escolaridad, estrés laboral y vivienda de mala calidad.
1. 5. El costo social y económico de las enfermedades recae en todos los sectores del Estado: tanto por la disminución de la productividad del país por discapacidad evitable o muerte prematura, como porque las personas que las sufren y sus familias, requieren mayor cantidad de subsidios sociales y servicios de salud, justicia, vivienda, etc. Estos costos han sido estimados en los estudios de "Carga de la Enfermedad en Chile: Años de Vida Saludables Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad. AVISA" y en el estudio "Costo Económico del Consumo de Alcohol en Chile", realizados recientemente por el Ministerio de Salud. Pero, en el caso de las enfermedades mentales, existe además, una carga oculta que da cuenta de la sobrecarga emocional de las familias de las personas afectadas, y la mayor tasa de conducta violenta, maltrato intrafamiliar, abuso de alcohol y drogas, suicidio y criminalidad que estas enfermedades generan.
1. 6. Por otro lado existe creciente conciencia, en los políticos, los planificadores, en las autoridades y en la población misma, de que, en las expectativas y aspiraciones de bienestar individual y colectivo, el peso o importancia de los aspectos psicológicos o mentales es cada vez mayor. Ya no es suficiente tener acceso a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. Las personas aspiran, legítimamente, a una calidad de vida que les permita un mayor grado de bienestar subjetivo, la interrelación armónica con los demás y con el ambiente y el logro de algunas de sus metas personales, familiares o sociales.



Cuando una persona sufre una enfermedad mental, ella y su familia aspiran también a recuperar su salud, evitar la discapacidad o alcanzar una nueva forma de inserción social que considere sus limitaciones.

- 1.7. Ya en el año 1986, la 39ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en base a la evidencia acumulada acerca del enorme impacto de las enfermedades mentales en el mundo, resolvió apoyar a los Gobiernos en la realización de acciones intersectoriales para disminuirlas. La Organización Panamericana de la Salud, en 1997, resolvió instar a los Estados miembros a formular y desarrollar Planes Nacionales de Salud Mental.
- 1.8. En la población general coexisten personas y grupos que se encuentran, en un momento dado, en diferentes condiciones respecto a su salud mental: sanas, en riesgo, con trastornos compensados, no compensados, con discapacidad psíquica, etc. El nivel de salud mental que alcanza cada individuo es resultado de la interacción, en los contextos de vida, de factores protectores y de riesgo. Por consiguiente, **las acciones para mejorarlo y protegerlo, son responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social.**

## 2. NIVEL DE SALUD MENTAL E INTERSECTORIALIDAD

Para elevar el nivel de salud de la población, y en específico de salud mental, se requiere reducir la pobreza y modificar, simultáneamente, otras condiciones psicosociales asociadas a las profundas diferencias de vida entre los grupos con los más altos niveles de ingreso y los más desfavorecidos, pero que afectan a toda la población. No es suficiente la creación de nuevos servicios, se requiere de Políticas de Estado orientadas a superar las causas de la mayor carga psicosocial producto de las desigualdades, no sólo de ingreso sino de oportunidades.

Por lo tanto, es fundamental que los beneficios del desarrollo económico del país alcancen a toda la sociedad, no sólo en forma de un aumento de su nivel de ingresos y de su acceso a servicios, sino también, haciendo más equitativa la distribución de la riqueza. Es imperioso invertir, como país, en la construcción de un tejido social basado en el respeto a los derechos de las personas, la solidaridad y la valoración de las diferencias.

El Plan Nacional de Salud Mental es una invitación y un aporte en el esfuerzo de incorporar, como un propósito explícito, la elevación del nivel de bienestar psicosocial de las personas, familias, grupos y comunidades, en el modelo de desarrollo, en las **políticas sociales y en los valores y principios en que se basa la convivencia ciudadana**, aspectos que son, en última instancia, los determinantes de las acciones

de las instituciones públicas y privadas. Con este objetivo, define para el sector salud, un conjunto de acciones específicas a ser realizadas con otros sectores del gobierno y de la sociedad civil. Este Plan del sector salud es un primer paso hacia la construcción de una Política y Plan Intersectorial de Salud Mental para Chile que sea coordinado y conducido por un organismo del Estado con funciones de coordinación entre los Ministerios involucrados y con el resto de la sociedad.

Existen, en los últimos años, importantes experiencias de coordinación y trabajo conjunto de salud con otros sectores en la realización de acciones cuyo objetivo es la promoción de la salud. Estas han confluído en la iniciativa "Vida Chile", en la que participan más de 20 Ministerios, servicios autónomos e instituciones. Algunas de sus líneas de acción específicas están orientadas a la protección ambiental, el deporte recreativo comunal, la salud con la gente, la seguridad ciudadana y los teléfonos de información.

Se han realizado también experiencias de coordinación intersectorial en relación al abuso de alcohol y drogas, la salud mental de escolares de enseñanza básica, el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, aspectos legales y policiales de personas con enfermedades mentales y discapacidad psíquica, con Educación, Justicia, Trabajo, Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Policías (Carabineros e Investigaciones), División de Organizaciones Sociales de la Secretaría General de Gobierno, Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE Ministerio de Interior), Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), Universidades. En general, en ellas, las acciones han estado dirigidas no sólo a la promoción de la salud sino también a la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas psicosociales o enfermedades mentales.

De estas experiencias se rescatan los aspectos facilitadores y se intenta superar aquellos que dificultan la integración de los esfuerzos. El proceso de modernización del Estado, iniciado estos últimos años, debiera permitir, efectivamente, la planificación conjunta, la concentración de los aportes financieros y la ejecución y evaluación compartidas.

La intersectorialidad debe darse en todos los ámbitos organizativos de la sociedad - Ministerios, Secretarías Regionales Ministeriales, Instituciones Autónomas, Municipalidades, etc. - y las acciones intersectoriales son especialmente importantes en el espacio comunal, donde confluyen operativamente todos los servicios y sectores, puesto que constituye el ámbito real de la organización comunitaria (juntas de vecinos, organizaciones de mujeres, grupos juveniles, centros de padres, clubes, comunidades de base de iglesias, etc.).

Las distintas acciones intersectoriales a desarrollar con el propósito de elevar el nivel de salud mental de la población están dirigidas a:

- \* La **promoción**, orientada a optimizar la salud mental y el bienestar, reducir los

determinantes de riesgo, y actuar, en general, sobre los condicionantes de la salud.

- \* La **prevención**, dirigidas a evitar, retrasar la aparición o atenuar la severidad y duración de los trastornos de salud mental en personas y grupos con mayor riesgo.
- \* La **detección temprana** y facilitación del acceso y continuidad **del tratamiento y rehabilitación** en personas y grupos que presentan trastornos mentales y sus familias.
- \* Favoreciendo la **reinserción social** de las personas con enfermedades mentales, evitando la estigmatización y marginación, y creando redes de apoyo para ellos y sus familias.

El nivel de salud mental alcanzado por una población determinada con las acciones intersectoriales, de acuerdo al concepto asumido por este Plan Nacional, puede ser objetivado a través de:

- \* El grado de bienestar subjetivo de las personas, grupos y comunidades, expresado en la autoestima, sexualidad, grupos de referencia y planes futuros.
- \* La armonía en la relación de las personas y grupos entre sí y con el ambiente, o la existencia de conflictos sociales, violencia dentro y fuera de la familia, conductas delictivas.
- El nivel de logro o frustración en las metas individuales y colectivas en el plano afectivo, de educación, de trabajo, de vivienda, de esparcimiento, de participación, de creación artística, de consumo.
- \* La prevalencia de estados o condiciones de mayor vulnerabilidad en algunas personas, con conductas de riesgo o expuestas a entornos que pueden perjudicar su salud mental.
- \* La prevalencia de enfermedades mentales sintomáticas.
- \* El nivel de calidad de vida de las personas que presentan discapacidad mental y la proporción de ellas que se integran a sus familias y comunidades.

### 3. AMBITOS Y ESTRATEGIAS INTERSECTORIALES EN SALUD MENTAL

De acuerdo a las etapas del ciclo vital y de la cultura, las personas permanecen e interactúan entre sí en entornos específicos como la escuela el trabajo, el barrio o población, que constituyen espacios naturales privilegiados para realizar acciones que contribuyan a elevar su nivel de salud mental.

En estos ámbitos se expresa, en definitiva, el modelo de desarrollo, las políticas sociales y los valores y principios en que se basa la convivencia ciudadana de un país, principalmente a través de:

- ✎ La participación social,
- ✎ las leyes y regulaciones,
- ✎ la oferta de servicios de educación, salud, protección ciudadana, vivienda, justicia, trabajo y seguridad social,
- ✎ la recreación y el deporte,
- ✎ las expresiones de la espiritualidad religiosa, humanista u otras,
- ✎ las expresiones artísticas,
- ✎ la comunicación social.

De acuerdo a la experiencia de países que han realizado esfuerzos de Estado para elevar el nivel de salud mental de su población, el Plan ha definido estratégicamente acciones en aquellos ámbitos en que estas alcanzan la mayor cobertura y efectividad, tales como las escuelas, los lugares de trabajo, los barrios y poblaciones.

Existe una alta concentración de niños, adolescentes y adultos en riesgo o con enfermedades mentales entre las personas que tienen conflictos con la justicia, por eso, el Estado debe focalizar en esta población una concentración mayor de acciones de salud mental, con la participación de los distintos sectores e instituciones relacionadas con el tema.

Hay grupos particulares, como los pueblos indígenas, los que presentan una alta prevalencia de enfermedades mentales, con un perfil epidemiológico diferente al del resto de la población. Estas poblaciones tienen una forma diferente de entender la enfermedad mental y son distintos sus factores protectores, su particular sensibilidad a algunos de los factores de riesgo y los recursos que poseen para enfrentarla. Se requiere, por lo tanto, desarrollar estrategias de salud mental específicas para cada cultura y concentrar una cantidad recursos acorde con el nivel de riesgos.

Por la cobertura casi universal, su alta recepción de parte de la población y la evidencia de su capacidad para reflejar actitudes y modificar comportamientos, la comunicación social es otra estrategia intersectorial prioritaria del plan.

A continuación se describen los cuatro principales ámbitos para las acciones intersectoriales de salud mental para los próximos cinco años - escuelas, lugares de trabajo, barrios y comunas, y personas en conflicto con la justicia - y las dos estrategias de mayor trascendencia - salud mental de los pueblos indígenas y comunicación social. La costo - efectividad de las acciones en estos ámbitos y con estas estrategias es mayor si se realizan con contenidos y mensajes comunes, complementarios y coherentes entre sí.

### 3.1. SALUD MENTAL EN LA EDUCACION PRE ESCOLAR Y ESCOLAR

La comunidad escolar es un sistema donde un conjunto de personas de distintas generaciones aprende, trabaja, juega y convive.

La permanencia habitual del niño que está cursando etapas claves de su desarrollo bio psico social en la escuela, a cargo de adultos capacitados y en convivencia con otros niños, ha demostrado ser un periodo de tiempo privilegiado para promover, proteger, detectar problemas, y realizar acciones de recuperación y rehabilitación, en conjunto con los sistemas sanitarios. A esto se suma la relación regular de los padres o de la familia con la escuela, en el marco de la prestación de un servicio y la delegación de aspectos fundamentales de la crianza de los hijos.

En el jardín infantil y la escuela los niños, sus padres y también los profesores, pueden adquirir los conocimientos, habilidades y destrezas para promover y cuidar su propia salud y mantener espacios de estudio y convivencia saludables, así como potenciar la adaptabilidad psicológica, social y cultural, crear lazos profundos con otras personas y grupos, y establecer relaciones formales e informales con la comunidad. Es decir, el sistema escolar puede proveer facilidades para el desarrollo y expresión de la resiliencia natural de los individuos y grupos. Además puede llegar a ser, como lo han demostrado los Programas de Integración de algunos países, entre los cuales está Chile, un espacio de integración temprana para niños con problemas de salud mental que no constituyen una limitación profunda para su capacidad de aprendizaje, evitando su marginación.

La experiencia de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud en el apoyo a la creación de Redes de Escuelas Saludables ha demostrado que la involucración de Educación en ellas es una oportunidad para incorporar también aspectos de salud mental en el ambiente escolar.

La coordinación de salud con educación para entregar alimentación complementaria, realizar vacunación, detectar alteraciones de la salud de los niños y prevenir caries dentales, ha sido, desde la instalación del sistema sanitario en Chile, una estrategia preferente. Más recientemente, los programas de salud escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas del Ministerio de Educación, han demostrado su efectividad en aspectos como la detección y tratamiento de problemas dentales, auditivos, visuales y motores.

En la última década se han desarrollado experiencias exitosas de salud mental escolar tales como desarrollo psicosocial y conductas no violentas en educación pre escolar, promoción, prevención y detección de problemas de salud mental en educación básica y prevención de problemas de alcohol y drogas en educación básica y media. A pesar de las implicancias negativas de la fragmentación de los servicios de salud, la municipalización de la salud y la educación representa una oportunidad para los programas de salud mental escolar, por la dependencia común de estos servicios primarios.

En base a la experiencia y la realidad del país, los componentes más específicos de salud mental que los centros pre escolares, escolares básicos y de enseñanza media debieran priorizar, como parte de sus actividades habituales, son :

1. Respeto y ejercicio de derechos humanos y solidaridad.
2. Participación ciudadana y fortalecimiento de conocimientos y habilidades para ejercer control sobre los asuntos de la vida personal y comunitaria.
3. Autoestima, reconocimiento y expresión de emociones y afectos.
4. Habilidades sociales para la comunicación, resolución de conflictos y para una relación igualitaria entre los géneros .
5. Habilidades para lograr estilos de vida saludables y autocuidado.
6. Prevención de abuso de alcohol y drogas, conducta violenta y conducta sexual de riesgo.
7. Detección y apoyo para niños con problemas de aprendizajes, emocionales, conductuales.
8. Derivación para la atención de niños y adolescentes con trastornos de salud mental, principalmente en relación a las prioridades programáticas.

La misma experiencia demuestra que los actores sectoriales mas importantes en salud mental escolar son:

**Educación:** Ministerio de Educación y Secretarías Regionales y Provinciales, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación "Integra", Colegio de Profesores, Asociaciones de Padres, Centros de Alumnos y Federaciones de Estudiantes, jardines infantiles, escuelas y colegios públicos y privados.

**Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria con apoyo de un equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, clínicas privadas con convenios de seguro escolar.

**Municipalidades:** Corporaciones de Salud y Educación, y otras instancias relacionadas con infancia, juventud, organizaciones sociales, cultura, deportes y recreación.

**Organizaciones No Gubernamentales (ONG)** relacionadas con Salud y Educación.

### **Iglesias**

**Otros Organismos del Estado:** Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y Comisiones Regionales, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Servicio Nacional de Menores (SENAME).

### 3.2 SALUD MENTAL Y TRABAJO

El trabajo tiene enormes implicancias positivas en la salud mental de las personas, representando una fuente de estímulo para el desarrollo cognitivo, emocional y conductual, favoreciendo la inserción social y la asignación de roles, generando medios económicos y autonomía, y reforzando los aspectos más saludables y constructivos de los seres humanos. Sin embargo, si el trabajo no se realiza en condiciones adecuadas o es discordante con el proyecto de vida personal puede transformarse en una fuente de estrés, conflictos interpersonales, y obligaciones monótonas y escasamente gratificantes.

El objetivo de los programas de salud mental en el trabajo es que los trabajadores logren un mayor grado de control sobre su salud y bienestar, así como promocionar y procurar condiciones laborales saludables y facilitadoras del desarrollo del potencial humano. Para el logro de este objetivo se hace necesario desarrollar acciones intersectoriales que permitan modificar las condiciones laborales de riesgo para la salud mental, interviniendo en las fuentes de estrés dependientes del trabajo, el impacto negativo de este sobre la salud y la salud mental de los trabajadores y sus familias, el uso indebido de alcohol y drogas y su efecto negativo en la productividad y seguridad, y favoreciendo la reinserción de los trabajadores que presentan una enfermedad mental.

La legislación del trabajo, la seguridad social, los sistemas remunerativos, y las características y variabilidad del mercado del trabajo son factores determinantes de muchos de los aspectos de la actividad laboral. Pero existen también factores propios de cada centro laboral, como son aquellos derivados de las condiciones físicas y ambientales, incluyendo la peligrosidad de la tarea, y los derivados del contenido y la organización del trabajo, como por ejemplo cargas cuantitativas y cualitativas, control y autonomía, valoración de la función, apoyo social, trabajo de turnos, incentivos y remuneraciones, estructura y clima organizacional.

Existe alguna evidencia empírica de la efectividad de los programas de promoción de la salud aplicados a ambientes laborales. Se dispone de mayor información acerca de la efectividad y costos de programas de prevención específica para trastornos psicológicos en el trabajo y de programas para la rehabilitación y reinserción social de personas con enfermedades mentales. Aún en los casos de mayor severidad, es posible lograr algún grado de reinserción laboral en el 30 % de ellos.

Las acciones deben estar dirigidas a los individuos y a la organización. En el primer caso, para fortalecer la capacidad del trabajador para enfrentar mejor el estrés y otros problemas vinculados a la actividad laboral, y en el segundo, para la sensibilización, educación, participación, rediseño de la organización del trabajo - flexibilizándolo - y para la movilización de individuos y organizaciones.

Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en el ámbito de la salud mental de los

trabajadores para Chile son:

1. Generar iniciativas para una mayor protección de la salud mental de los trabajadores en la legislación, en aspectos tales como la redefinición de la "neurosis laboral" y el reconocimiento de los trastornos mentales ocupacionales como enfermedades profesionales, la adaptabilidad de las condiciones de trabajo a las características físicas y psicológicas de los trabajadores, y la evitación de cargas laborales excesivas.
2. Sensibilizar acerca de los problemas emocionales y enfermedades mentales de empleados y ejecutivos para evitar la estigmatización.
3. Programas de prevención de abuso de alcohol y drogas, de manejo del estrés, prácticas de relajación, desarrollo de destrezas personales e interpersonales.
4. Incorporar la detección de depresión y problemas de alcohol y drogas en el examen de salud periódico del trabajador, y facilitar su tratamiento oportuno.
5. Flexibilizar el otorgamiento de pensión de invalidez para personas con discapacidad psíquica, de modo de favorecer su reinserción laboral.
6. Establecer un porcentaje fijo de los puestos de trabajo, de acuerdo al tipo de actividad de la empresa, para ser utilizados en la reinserción laboral de personas con enfermedades mentales.
7. Desarrollo de "empresas sociales", capaces de desarrollar actividades productivas que sean competitivas en el mercado, sin fines de lucro personal, y generando empleos estables para personas con discapacidad psíquica.

La experiencia demuestra que los actores sectoriales más importantes en salud mental laboral son:

**Trabajo:** Ministerio del Trabajo y Previsión Social y Secretarías Regionales, Dirección del Trabajo e Inspecciones Comunales, Organizaciones Sindicales de Trabajadores, Instituto de Normalización Previsional (INP), Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), Mutuales de Seguridad, Sociedad de Fomento Fabril (SOFOFA), Confederación de la Producción y Comercio, Sociedad Nacional de Agricultura, Sociedad Nacional de Minería.

**Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria, equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, centros médicos y clínicas de Mutuales.

**Otros Organismos del Estado:** Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS - Ministerio de Planificación y Cooperación), Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y Comisiones Regionales de CONACE.

### 3.3 SALUD MENTAL EN BARRIOS, POBLACIONES Y COMUNAS

Los espacios públicos y las agrupaciones formales e informales que las personas com-



parten y en los que conviven, relacionándose entre sí, han sufrido importantes cambios en las últimas décadas, producto y expresión del desarrollo económico desigual del país, de la concentración de la población en centros urbanos cada vez más grandes, de los acelerados cambios demográficos, de la comunicación y de cambios vinculados a los valores éticos y religiosos y al consumismo transformado en la forma de participación social. Los déficit del soporte social y los sucesos vitales estresantes están asociados a los niveles de salud en general y especialmente a los niveles de salud mental.

Mientras las condiciones de hacinamiento en la vivienda y la mayor concentración de población en los sectores pobres, hacen que el uso de pasajes, calles y plazas sea mayor en sectores más populares, otros sectores medios y altos se retraen a espacios cada vez más resguardados y aislados de sus vecinos. Es necesario, por lo tanto, mejorar las condiciones de los espacios públicos de forma de favorecer la participación de las personas en actividades sociales, lúdicas y culturales, consideradas fundamentales para la construcción y organización de las redes comunitarias. Los individuos que se constituyen en redes sociales de apoyo son menos susceptibles de enfermar y presentan realmente mejores niveles de salud mental. Así, estimular la participación y el encuentro en actividades que no estén centradas solo en aspectos individuales favorecen el desarrollo de estas redes.

Con el objetivo de recuperar la cohesión del tejido social y lograr el fortalecimiento de los espacios comunitarios es necesario facilitar a los individuos que conforman las comunidades el acceso a la información y al desarrollo de habilidades y capacidades necesarias para la toma de decisiones. Permitiendo el "empoderamiento" de individuos o grupos, a través de la construcción de capacidades que mejoren la participación significativa de las personas en los procesos de identificación y resolución de problemas y en la utilización de servicios, se promueve salud mental.

Asimismo, el ambiente social que proporciona el barrio, población o comuna debe ser capaz de proveer capacidades para el desarrollo y expresión de la resiliencia, de los individuos, grupos y comunidades, estimulando la autonomía, la identidad y el sentido de pertenencia. Reforzando la capacidad de recuperarse y hacer frente a la adversidad, de manera positiva y efectiva.

Es necesario señalar y enfatizar que las redes no son un privilegio de las instituciones profesionales. En este sentido es necesario favorecer en términos reales y concretos la participación de la sociedad en la solución de sus problemas, transformando este en el fundamento principal para fortalecer la injerencia de las personas afectadas en todos los niveles de decisión de un programa o plan de acción que se proponga superar un problema social que afecte la calidad de vida.

Las redes de apoyo social, así entendidas, podrían desarrollar, en los barrios y comunas, espacios para que se realicen actividades tendientes a la detección y atención oportuna, resolutive y continua de las personas con enfermedad mental y a su

reinserción social. Además, la construcción de la organización comunitaria puede fomentar actitudes protectoras de la salud mental como son la aceptación, respeto e integración de las personas con problemas, trastornos y discapacidad mental.

Algunas de las estrategias prioritarias para las iniciativas comunales son:

1. Instalar el tema de la salud mental en la agenda política del municipio, con un enfoque integral de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
2. Promover la coordinación y articulación de las acciones de salud mental de los programas y servicios existentes en todos los sectores. De acuerdo a la realidad local, la coordinación se puede formalizar con algún tipo de comité intersectorial.
3. Incorporar un componente de salud mental en el Plan Comunal de Salud, con un diagnóstico local, fijación de prioridades, programa de actividades, y red de servicios.
4. Favorecer la participación y organización social, con actividades de defensa de derechos y refuerzo de proyectos de vida.
5. Facilitar la formación y funcionamiento de grupos de autoayuda en salud mental: agrupaciones de usuarios y familiares, organizaciones rehabilitadoras de alcohólicos y dependientes a otras drogas, grupos de apoyo psicológico, centros de adultos mayores, etc.
6. Proveer dispositivos comunitarios que favorezcan la reinserción social de las personas con enfermedades mentales persistentes y discapacitantes, especialmente hogares protegidos, viviendas supervisadas, y clubes sociales.
7. Disponer de Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), que sirvan tanto para el funcionamiento de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, como para facilitar el desarrollo de grupos comunitarios y actividades conjuntas de salud con otros sectores.

Los actores sectoriales más importantes para la salud mental en el barrio, población y comuna son:

**Municipalidades:** Corporaciones de Salud y Educación, instancias relacionadas con infancia, juventud, mujeres, adultos mayores, organizaciones sociales, vivienda, cultura, deportes y recreación.

**Organizaciones Vecinales:** Juntas de vecinos, organizaciones de mujeres, grupos juveniles, centros de padres y apoderados, clubes deportivos, comunidades de base de iglesias, agrupaciones de usuarios y familiares, grupos de autoayuda en salud mental, etc.

**Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria, equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, clínicas privadas.

**Organizaciones No Gubernamentales (ONG)** relacionadas con salud mental y que desarrollan sus actividades a nivel comunal.

**Iglesias:** todos los credos que tengan actividades en la comuna.

**Policía:** Carabineros e Investigaciones.

**Otros Organismos del Estado:** Ministerio Secretaría General de Gobierno (División de Organizaciones Sociales), Ministerio de Vivienda, Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y Comisiones Regionales (CORECES), Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Servicio Nacional de Menores (SENAME).

### 3.4. SALUD MENTAL DE PERSONAS EN CONFLICTO CON LA JUSTICIA

La salud mental y la psiquiatría han estado relacionadas históricamente con el derecho y la justicia. Por una parte, la aplicación de algunas leyes contribuye a la promoción y protección de la salud mental de la población, y por otra, los niños, adolescentes y adultos que presentan problemas con la justicia tienen una mayor frecuencia de enfermedades mentales.

En la confluencia entre la psiquiatría y la justicia se entremezclan concepciones, paradigmas científicos, objetivos y metodologías muy distintas. Esta complejidad propicia la instauración de actitudes de recelo, desconfianza y manipulación entre los profesionales de ambos campos, observándose en algunas circunstancias insuficiente compromiso del sector salud hacia las personas con enfermedad mental cuando ellas incurrir en conductas delictivas, y a su vez, insuficiente compromiso del sector justicia hacia las personas en proceso o condenadas cuando ellas presentan enfermedad mental.

La realidad demuestra, sin embargo, la importancia de implementar sistemas de coordinación entre ambos sectores, con el objetivo de definir responsabilidades y concordar criterios de acción respecto a las personas con enfermedad mental y con problemas con la justicia. De esta manera se logra que estas personas alcancen mayores posibilidades de rehabilitación y reinserción social, mejor calidad de vida, y respeto a sus derechos humanos, y que el resto de la sociedad tenga un menor riesgo de sufrir delitos en contra de ellos y sus propiedades.

El insuficiente respeto a los derechos humanos de un sector reducido y poco visible socialmente, el de los enfermos mentales sobrecuidados por enfermedad mental que permanecían en las cárceles, ha permitido avanzar en acciones integradas con el sector justicia para comenzar la reflexión sobre los condicionantes negativos y protectores de los sistemas policiales y judiciales sobre la salud mental de los usuarios y

de las personas que trabajan en ellos. El primer paso ha sido el diseño y puesta en marcha del Sistema Nacional de Psiquiatría Forense, iniciado a fines de 1998, con participación de los Ministerios de Justicia y Salud, los Servicios de Salud, Gendarmería y el Servicio Médico Legal.

Demanda explícita por parte del Servicio Nacional de Menores (SENAME) son las necesidades de salud mental de los niños en protección y en conflicto con la justicia, población de altísimo riesgo por su condición psicosocial y con una elevada tasa de trastornos mentales. La colaboración entre ambos sectores, con programas específicos, ha sido una forma de responder a un desafío que deberá ser cada vez más importante.

Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en el área de la salud mental de las personas en conflicto con la justicia son:

- \* Definir ámbitos de competencia entre ambos sectores y mecanismos de financiación para los peritajes psiquiátricos, especialmente en los temas de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, dependencia a drogas, e inimputabilidad de conductas delictivas.
- \* Consolidar y expandir a todas las Regiones del país el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense, poniendo en marcha, para las personas sobreescidas, Unidades de Alta y Mediana Complejidad y programas de tratamiento ambulatorio, rehabilitación y reinserción comunitaria y laboral en el sistema público de salud, e implementado equipos multidisciplinarios de salud mental y psiquiatría, para las personas en proceso y condenadas, en los Establecimientos de Gendarmería.
- \* Desarrollar en Chile la sub especialidad de Psiquiatría Forense, formando psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos paramédicos, e iniciando líneas de investigación.
- \* Reforma del Código Civil de modo de modernizar los conceptos sobre enfermedad mental, inimputabilidad, y responsabilidad de la autoridad sanitaria sobre las personas sobreescidas.
- \* Establecer sistemas de atención y rehabilitación en salud mental y psiquiatría para los menores en protección y conflicto con la justicia, con definición de competencias, financiamiento y formas de referencia entre ambos sectores.

Los actores sectoriales más importantes para responder a las necesidades de esta población son:

**Justicia:** Ministerio de Justicia y Secretarías Regionales, Servicio Médico Legal, Gendarmería, Servicio Nacional de Menores (SENAME), Poder Judicial, Corporación de Asistencia Judicial.

**Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, unidades de psiquiatría forense.

**Universidades:** Escuelas de Medicina, Psicología, Enfermería, Servicio Social y Terapia Ocupacional.

**Congreso Nacional:** Cámaras de Diputados y Senadores.

### 3.5. SALUD MENTAL DE PUEBLOS INDÍGENAS

En Chile, los pueblos indígenas, en su condición de mayor pobreza y marginación de los beneficios del desarrollo, las contradicciones entre su cultura y la predominante en el país, la desintegración social y el insuficiente acceso a servicios de salud, *presentan una alta prevalencia de enfermedades mentales y un perfil epidemiológico diferente al del resto de la población.* En el país, al igual que en otras regiones de América, se ha encontrado en algunos pueblos indígenas una frecuencia elevada de abuso y dependencia de alcohol y de intentos de suicidio en el género masculino.

Alrededor de un millón de chilenos manifiestan pertenencia a una etnia indígena en el último Censo (1992), lo que corresponde a un 10 % de los mayores de 14 años. Poco más de la mitad de ellos reside en la Región Metropolitana, en su mayoría en sectores socioeconómicos más desfavorecidos. El resto vive principalmente en comunidades Mapuches, en la región de la Frontera, y Aymaras, en la primera y segunda regiones.

Existe evidencia de que en muchos aspectos de la salud, aunque no todos, convivir en grupos humanos de acuerdo a los valores y costumbres de una cultura tradicional es un factor protector. En Chile, hay estudios que demuestran que las personas de etnias minoritarias que viven en sus comunidades presentan mucho menos problemas de salud, que aquellos que viven dispersos. Las transformaciones de los sistemas sociales indígenas tienen un efecto importante en la salud mental en cuanto introducen nuevas normas de conducta, demandas funcionales y nuevas formas de relaciones interpersonales, y al mismo tiempo, alteran las redes de apoyo social y los recursos tradicionales de salud.

Los sistemas médicos tradicionales de estos pueblos enfatizan una visión integral de la salud que considera conjuntamente los componentes físico, mental y social, y plantean una estrecha relación de la salud con la vida espiritual.

*Se requiere, por lo tanto, implementar estrategias específicas para apoyar el desarrollo de las comunidades indígenas existentes, reforzando su identidad cultural, aumentando su grado de cohesión social interna y con el resto de la comunidad nacional, y potenciando la sabiduría ancestral de su forma de vida y medicina tradicional. Para ello es necesario concentrar mayores recursos per capita que para la población general e implementar programas intersectoriales en ellas.*

También es necesario que los servicios y acciones intersectoriales para la salud mental a realizarse en los entornos naturales y mediante la comunicación social masiva consideren, incorporen e integren los valores, aspectos positivos de las costumbres, el idioma y la forma de relación interpersonal y social de las culturas indígenas.

Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en el área de la salud mental de los pueblos indígenas son:

1. Implementar y evaluar experiencias pilotos de programas de salud mental con población indígena viviendo dentro y fuera de comunidades, con participación protagónica de sus agentes de salud y sus organizaciones, y utilizando un enfoque integral que corrija injusticias de tenencia de tierras, acceso a educación, administración de justicia, preservación de cultura y utilización de medios de comunicación.
2. Diseñar e implementar prestaciones de promoción y protección de la salud mental, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con enfermedad mental, que incorporen la cosmovisión del pueblo indígena, su identidad étnica y lenguaje, y su organización social.
3. Favorecer un trabajo articulado entre agentes de salud de la propia cultura indígena con equipos de salud de atención primaria y equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, promoviendo el respeto a las prácticas de salud tradicional.
4. Discriminar positivamente el ingreso a carreras de salud mental de personas de pueblos indígenas.
5. Realizar investigaciones sobre la salud mental de pueblos indígenas que permitan profundizar el conocimiento sobre magnitud de los problemas y consecuencias, la concepción tradicional sobre salud y enfermedad mental, y las respuestas familiares y comunitarias.

Los actores sectoriales más importantes para la salud mental de los pueblos indígenas son:

**Pueblos Indígenas:** Organizaciones étnicas, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), y otras entidades relacionadas.

**Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria, equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

**Universidades:** Escuelas de Medicina, Antropología, Psicología, Enfermería, Servicio Social y Terapia Ocupacional.

**Otros Organismos del Estado:** Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS - Ministerio de Planificación y Cooperación), Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y Comisiones Regionales de CONACE.

### 3.6. COMUNICACION SOCIAL PARA UNA MEJOR SALUD MENTAL.

Los medios de comunicación de masas han invadido todos los espacios naturales de las personas, llegando a ser un importantísimo vehículo para canalizar información, contenidos educativos y motivación.

En los últimos años se han realizado campañas intersectoriales de comunicación masiva, con cobertura nacional, en temas como el Maltrato Infantil, la Violencia Intrafamiliar y Conyugal, los Derechos Igualitarios entre los Géneros, y Abuso de Drogas. La evaluación de algunas de ellas ha mostrado un impacto limitado, requiriéndose planes comunicacionales a más largo plazo, con una mejor coordinación entre los sectores involucrados, y en conjunto con actividades educativas cara a cara.

Un objetivo general para elevar el nivel de salud mental de la población es impregnar todos los espacios comunicacionales con información, imágenes, experiencias de vida y un lenguaje que, implícitamente, promueva la aceptación de la diversidad social, de género, cultura, etnia, fomente el conocimiento y respeto de los derechos y responsabilidades, eduque para el reconocimiento de problemas, apoyo inmediato, acceso y utilización adecuada de los servicios, y para desestigmatizar la enfermedad mental y permitir la reinserción social. Para ello, es necesario políticas comunicacionales públicas y una alianza con los medios privados en torno a estos aspectos.

Además, es efectivo desarrollar iniciativas más específicas, para lo cual es necesario definir:

- \* Audiencias primarias y secundarias
- Selección de los canales de información / comunicación
- \* Estrategias de vinculación con los medios de comunicación y con las organizaciones e instituciones en general.
- Preparación rigurosa de los contenidos y materiales de acuerdo a criterios de adecuación: tales como, validez científica, credibilidad cultural, comprensibilidad, capacidad de despertar interés.
- \* Monitoreo y evaluación.

Algunas de las estrategias prioritarias para las iniciativas comunicacionales son:

1. Implementar campañas de comunicación social a nivel nacional, con un fuerte componente televisivo, utilizando tanto el formato de comerciales como incorporación de temas de salud mental en la programación habitual, tanto de periodismo como telenovelas y otros programas de entretenimiento.
2. Implementar campañas de comunicación social a nivel regional y de Servicios de Salud, utilizando preferentemente radio y televisión locales.
3. Conseguir que líderes de opinión se comprometan a apoyar temas de salud mental.

Los actores sectoriales más importantes para comunicación social en salud mental son:

**Comunicación Social:** Ministerio Secretaría General de Gobierno (Dirección de Información), medios de comunicación, empresas de publicidad.

**Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria, equipos de salud mental y *psiquiatria ambulatoria, clinicas privadas*.

**Otros Organismos del Estado:** Ministerios de Educación, Trabajo y Justicia, Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Servicio Nacional de Menores (SENAME), Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS).



# Capítulo 3

---

**LAS ACCIONES:  
PROGRAMA DE SALUD  
MENTAL Y PSIQUIATRIA**



### III. ACCIONES : PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

El programa describe el conjunto de actividades a ser realizadas en los distintos establecimientos para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Las actividades del Programa de Salud Mental y Psiquiatría se basan en la evidencia existente respecto a la efectividad y costo de las intervenciones para cada una de las prioridades, en las opiniones de expertos nacionales y en normativas técnicas internacionales. Sus objetivos específicos son los siguientes:

- Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.
- Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

El programa tiene el propósito de servir de instrumento orientador de la programación de los recursos y prestaciones del sistema, definiendo un conjunto de actividades básicas para dar respuesta a las necesidades de atención de una población determinada. Son coherentes con las actividades definidas en la Norma Técnica "Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría".

La programación de estas actividades en los distintos dispositivos de la red debe permitir que las personas accedan a las que necesiten, en el lugar y por el equipo más cercano a su residencia. Por lo tanto, el establecimiento donde se realice cada una de ellas debe estar claramente definido para un sector poblacional, el que puede variar en el tiempo, ya que dependerá de la planificación y los recursos de la red local de servicios.

Las prestaciones o actividades básicas de salud mental y psiquiatría del programa se describen de acuerdo al nivel de resolución del equipo o establecimiento en que se realiza y en función de su objetivo en el contexto de la red de servicios. Más adelante se entrega una descripción más específica de las estimaciones promedio de las actividades requeridas para cada una de las prioridades programáticas nacionales, la que constituye una orientación - no una norma - de utilidad para la programación en aquellas localidades que aún no han desarrollado una experiencia propia.

#### A. ACTIVIDADES DE NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCIÓN

Para ser realizadas por el Equipo de Salud General (incluyendo Psicólogo) en Consultorios, Centros de Salud, Centros de Salud Familiar, consultas de médicos generales, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM).

## 1. ACTIVIDADES PARA LA ARTICULACIÓN ENTRE EL NIVEL PRIMARIO Y SECUNDARIO .

Para aumentar y mantener la capacidad resolutoria del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel de secundario, se requiere que los especialistas asesoren de manera continua a los equipos del primer nivel de atención. De esta forma los equipos de salud general reciben información y adquieren habilidades para realizar en forma efectiva todas las acciones del programa para la promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y derivación. Esta asesoría se realiza a través de la siguiente prestación o actividad.

↘ **Consultoría de Salud Mental**: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico - técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o consultorio.

## 2. ACTIVIDADES PARA LA PROMOCIÓN DE FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL

Las acciones de promoción apuntan a estimular los factores protectores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria, mejorando su capacidad para manejar el estrés y promoviendo relaciones sociales de apoyo.

Las actividades de promoción que el equipo de salud general debe realizar son necesariamente intersectoriales, con el objetivo de proponer, participar y aportar información técnica y material de apoyo para permitir, motivar y orientar a que individuos, familias y grupos refuercen, adquieran y compartan habilidades, estén mejor informados y se organicen para alcanzar y mantener un mejor nivel de salud mental.

La actividad para cumplir este objetivo es la siguiente:

↘ **Intervención / Actividad Comunitaria**, realizada por la Asistente Social, Enfermera, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de salud general, con Organizaciones Locales (o con personas capaces de crearlas), Redes Comunitarias de Prevención, Organizaciones de Usuarios y / o Familiares, Sociales, Laborales, Escolares, de Vivienda, de Justicia, Organizaciones No Gubernamentales, Privadas, Medios de Comunicación, otros.

## 3. ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN

La prevención más efectiva para evitar o retrasar la aparición de una enfermedad mental es aquella que se realiza con población que no está demandando atención por salud mental, pero que presenta factores de riesgo o está comenzando a presentar

\* Actividad que debe programarse y costearse simultáneamente para el equipo de salud general y el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria

problemas o síntomas de una probable enfermedad mental. Las actividades de prevención están dirigidas a dos tipos de personas:

- ✎ Grupos de mayor riesgo identificables entre las personas que acuden a los establecimientos de salud primaria: los portadores de una patología somática crónica, aquellos en los que se detecta un evento vital agudo, afectados por violencia, familiares de personas con enfermedades mentales o discapacidad, personas en condición de pobreza o marginación, consumidores de drogas y exceso de alcohol, niños con problemas escolares, trabajadores con estrés, etc.
- ✎ Personas en las que es posible detectar, mediante la búsqueda activa, síntomas o condiciones de alto riesgo para su salud mental, en las actividades habituales del equipo de salud general, tales como:
  - Control de salud, examen de salud escolar, consulta de morbilidad del niño.
  - Controles de salud, consulta de morbilidad y actividades para post menopausia dirigidos a la mujer.
  - Examen de salud preventivo del adulto (ESPA), programas de control de pacientes crónicos.
  - Control de salud, consulta de morbilidad para adolescentes.
  - Control de salud y consulta de morbilidad para adultos mayores.

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

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

#### 4. ACTIVIDADES PARA EL TRATAMIENTO / RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN

Las actividades para tratamiento de personas con diagnóstico de una enfermedad mental que realiza el equipo de salud general están dirigidas a las personas y sus

familias, y su objetivo es la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la enfermedad mental.

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

Muchas de las personas que presentan una enfermedad mental serán diagnosticadas y recibirán su tratamiento exclusivamente de parte del equipo de salud general, en una proporción distinta según la patología. Un número menor requerirá, además, que su caso sea analizado en una consultoría de salud mental del equipo que lo atiende con los especialistas del equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria. Algunos de estos pacientes serán derivados al equipo especializado para su diagnóstico e indicación de tratamiento, el que podrá ser realizado en muchos casos por el mismo equipo de salud general que lo refirió. Para todos estos pacientes, el médico y equipo tratante reconocido por él y su familia será el de salud general.

Los pacientes portadores de una enfermedad mental de larga evolución y/o con discapacidad, que han sido diagnosticados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y referidos a su consultorio con indicaciones, requieren, en forma más específica, actividades de rehabilitación para su reinserción social.

Las actividades para el tratamiento y rehabilitación por el equipo de salud general son las siguientes:

- **Consulta Médica de Salud Mental**, realizada por el Médico General con el paciente y un familiar o acompañante.
- **Consulta de Salud Mental**, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona u otro profesional o técnico.
- **Intervención Psicosocial Grupal**, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Matrona u otro profesional o técnico con el paciente y la familia.
- **Visita de Salud Mental**, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Matrona, Terapeuta Ocupacional u otro profesional o técnico al domicilio, lugar de trabajo o escuela, dirigida al paciente, familiares y cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, profesores.
- **Psicoterapia Individual / Grupal**, realizada por psicólogo clínico con personas con diagnóstico de una enfermedad mental.

- **Intervención / Actividad Comunitaria**, que realiza la Asistente Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Matrona, Psicólogo, Médico, u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y a la familia en su tratamiento y rehabilitación.

## B. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA

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

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

Las prestaciones de urgencia son :

- **Consultoría de Salud Mental**: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de urgencias en forma de reuniones clínico - técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por servicio de urgencia.
- **Consulta Psiquiátrica** : realizada por médico psiquiatra con el paciente y su familia, referido por el equipo de urgencia por su mayor complejidad.

## C. ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN DE NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO DE RESOLUCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

La atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría es otorgada por los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria en Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Consultorios de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia en Salud (CRS) y, fuera de las estructuras sanitarias, en centros o espacios de cuidado de personas con enfermedades mentales y por equipos profesionales y técnicos de Servicios de Psiquiatría de Hospitales o Clínicas.

\* Actividad que debe programarse y costearse simultáneamente para el equipo de salud de urgencia y el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria

## 1. ACTIVIDADES PARA LA ARTICULACIÓN ENTRE EL NIVEL SECUNDARIO Y PRIMARIO

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

✎ **Consultoría de Salud Mental:** actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico - técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o de urgencias

## 2. ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

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

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

\* Actividad que debe programarse y costearse simultáneamente para el equipo de salud general y el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria



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

Las prestaciones para la atención especializada son :

- ✎ **Consulta Psiquiátrica**, realizada por médico psiquiatra, con el paciente, y su familia, referido por el equipo de salud general, de otro servicio clínico o de urgencia.
- ✎ **Psicodiagnostico**, realizado por psicólogo del equipo de salud mental y psiquiatría mediante la aplicación de instrumentos de diagnóstico y entrevista.
- ✎ **Consulta Psicológica Diagnóstica**, realizada por psicólogo clínico al paciente y familia.
- ✎ **Consulta de Salud Mental Especializada**, realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional del equipo de Salud Mental y Psiquiatría con el paciente o familiar.
- ✎ **Intervención Psicosocial Grupal Especializada**, realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional o técnico del equipo de Salud Mental y Psiquiatría con un grupo de pacientes, varios miembros de una familia o familiares de varios pacientes. Cuando su objetivo es la rehabilitación social o laboral puede ser realizada en talleres, clubes u otros dispositivos comunitarios.
- ✎ **Psicoterapia Individual o Grupal**, realizada por psiquiatra o psicólogo clínico a uno o varios pacientes o a varios miembros de la familia de un paciente.
- ✎ **Día Comunidad Terapéutica Ambulatoria**, atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción, durante al menos 4 horas al día, sin pernoctar.
- ✎ **Día Comunidad Terapéutica en Internación**, atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción en régimen cerrado.
- ✎ **Día Hospitalización Diurna**, realizada por el equipo de salud mental y psiquiatría a un paciente durante al menos 4 horas al día, sin pernoctar, en un establecimiento de salud.
- ✎ **Día Cama de Hospitalización de Corta y Mediana estadía**, realizada por el equipo de psiquiatría clínica de un Servicio de Psiquiatría de un Hospital, durante 24 horas al día.
- ✎ **Día Cama en Hogar Protegido**, realizado por personal técnico, con asesoría y supervisión de un profesional del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, otorgando cuidados básicos a pacientes con discapacidad y sin soporte familiar.

**Cuadro resumen  
ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**

ACTIVIDAD / PRESTACION		CON / DIRIGIDA A	PROFESIONAL O TECNICO
<b>NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCION</b>			
1	CONSULTORIA DE SALUD MENTAL*	Equipo de Salud General	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria
2	CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL	Paciente	Médico General
3	CONSULTA DE SALUD MENTAL	Paciente	Psicólogo
4	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL	Paciente Familiares / cuidadores	Enfermera, Asistente Social, Matrona,
5	VISITA DE SALUD MENTAL	Domiciliaria	Familiares / cuidadores
		Laboral	Jefes / compañeros trabajo
		Escolar	Profesores / compañeros
6	INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA	Organizaciones de usuarios / pacientes / familiares/ sociales / laborales / escolares / justicia / policía / O.N.G. / fundaciones o empresas privadas / medios de comunicación, etc.	Equipo de Salud General
7	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL**	Pacientes	Psicólogo Clínico
<b>NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO DE RESOLUCION</b>			
8	CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL**	Atención Primaria	Profesionales del equipo de salud general
		Otros Servicios Clínicos	Profesionales de otros servicios clínicos
		Servicios de Urgencia	Profesionales de atención de urgencia
9	CONSULTA PSIQUIÁTRICA	Paciente / familiares	Psiquiatra
10	PSICODIAGNÓSTICO	Paciente	Psicólogo
11	CONSULTA PSICOLÓGICA CLÍNICA	Paciente/ familiares	Psicólogo clínico
12	CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA	Paciente Familiares/ cuidadores	T. Ocupacional, Enfermera,
13	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA	Pacientes Familiares y/o Cuidadores	Asistente Social de Equipo de Psiquiatría
14	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL	Paciente	Psicólogo Clínico Psiquiatra
15	DÍA COMUNIDAD TERAPÉUTICA AMBULATORIA	Paciente	Equipo Comunidad Terapéutica
16	DÍA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN INTERNACIÓN	Paciente	Equipo Comunidad Terapéutica
17	DÍA HOSPITALIZACIÓN DIURNA	Paciente	Equipo Clínico
18	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN DE CORTA / MEDIANA ESTADÍA	Paciente	Psiquiátrico
19	DÍA CAMA HOGAR PROTEGIDO	Paciente	Equipo del Hogar

\* Son actividades complementarias que deben programarse y costearse en A.P.S., Urgencias y especialidad

\*\* Esta actividad se realiza también como parte de la atención especializada

Nivel primario de atención     Nivel secundario de atención

**Cuadro resumen**  
**ACTIVIDADES Y ACCIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

ACTIVIDAD / PRESTACION		ACCIONES
1	<b>CONSULTORIA DE SALUD MENTAL (♣♣)</b> Con Equipo Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Atención conjunta de pacientes y/o familiares Reuniones clínicas y de coordinación
2	<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación Alta o referencia a atención especializada
3	<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Referencia a atención médica
4	<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>	Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Entrenamiento en comportamientos de autoayuda Motivación para la participación en grupos de usuarios y familiares
5	<b>VISITA DE SALUD MENTAL (♣)</b>	Domiciliaria Evaluación y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
	Laboral	Evaluación y diagnóstico social y laboral Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
	Escolar	Evaluación y diagnóstico social y escolar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
6	<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA (♣)</b>	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación
7	<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL (♣)</b>	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente
8	<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL (♣♣)</b>	Equipo de Salud General Atención conjunta de pacientes y/o familiares Reuniones clínicas y de coordinación
	Profesionales de otros Servicios Clínicos	
	Equipo Servicio de Urgencia	
9	<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico Psicoeducación y apoyo emocional Alta o contrarreferencia a atención primaria
10	<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>	Aplicación de tests psicológicos
11	<b>CONSULTA PSICOLÓGICA CLÍNICA</b>	Evaluación y diagnóstico psicológico Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral
12	<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA</b>	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral
13	<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>	Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Entrenamiento en comportamientos de autoayuda Motivación para la participación en grupos de usuarios y familiares
14	<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL</b>	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente
15	<b>DÍA COMUNIDAD TERAPÉUTICA AMBULATORIA</b>	Entrenamiento en habilidades para la vida en comunidad Actividades y terapias grupales con pacientes y familiares
16	<b>DÍA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN INTERNACIÓN</b>	Entrenamiento en habilidades para la vida en comunidad Actividades y terapias grupales con pacientes y familiares
17	<b>DÍA HOSPITALIZACIÓN DIURNA</b>	Evaluación y diagnóstico Actividades y terapias individuales y grupales con pacientes y familiares Administración de terapias farmacológicas
18	<b>DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN DE CORTA / MEDIANA</b>	Evaluación y diagnóstico Actividades y terapias individuales y grupales con pacientes y familiares Administración de terapias farmacológicas
19	<b>DÍA CAMA HOGAR PROTEGIDO</b>	Apoyo y protección para actividades de vida diaria Entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y domésticas

(♣) Esta actividad se realiza tanto en APS como en atención especializada

(♣♣) Son actividades complementarias que deben programarse y costearse en A.P.S., Urgencias y especialidad

Nivel primario de atención     Nivel secundario de atención

#### D. LAS PRIORIDADES DEL PROGRAMA

El programa es una respuesta a todas las necesidades que tiene la población en salud mental, por lo tanto no existen problemas, enfermedades ni grupos o personas excluidas de la atención. Sin embargo, para cada etapa del desarrollo de sus acciones, tanto de promoción y prevención como de recuperación y rehabilitación, se definen énfasis estratégicos o prioridades sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico (AVISA), la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlos.

Para este periodo, las prioridades programáticas son:

- **Promoción de Salud Mental y Prevención de Riesgos**
- **Trastornos Mentales Asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Represión Política 1973-1990.**
- **Trastornos de Hiperactividad / de la Atención en niños y adolescentes en edad escolar**
- **Depresión**
- **Trastornos Psiquiátricos Severos – Esquizofrenia**
- **Alzheimer y otras Demencias.**
- **Abuso y Dependencia a Alcohol y Drogas**

A futuro, de acuerdo a la expansión de nuevos recursos para salud mental, deberán abordarse en forma integral y sistemática otras problemáticas de alta prevalencia y significación social, tales como salud mental de pueblos indígenas, trastornos emocionales de la infancia, trastornos ansiosos, trastornos afectivos bipolares, epilepsia, retardo mental, y dependencia al tabaco.

Para cada una de las prioridades programáticas nacionales, se entrega una descripción más específica de las prestaciones y una estimación promedio de las diversas variables a considerar en el ejercicio de programación de las actividades. Lo anterior constituye una orientación, no una norma, de utilidad para la programación en aquellas localidades que aún no han desarrollado una experiencia propia. Se sugiere su utilización en una primera experiencia, que luego de ser evaluada, puede ser ajustada de acuerdo a las particularidades de la población beneficiaria local y el tipo y cantidad de recursos disponibles.

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- ✎ **Técnico o Profesional** que debe programar horas para realizar las actividades en referencia, sea por ser quien las realiza o por participar en ellas, como es el caso de la Consultoría de Salud Mental .

- ✎ **Demanda estimada al año:** de la prevalencia poblacional de un determinado trastorno, sólo un porcentaje llega a demandar efectivamente atención de salud. Estudios internacionales señalan que esta demanda varía entre un 40%, para casos de depresiones menores o dependencia a sustancias, hasta un 80% para aquellas patologías más severas, como esquizofrenia y trastornos afectivos mayores. A pesar de no existir mediciones específicas en nuestro país, se presume que estos porcentajes son menores debido a la baja oferta de servicios de salud mental existente en el país y el insuficiente conocimiento de nuestra población respecto a las enfermedades mentales. Se calcula aplicando el porcentaje de demanda que se estima para ella a la tasa de prevalencia de la población definida en cada prioridad (niños menores de 10 años, adultos mayores de 65 años, etc.).
- ✎ **Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación:** se aplica a la demanda estimada para el año, el porcentaje estimado de personas que requiere cada prestación (obteniéndose así el número total de personas que requiere cada una de ellas)..
- ✎ **Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida:** en el caso de las prestaciones individuales se refiere al tiempo total que el profesional dedica a cada tipo de prestación. Constituye un promedio necesario para la programación, independientemente que, por ejemplo, una consulta de salud mental de duración promedio de 30 minutos pueda requerir 20 minutos con una persona y el doble con otra. En el caso de las actividades grupales se refiere al tiempo total que el profesional requiere para realizar la actividad, dividida por el número de personas que participa en ella. Por ejemplo, una sesión de psicoterapia grupal con 6 personas realizada en 2 horas, significa 0,33 hora por persona.
- ✎ **Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.**

Este diseño de las prestaciones, por prioridad, representa la mayor resolutiveidad y costo efectividad posible de acuerdo a la evidencia y a la experiencia clínica, en forma de un promedio teórico, que no puede aplicarse en forma rígida a cada persona. Su utilidad es que permite el costeo, facilita la mejor programación de los recursos, la evaluación y orienta la actividad clínica. A partir de este diseño general pueden realizarse las adecuaciones locales y a cada caso individual.

El diseño de la provisión se sustenta en orientaciones y normas específicas, que son recomendaciones técnicas y administrativas para la mejor calidad de cada una de las actividades y del conjunto de ellas. Algunas de ellas, además se sustentan en estándares de calidad que permiten la acreditación de los equipos y establecimientos en los que es posible entregar ese tipo especial de prestación.

## PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

### I. ANTECEDENTES

1. La promoción/prevenición representa, en los últimos años, una estrategia sanitaria orientada a la modificación de los determinantes de la salud, principalmente focalizada en el mejoramiento de las condiciones materiales de la vida (reducir la pobreza) y el fomento de los hábitos de vida saludable (alimentación, actividad física). Sin embargo, estudios recientes de salud pública demuestran que controlando la variable ingreso económico, las conductas no saludables, como el sedentarismo, el tabaquismo y la alta ingesta calórica sólo explican el 50 % del riesgo de enfermar, persistiendo las diferencias de nivel de salud entre las personas.

Por ello es posible postular que existen nuevos determinantes de la salud, tan poderosos como los tradicionales. La baja cohesión social, la mala distribución del ingreso o bajo capital social serían fuertes determinantes del nivel de salud de las poblaciones. Ambos conceptos están ligados a la participación comunitaria, a la confianza existente entre las personas, y entre éstas y las instituciones sociales, a la fortaleza de las redes sociales de apoyo y a las normas y costumbres de la comunidad.

Estos nuevos determinantes son capaces de generar alteraciones del sistema neuroendocrino, inmunitario y el funcionamiento biológico general. Las alteraciones psicobiológicas - inducidas por condiciones sociales - incidirían en la capacidad de responder fisiológica, conductual y emocionalmente frente a las situaciones de demanda o exigencia a que están sometidas las personas. El nivel de estrés y la baja tolerancia a éste, aumentan la vulnerabilidad de enfermar o morir.

Un ambiente social poco cohesionado, donde el individuo sufre «faltas de respeto» a lo largo de su desarrollo biológico, parece deteriorar su capacidad de respuesta psicobiológica frente a los agresores de la vida: menor capacidad adrenérgica, mayor facilidad para la angustia y la depresión, menor respuesta inmune, estilos de vida compensatorios como tabaco, alcohol, alimentación excesiva.

2. El sector salud tiene la oportunidad de actuar en cuatro momentos en los que esta vulnerabilidad podría ser disminuida: en el período perinatal, la crianza temprana, las redes de apoyo social y las condiciones laborales. Mientras mejor sea la experiencia de las personas en estas cuatro áreas, menor será la posibilidad de enfermar o morir prematuramente. Así, lograr mejor peso al nacer, un fuerte apego temprano, evitar la violencia en la familia, estimular relaciones significativas de afecto, evitar el aislamiento social, facilitar el acceso y estimular la participación en redes sociales desde el inicio de la escolaridad, además de influir en los entornos de trabajo, estimulando la creatividad y el control sobre la propia actividad laboral, son estrategias que permiten disminuir la vulnerabilidad de personas y grupos.
3. La promoción de la salud es una estrategia de reciente desarrollo. Sólo diez años después de la Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria, en 1989, se realizó la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Otawa, Canadá. En la tercera Conferencia, realizada en Yakarta y titulada «Nuevos

actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud al siglo XXI", se dio participación al sector privado y se señaló que los requisitos para un buen nivel de salud son condiciones tan globales como la paz, la vivienda, la educación, la seguridad, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, los derechos humanos y la equidad.

En dicha conferencia se reconoció también que la pobreza, el envejecimiento de la población, la concentración de la población en grandes centros urbanos, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, las enfermedades crónicas, la violencia civil y doméstica y el abuso de drogas, son condiciones que amenazan y deterioran la salud.

4. A pesar de los grandes avances de los últimos años, la promoción y prevención en salud mental continúan siendo un ámbito de acumulación de experiencia en pleno desarrollo. Recién en el último Congreso Mundial de la Federación Mundial de Salud Mental realizado en Chile el año 1999 se acordó realizar, en el curso del año 2000, la primera Conferencia Mundial de Promoción y Prevención en Salud Mental.
5. La promoción de la salud mental ha desarrollado un instrumental conceptual y metodológico para analizar y actuar sobre una gama muy amplia de condiciones sociales que son críticas para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida. Busca convocar a la sociedad en su conjunto a desarrollar e implementar políticas, planes y programas de acción para lograr un desarrollo humano y social más equitativo.

## II. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Existe consenso de que el propósito de las acciones de promoción y prevención en salud mental, es la disminución del impacto negativo que el estrés psicosocial tiene en el bienestar individual y colectivo, o nivel de salud mental. Este objetivo se logra favoreciendo el desarrollo de factores protectores, modificando los de riesgo y disminuyendo las inequidades mediante la priorización de las acciones en los grupos más vulnerables y con menos recursos.

1. Una de las estrategias fundamentales para proteger la salud mental es el desarrollo de habilidades para el **fortalecimiento de las personas, familias y grupos**, que les permita una comunicación efectiva con los otros y una mayor capacidad de enfrentamiento al estrés. Esta estrategia considera las distintas etapas de la vida, incluyendo acciones desde el embarazo, para enfrentar los cambios físicos, sociales y psicológicos del desarrollo.

En la práctica, es necesario aumentar la capacidad de:

- Comunicación interpersonal / habilidades sociales positivas
- Reconocer y expresar sentimientos y emociones
- Establecer y mantener vínculos afectivos
- Resolver conflictos

- Dedicar tiempo libre a actividades recreativas / deportivas / artísticas
- Tener una actividad sexual responsable
- Ser capaz de resistir la oferta de drogas y exceso de alcohol

Así mismo, la acción preventiva en salud mental se orienta a disminuir:

- El comportamiento violento
- El abuso de alcohol / consumo de drogas
- El aislamiento social / afectivo
- Los sentimientos de baja autoestima
- La dedicación absorbente y competitiva a la actividad laboral / ausencia de intereses vinculados al esparcimiento.

El conjunto e interacción entre estas capacidades ha sido definido como un **estilo de vida** favorecedor de la salud mental. El estilo de vida es un sistema de respuestas que expresa el modo habitual en que una persona interactúa con su propio cuerpo y el ambiente social y físico, definiendo estrategias para hacer frente a las demandas y desafíos que se presentan durante esta interacción. Estas demandas y desafíos son concebidos como situaciones a resolver - capaces, por lo tanto, de generar estrés - para lo cual la persona realiza esfuerzos cognitivos y comportamentales con el fin de modificarlos, reducirlos o tolerarlos.

De esta manera, el desarrollo o reintegración al repertorio de una persona de las capacidades mencionadas, permite mantener o recuperar el nivel de bienestar, así como contribuir al bienestar de las personas con quienes ella se relaciona. El estilo de vida se aprende en la interacción con los demás y con el ambiente, en los entornos naturales en los que transcurren las distintas etapas vitales de las personas.

2. Otra estrategia, vinculada más directamente a aspectos sistémicos de la participación y organización, es aumentar el grado de **cohesión social**, creando un **tejido social protector y favorecedor del desarrollo humano**, disminuyendo la intensidad y complejidad de las demandas y desafíos de la vida. Esto se logra construyendo redes de apoyo social a nivel familiar, social y comunitario, sin exclusiones, aportando así a la superación de las desigualdades que favorecen la marginación de personas y grupos.

La mayor cohesión social permite a las personas y grupos ejercer un mayor control, tomar e implementar decisiones de acuerdo a los proyectos de vida, sobre los asuntos de la vida personal y comunitaria. La existencia y calidad del tejido social depende y también se expresa en los entornos naturales de interacción entre las personas.

### III. EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

En la última década se ha desarrollado un importante proceso de reflexión, sistematización conceptual y análisis de experiencias, principalmente en países como Canadá y Australia, orientado a operativizar estrategias integrales para la promoción y prevención efectiva de la salud de sus poblaciones. La evidencia acumulada ha permitido fundamentar la efectividad de intervenciones en cuanto a determinantes de la salud como la ali-



mentación, la actividad física, el tabaquismo, el uso riesgoso de alcohol.

Existe evidencia también de que es factible reducir los accidentes y la incidencia del maltrato con intervenciones realizadas durante el embarazo. Es posible disminuir el fracaso escolar y la necesidad de ayuda social mediante intervenciones realizadas con niños de edad pre escolar, así como la conducta impulsiva e inhibida en escolares, a través del aumento de sus habilidades sociales y de resolución de problemas.

En adultos, se puede favorecer conductas de reiniciar estudios y búsqueda de trabajo mediante programas de manejo de estrés y control de los sentimientos de ansiedad y depresión. En adultos mayores, puede disminuirse la aparición de síntomas físicos, ansiosos y depresivos y aumentar las actividades y relaciones psicoafectivas en viudas, realizando intervenciones los meses siguientes al duelo.

Existe mayor evidencia de la efectividad de intervenciones preventivas más específicas respecto a un tipo de riesgo y a una población determinada, como por ejemplo para reducir o retrasar el consumo de drogas y abuso de alcohol, los embarazos no deseados en adolescentes y los problemas psicosociales en hijos de personas con enfermedades mentales severas.

La efectividad de las acciones para la promoción y prevención de riesgos depende, en gran medida, de la coherencia de los contenidos y acciones intersectoriales entre sí, de la pertinencia de la intervención, de su integración en la vida cotidiana, de la reordenación real de los servicios para realizarlas, de la masividad de llegada de los mensajes educativos, de la participación y compromiso de las personas sanas y de las figuras de prestigio, de autoridad o de identificación colectiva. La efectividad de las acciones de prevención, dependen, además, de la especificidad de la intervención en relación al tipo de riesgo y al grupo destinatario de ellas.

#### IV. ACCIONES PARA LA PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Aunque, conceptualmente, la promoción y la prevención tienen objetivos específicos distintos, en la realidad, las estrategias de intervención de los sistemas de salud se expresan en actividades que los integran y potencian. No sólo los destinatarios de la comunicación social masiva representan personas y grupos con una amplia gama de capacidades personales y condiciones de riesgo, sino también en los espacios o entornos naturales confluyen personas con distinto grado de vulnerabilidad, conductas de riesgo y acceso a redes de apoyo.

1. El nivel de acciones relacionadas con políticas nacionales y regionales son principalmente responsabilidad de Ministerios Sociales y Subsecretarías Regionales (SEREMIS). Contribuir a modificar los factores socioeconómicos, políticos, culturales de esta carga, especialmente para los grupos menos favorecidos de la población, es responsabilidad del Estado y de todas las instituciones y organizaciones, públicas y privadas. Valores como la dignidad de las personas, la solidaridad, el respeto, la tolerancia, la sensibilidad cultural y la participación son elementos orientadores de las acciones de promoción de la salud mental.

Un elemento importante para fundamentar la urgencia de estas acciones es reconocer que Chile está superando los 5.000 dólares de ingreso per cápita, pero está empeorando la distribución del mismo. La relación entre esperanza de vida y nivel de ingreso per cápita es directa, pero más allá de los 5.000 dólares se pierde y depende de cómo está distribuido el ingreso en el país. Esta situación de la sociedad chilena se expresa en problemas de seguridad humana (entendida como capacidad de ejercer opciones confiando en que las oportunidades de hoy no desaparecerán mañana) y el alto grado de desconfianza en las relaciones interpersonales y con los sistemas de salud, educación, previsión y trabajo que detecta el Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo de 1998.

**2. Las acciones de promoción propias de los prestadores de salud** - además de la intencionalidad educativa y de la entrega permanente de habilidades al usuario y su familia en todo tipo de atención - se realizan en el marco de las iniciativas comunales de salud y salud mental, espacio en el que confluyen las acciones de todos los servicios, sectores y organizaciones. Son realizadas por los equipos de salud con la asesoría y apoyo de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, con :

- a) organizaciones comunitarias, profesionales de otros sectores, autoridades y medios de comunicación locales, en forma de una participación regular en acciones intersectoriales en los entornos naturales que concentran la permanencia e interacción de las personas: escuelas, lugares de trabajo, barrios y poblaciones.
- b) usuarios o consultantes y sus familias de mayor riesgo, para la prevención de los problemas prioritarios de salud mental, de acuerdo a su edad y género y a la especificidad de los factores condicionantes o desencadenantes. Algunos de los grupos de mayor riesgo, para las prioridades actuales son:
  - Lactantes y pre escolares expuestos a estresores tales como: muchos hermanos, familia disgregada o disfuncional, condiciones de vida difíciles por pobreza y aislamiento
  - Escolares de primer ciclo básico con conductas desadaptativas, que viven sin su padre, en los que hay una persona con enfermedad mental o pertenecen a familias que no participan en redes comunitarias
  - Adolescentes que viven en entornos violentos, expuestos a oferta de alcohol y drogas, con fracaso escolar o deserción escolar.
  - Embarazadas y mujeres adultas que viven violencia intra familiar, con muchos hijos, jefas de hogar, con enfermedades crónicas, en condiciones de vida difíciles por pobreza y aislamiento.
  - Adultos con enfermedades crónicas, estrés laboral , bebedores problema de alcohol
  - Adultos mayores con insuficiente soporte familiar y social

## V. PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Se describe las actividades para la promoción y prevención como prestaciones susceptibles de ser programadas y evaluadas en forma similar a las prestaciones clínicas.

- **Grupo de población a la que está especialmente dirigida**

Población general o grupos específicos de la población, tales como escolares y preescolares, adolescentes, trabajadores, mujeres embarazadas, adultos mayores, etc.

- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se realiza la actividad**

Escuelas, lugares de trabajo, locales vecinales y comunitarios  
 Consultorios urbanos y rurales, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM).

- **Normativa técnica que regula la intervención**

Existen manuales que incorporan contenidos de promoción y prevención :

- "Sin drogas.....más libres" Agosto de 1996.,
- "Salud Mental en la Escuela : Manual para la Prevención, Detección y Manejo de Problemas.Abril de 1997.
- "Relaciones Saludables en el Ambiente Pre escolar", 1998.

- **Forma de acceso a la actividad**

Acción intencionada del equipo de salud general para la coordinación y trabajo conjunto con organizaciones sociales, de autoayuda, redes comunitarias, municipios , escuelas, centros laborales, etc.

- **Demanda estimada al año**

Para las actividades de promoción y prevención en salud mental se ha estimado un conjunto de actividades mínimas por cada 6.500 habitantes. Este número de personas corresponde a la población asignada por la Atención Primaria a cada médico de familia en los Centros de Salud Familiar.

- **Actividades / Prestaciones (páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Número de organizaciones o grupos que necesita recibir cada tipo de prestación
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de intervenciones al año por grupo u organización.

## ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL NIVEL PRIMARIO

ESTIMACION PROMEDIO para una población de 6.500 habitantes						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	N° DE ORGANIZACIONES O GRUPOS	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR GRUPO U ORGANIZ. / AÑO

### CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL

Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar la capacidad del equipo de Atención Primaria en la realización de actividades de promoción y prevención Coordinación	Reunión técnica Actividades conjuntas con grupos	Equipo de salud general	1	2	1
---	--	---	-------------------------	---	---	---

### INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA

Organizaciones comunitarias Grupos de autoayuda Escuelas, centros laborales, etc. Otros sectores	Desarrollo de capacidades psicosociales en las personas Desarrollo de redes sociales de apoyo Desarrollo organizacional de grupos de autoayuda	Información Sensibilización Capacitación Asesoría Coordinación de redes de apoyo comunitario	Equipo de salud general	2	3	8
---	--	--	-------------------------	---	---	---

### INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL

Grupos de personas con alto riesgo	Incentivar comportamientos de autoayuda Desarrollar habilidades sociales Incentivar cambios de hábitos	Información Identificación de relaciones de apoyo Estimulación a la participación	Equipo de salud general	1	0,25 (8 personas en 2 horas)	12
------------------------------------	--	---	-------------------------	---	---------------------------------	----

## VI. PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL NIVEL ESPECIALIZADO

- **Grupo de población a la que está especialmente dirigida**  
Población general o grupos específicos de la población, tales como escolares y preescolares, adolescentes, trabajadores, mujeres embarazadas, adultos mayores, etc.
- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se realiza la actividad**  
Escuelas, lugares de trabajo, locales vecinales y comunitarios  
Consultorios urbanos y rurales, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM).
- **Normativa técnica que regula la intervención**  
Existen manuales que incorporan contenidos de promoción y prevención :
  - "Sin drogas.....más libres". Agosto de 1996.,
  - "Salud Mental en la Escuela : Manual para la Prevención, Detección y Manejo de Problemas. Abril de 1997.
  - "Relaciones Saludables en el Ambiente Pre-escolar". 1998.
- **Forma de acceso a la actividad**  
A través de las acciones de planificación y asesoría para la promoción de la salud mental con los equipos de atención primaria
- **Demanda estimada al año**  
Para las actividades de promoción y prevención en salud mental se ha estimado un conjunto de actividades mínimas por cada 6.500 habitantes. Este número de personas corresponde a la población asignada por la Atención Primaria a cada médico de familia en los Centros de Salud Familiar.
- **Actividades / Prestaciones (páginas 48 y 49)**  
Las variables que se usan para la programación son las siguientes :
  - Número de organizaciones o grupos que necesita recibir cada tipo de prestación
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por grupo u organización atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de intervenciones al año por grupo u organización.

## ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL NIVEL ESPECIALIZADO

ESTIMACION PROMEDIO para una población de 6.500 habitantes						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	N° DE ORGANIZACIONES O GRUPOS	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR GRUPO U ORGANIZ. / AÑO

### CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL

Equipos de salud general de APS	Aumento de la capacidad resolutoria de equipo de salud Coordinación	Reuniones técnicas para la planificación y coordinación de las acciones de promoción Actividades conjuntas con grupos	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	1	2	1
---------------------------------	--	--	---	---	---	---

## NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCION (THA)

El Trastorno Hipercinético / de la Atención, asociado o no a trastornos de las emociones o de la conducta, es el problema de salud mental más frecuente de las niñas, niños y adolescentes en edad escolar

### I. ANTECEDENTES

- Los niños con trastorno hipercinético / de la atención, que no reciben tratamiento oportuno, tienen mayores probabilidades de sufrir accidentes, de fracaso y deserción escolar, de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Este trastorno suele generar disfuncionalidad a nivel de la familia, y los niños que lo presentan sufren con mayor frecuencia maltrato físico y psicológico.
- La prevalencia del trastorno hipercinético / de la atención en niños de 5 a 7 años de nuestro país es de alrededor del 6 % (Región Metropolitana, 1992 - 95). Es dos a cuatro veces más frecuente en hombres y se estima que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requiere tratamiento específico por este problema.
- Constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil, así como también es el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años
- Con la información científica disponible, se puede señalar que se trata de un trastorno con una base biológica (variaciones de la estructura anatómica cerebral, de neurotransmisores, hormona tiroidea, etc.) determinado genéticamente, con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente.
- Tan importante como la base biológica es la influencia de factores psicosociales del ambiente familiar y escolar del niño, los que pueden ser determinantes para la expresión sintomatológica, para la mantención del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos.
- Las acciones para la promoción, prevención y detección son más efectivas si se realizan en los establecimientos de educación pre escolar y en el primer ciclo básico de las escuelas.
- La intervención integral se realiza mediante un conjunto de prestaciones que han demostrado ser eficaces para modificar los factores psicosociales y bio médicos involucrados en la aparición y mantención del trastorno, mediante actividades en las que participa activamente la familia y en estrecha coordinación con la escuela.
- Los equipos de Salud general deben realizar acciones de capacitación a los docentes para la detección en la escuela de conductas de riesgos asociadas a síntomas del trastorno hipercinético, con el fin de realizar una intervención y un tratamiento precoz al niño y su familia.

## II. ATENCIÓN PRIMARIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCIÓN

### • Grupo de población a la que está dirigida

- Niños, adolescentes y sus familias consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud.
- Niños, adolescentes y sus familias consultantes a médicos en el sistema de libre elección y privado de salud

### • Tipos de establecimientos en que se otorga la atención

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas rurales que reciben visita del equipo de salud de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de Pediatras y médicos generales.

### • Normativa técnica que regula la intervención

- "Orientaciones Técnicas para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipercinéticos en Atención Primaria", Ministerio de Salud, 1998.
- "Salud Mental en la Escuela. Manual para la prevención, detección y manejo de problemas" Ministerio de Salud, 1997
- "Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE 10", OMS, 1996.

### • Forma de acceso a la atención

- Niños que son llevados, por familiares o tutores a control de salud, consulta de morbilidad o consulta de especialidad no psiquiátrica, en los que se detectan síntomas de T.H.A.
- Niños referidos por el sistema escolar (Programa de Salud Escolar) por síntomas de probable T.H.A.
- Niños atendidos en servicios de urgencia por accidentes recurrentes o probable maltrato asociados a hiperactividad.

### • Prevalencia poblacional

Por cada 1.000 niños escolares de enseñanza básica, 62 de ellos presenta un T.H.A.

### • Demanda estimada al año

Por cada 1.000 niños de entre 5 y 15 años, 12 de ellos demandarán atención de salud por un T.H.A.

### • Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.



# PRESTACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS HIPERCINETICOS / DE LA ATENCIÓN

Demanda estimada : 12 por cada 1.000 niños entre 5 y 15 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Niños con probable Trastorno Hipercinético / de la Atención	Realizar diagnóstico	Evaluación médica, diagnóstico	Médico General Pediatra	100	0.5	3
	Iniciar o modificar tratamiento	Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación al niño y familia Información y material educativo al niño y familia Referencia para intervenciones psicosociales Alta o referencia a atención especializada				
	Complementar diagnóstico	Examen Parasitológico deposiciones T3, T4, TSH				
	Farmacoterapia, al menos 3 meses después del diagnóstico	Metilfenidato Pemolina Anfetamina		10 10 50 5 5		1 270
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Niño y su familia	Realizar diagnóstico Modificar factores psicosociales	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Información y entrega de material educativo al niño y familia Referencia a atención médica	Psicólogo Enfermera Asistente Social	40	0.5	3
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Familias, con o sin los hijos	Reforzar adhesión tratamiento Desarrollar habilidades de autoayuda	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Entrenamiento de comportamientos de autoayuda	Psicólogo Enfermera Asistente Social	60	0.25 (8 personas en 2 hrs)	4

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Centros escolares y pre-escolares que refieren niños	Promover y apoyar la modificación de factores psicosociales	Actividades grupales con profesores, padres y niños, de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación	Asistente Social Enfermera	100	0.1 (20 personas en 2 hrs)	3
<b>CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumento de la capacidad resolutiva del equipo de salud de la Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reuniones clínicas y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familiares	Equipo de Salud General	20	0.5	1

### III. ATENCION ESPECIALIZADA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCION

- **Grupo de población a la que está dirigida**

Niños con trastorno hiperactivo / de la atención severo, con co-morbilidad o resistente al tratamiento, de al menos 3 meses, indicado por el equipo de salud general.

- **Tipos de establecimientos en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, Centro de Referencia en Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría Infantil, Centros médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

No existe normativa nacional para la atención especializada en T.H.A.

- **Forma de acceso**

- Mediante consultorías entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos
- Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, consulta privada de pediatra o médico no especialista en psiquiatría..

- **Demanda estimada al año**

- De cada 1.000 niños de entre 5 y 15 años, se estima que 2,4 de ellos requerirá de atención especializada para tratamiento por T.H.A..

- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional.
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.



**PRESTACIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS / DE LA ATENCIÓN**  
 Demanda estimada : 2.4 por cada 1.000 niños de entre 5 y 15 años

				VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)		
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reuniones clínicas y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familia	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	100	0.5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Niños con trastorno hiperactivo de la atención	Realizar diagnóstico inicial o modificar tratamiento	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación de tratamiento psicológico y farmacológico Orientación y apoyo al niño - familia / Informe al profesor Alta y referencia a equipo de salud genera	Psiquiatra	100	0.5	3
	Complementar diagnóstico	Electroencefalograma Nivel plasmático de T.S.H., T3, T4		10		
	Farmacoterapia	Metilfenidato Pemolina Antezamna Amiripilina Imipramina Tioridazina Haloperidol	70	1		
			5 5 5 5 5 5	270		
<b>CONSULTA PSICOLÓGICA CLÍNICA</b>						
Niño con TDAH y/o su familia	Realizar psicodiagnóstico Modificar factores psicológicos	Evaluación y diagnóstico psicossocial Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades	Psicólogo clínico	40	0.5	6

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Grupos de niños con THA	Adquirir destrezas sociales y autocontrol Desarrollar autoestima	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo técnico específico y plan de tratamiento de cada paciente	Psicólogo clínico Psiquiatra	40	0,33 (6 niños en 2 horas)	6
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Familiares de niños con THA	Desarrollar habilidades para el apoyo y la relación positiva con el niño	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento de habilidades	Psicólogo Asistente Social Enfermera	20	0,25 (8 personas en 2 horas)	6

## TRASTORNOS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA VIOLENCIA

El respeto a los derechos humanos como un valor fundamental en la convivencia social, el aumento de la violencia en las relaciones entre las personas y grupos, la evidencia acerca de los daños que ésta produce en la salud y su proyección transgeneracional, sustentan la definición de la violencia como un problema emergente de salud pública en Chile.

La 37ª Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud definió la violencia como un importante problema de salud y recomendó a los países desarrollar acciones para su prevención, detección y reparación de los daños de la salud física y mental.

Los daños producidos por la exposición a violencia física, psicológica o abuso sexual dependen, principalmente, de la etapa del ciclo vital de la persona afectada y del contexto social en que se da la relación entre los que ejercen la violencia y los que la sufren.

En los niños menores de 6 años, la mayor frecuencia es el maltrato y abuso que ocurre en el ámbito de la familia y los traumas producidos por la violencia se expresan principalmente en "Trastornos de las Emociones y del Comportamiento" (F98) y el "Trastorno de Vinculación de la Infancia Reactivo" (F94.1) secundarios a carencia, abuso o malos tratos parentales, los que pueden alterar o desviar el desarrollo psicoemocional del niño, con consecuencias a lo largo de toda su vida.

Cuando la violencia o abuso se inician a partir de los 6 años o en la adolescencia, se generan "Trastornos del Comportamiento Social de Comienzo Habitual en la Infancia y la Adolescencia" (F94), "Trastornos de Ansiedad Fóbica" (F40), "Trastorno Mixto Ansioso Depresivo" (F41.2), y/o "Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación" (F43), los que afectan el rendimiento cognitivo y se asocian a los intentos de suicidio.

La violencia en los adultos, tanto la generada en las relaciones intrafamiliares como por represión, secuestro y tortura, por delincuencia y accidentes o por guerras y catástrofes, al poner en peligro la vida y la integridad física, como víctima directa o como testigo, producen reacciones de miedo, indefensión y de horror. Estas situaciones generan principalmente "Trastornos de Estrés Post traumático" (F43.1), así como también "Trastorno de Ansiedad (F41), "Trastornos Depresivo Recurrentes" (F33), "Trastornos debidos al consumo de alcohol" (F10) y "Trastornos debidos al consumo de drogas" (F11-F19), los que pueden tener un curso crónico. Existen también secuelas tardías (que se manifiestan incluso décadas después) de la experiencia estresante que han sido definidas como "Transformación Persistente de la Personalidad" (F62.0), con aislamiento social, desconfianza y hostilidad hacia el mundo, sentimientos de vacío, desesperanza y amenaza constante, que llevan al deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral.

Para evitar los daños asociados a la violencia, es fundamental considerar en las acciones para la promoción y prevención tanto los aspectos socioculturales, como los problemas de salud mental y las enfermedades mentales asociados a la conducta violenta, tales como el Abuso y Dependencia de alcohol y drogas, Trastornos psiquiátricos severos, Esquizofrenia y Trastornos Bipolares, Trastornos de la Personalidad y Desórdenes o Disfunciones Sexuales en el Adulto y la mayor vulnerabilidad de los niños con conducta difícil (Trastorno de Hiperactividad / de la Atención).

Detectar y tratar oportunamente a los adultos y niños con estos trastornos, como objetivo de las actividades del programa de Salud Mental contribuye a disminuir el inicio de la conducta violenta y de poner fin al maltrato o abuso.

Como grupos objetivo específicos de esta prioridad programática, se describen a continuación las actividades dirigidas más específicamente a :

- niños y adolescentes afectados por maltrato,
- mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar y
- personas afectadas por violencia política en el periodo 73 - 90.

## NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO

Las situaciones de maltrato físico y/o psicológico que afectan a niños y adolescentes constituyen un sensible y creciente problema social y de salud. Es un imperativo ético para el sector responder a las necesidades de prevención, detección y reparación de los daños de la salud física y mental que estas situaciones ocasionan.

### I. ANTECEDENTES

- La violencia intrafamiliar y el maltrato infantil constituyen una forma de abuso de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia que se dan en la familia. El maltrato afecta el bienestar psicosocial del niño, del adulto responsable del maltrato, de la familia y de su entorno social.
- En 1990, Chile ratifica la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y en 1992 formula el Plan Nacional a favor de la Infancia, en la que el mejorar la protección de los niños y adolescentes que sufren maltrato, abandono y abuso sexual es una de las metas definidas como prioritarias y donde el sector salud tiene responsabilidades relevantes en la prevención y atención de las personas que sufren violencia.
- La Ley 19.324, del año 1994, define el maltrato desde el punto de vista legal y la dimensión psicológica de éste y considera no sólo la sanción del ofensor, sino también su tratamiento en un enfoque de orientación familiar.
- Los niños afectados por maltrato presentan daños físicos y psicológicos y pueden presentar alteraciones en el desarrollo, trastornos emocionales y conductas disociales que se proyectan a la edad adulta, así como fracaso y deserción escolar. El maltrato más frecuente es el que se produce por acción u omisión de familiares que viven con el niño.
- El problema tiene además una dimensión transgeneracional. Numerosos estudios demuestran que los niños maltratados tienen probabilidades muy altas de llegar a ser adultos maltratadores.
- Alrededor del 50% de los niños refiere haber sufrido algún grado de maltrato físico y/o psicológico. El 5 % de los niños afectados ha debido ser atendido por un profesional de salud a consecuencia de los daños físicos producidos por el maltrato. Es más frecuente en hombres antes de los 10 años y en mujeres a partir de esa edad.
- La intervención integral necesaria debe realizarse mediante un conjunto de prestaciones orientadas a modificar los factores psicosociales y patológicos asociados y a realizar tratamiento de los daños físicos y psicológicos producidos en el niño, mediante actividades culturalmente adecuadas y acerca de las cuales existe evidencia de su efectividad.
- Con el fin de disminuir su ocurrencia y el daño que se produce en el desarrollo de



los niños /niñas, las acciones de salud deben focalizarse en la detección e intervención precoz de las situaciones de maltrato infantil en todas las actividades del Programa de Salud del Niño y más específicamente en el control de salud, consulta de morbilidad, en las cuales se dan condiciones facilitadoras para su detección e intervención oportuna.

- Existe evidencia de intervenciones costo efectivas en la prevención de depresión, aislamiento e intento de suicidio en niños y adolescentes en que se ha detectado abuso sexual y maltrato.

## II. ATENCION PRIMARIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO

- **Grupo de población a la que está dirigida**

- \* Niños, adolescentes y sus familias consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud.
- \* Niños, adolescentes y sus familias consultantes a médicos en el sistema de libre elección y privado de salud

- **Tipos de establecimientos en que se otorga la atención**

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo de salud de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de pediatras y médicos generales.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

- \* "Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil", Ministerio de Salud, 1994.
- \* "Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia", Ministerio de Salud, 1998
- \* "Manual de Apoyo Técnico a las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar", Ministerio de Salud, 1998

- **Forma de acceso a la atención**

- \* Niños que son llevados, por familiares o tutores a control de salud, consulta de morbilidad o consulta de especialidad no psiquiátrica, en los que se detecta daños físicos o psicológicos asociados a maltrato.
- \* Niños referidos por juzgado, policía, profesor u otra persona que detecta probable maltrato.
- \* Niños atendidos en servicios de urgencia por lesiones producidas por probable maltrato.

- **Prevalencia Poblacional**

De cada 1.000 niños y adolescentes menores de 19 años, 500 de ellos están expuestos a situaciones de maltrato.

- **Demanda estimada al año**

- \* Por cada 1.000 niños y adolescentes (menores de 19 años) atendidos en consultorios, 50 presentan maltrato con daño físico .

- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

## ATENCIÓN PRIMARIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO

Demanda estimada : 50 de cada 1.000 niños y adolescentes de entre 0 y 19 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Niños afectados por probable maltrato que han sido detectados en la atención habitual de salud o referidos	Realizar acogida	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación a la familia y al niño si corresponde (información y orientación) Referencia a atención de Salud Mental y de psiquiatría para la familia y el niño, si corresponde Denuncia, según normas	Pediatra Médico general	100	0,5	1
	Realizar diagnóstico Indicar tratamiento Indicar medidas de protección jurídica – social, cuando corresponde					
	Complementar diagnóstico	Solicitud de Hemograma, VDRL, VIH Sedimento Urinario, Radiología		10		1
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Niño y su familia	Realizar acogida	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos Denuncia, según normas	Psicólogo Enfermera Asistente Social Matrona	100	0,5	4
	Realizar diagnóstico Modificar conductas y factores psicosociales Refuerzo de cambios					
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Familias	Realizar educación Desarrollar habilidades para la crianza / autoayuda	Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos y en comportamientos de autoayuda	A. Social Enfermera Psicólogo	30	0,25	4

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
Domicilio del niño	Realizar diagnóstico social y familiar e intervención psicosocial	Evaluación de factores asociados al maltrato y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos	Psicólogo Enfermera A.Social Matrona	100	2	2
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones sociales y redes de prevención y protección contra la violencia	Promover factores psicosociales protectores. Modificar factores psicosociales de riesgo Optimizar coordinación	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación	Equipo de Salud General	100	0,1	3
<b>CONSULTORIO DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar capacidad resolutive del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familiares	Equipo de Salud General	20	0.5	1

### III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO

- **Grupo de población a la que está dirigida**
  - \* Niños y adolescentes afectados por maltrato severo
  - \* Niños y adolescentes afectados por maltrato cuya familia presenta disfuncionalidad o patología de salud mental en alguno de sus miembros
  - \* Niños y adolescentes afectados por maltrato que presentan trastornos de salud mental que favorecen este maltrato o trastornos de su salud mental producidos por éste.
  
- **Tipos de establecimientos en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría Infantil, Centros Médicos o Consulta Privada de especialistas, Clínicas Privadas.
  
- **Normativa técnica que regula la intervención**
  - \* "Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil", Ministerio de Salud, 1994.
  - \* "Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia", Ministerio de Salud, 1998
  - \* "Manual de Apoyo Técnico a las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar", Ministerio de Salud, 1998
  
- **Forma de acceso**
  - \* Mediante reuniones clínicas o atención conjunta de pacientes entre especialista y equipo APS o equipo de Urgencia.
  - \* Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, por pediatra o por médico general de libre elección.
  - Mediante derivación de Servicio de Urgencia.
  
- **Demanda estimada al año**
  - \* El 20% de los casos de maltrato con daño físico en niños y adolescentes de entre 0 y 19 requerirá atención especializada : 10 por cada 1.000 niños y adolescentes.
  
- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

  - Técnico - Profesional
  - Demanda estimada al año.
  - Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
Domicilio del niño	Realizar diagnóstico social y familiar e intervención psicosocial	Evaluación de factores asociados al maltrato y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos	Psicólogo Enfermera A.Social Matrona	100	2	2
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones sociales y redes de prevención y protección contra la violencia	Promover factores psicosociales protectores. Modificar factores psicosociales de riesgo Optimizar coordinación	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación	Equipo de Salud General	100	0.1	3
<b>CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familiares	Equipo de Salud General	20	0.5	1

### III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO

- **Grupo de población a la que está dirigida**
  - \* Niños y adolescentes afectados por maltrato severo
  - \* Niños y adolescentes afectados por maltrato cuya familia presenta disfuncionalidad o patología de salud mental en alguno de sus miembros
  - \* Niños y adolescentes afectados por maltrato que presentan trastornos de salud mental que favorecen este maltrato o trastornos de su salud mental producidos por éste.
  
- **Tipos de establecimientos en que se otorga la atención**  
 Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría Infantil, Centros Médicos o Consulta Privada de especialistas, Clínicas Privadas.
  
- **Normativa técnica que regula la intervención**
  - \* "Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil", Ministerio de Salud, 1994.
  - "Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia", Ministerio de Salud, 1998
  - \* "Manual de Apoyo Técnico a las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar", Ministerio de Salud, 1998
  
- **Forma de acceso**
  - \* Mediante reuniones clínicas o atención conjunta de pacientes entre especialista y equipo APS o equipo de Urgencia.
  - \* Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, por pediatra o por médico general de libre elección.
  - Mediante derivación de Servicio de Urgencia.
  
- **Demanda estimada al año**
  - \* El 20% de los casos de maltrato con daño físico en niños y adolescentes de entre 0 y 19 requerirá atención especializada : 10 por cada 1.000 niños y adolescentes.
  
- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**  
 Las variables que se usan para la programación son las siguientes :
  - Técnico - Profesional
  - Demanda estimada al año.
  - Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO

Demanda estimada : 10 de cada 1.000 niños y adolescentes de entre 0 y 19 años

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicio de Urgencia	Aumentar capacidad del equipo de Urgencia y de Atención Primaria para detectar, acoger, derivar e indicar medidas de protección	Reunión clínica y de coordinación Atención Conjunta de pacientes y/o familia	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	100	0.5	1
	Optimizar coordinación					
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Niños y familias referidos por Maltrato	Realizar diagnóstico y tratamiento psiquiátrico	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación tratamiento psicológico y farmacológico Psicoeducación y apoyo emocional Alta o contrareferencia a Equipo de Salud General	Psiquiatra	100	0.5	3
	Complementar diagnóstico	Solicitud de hemograma, VDRL, VIH, Sedimento Urinario, Radiología		10		1
<b>CONSULTA PSICOLÓGICA</b>						
Niño y su familia referidos por Maltrato	Realizar psicodiagnóstico y modificar factores psicológicos	Evaluación y diagnóstico psicológico Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades y resolución no violenta de conflictos	Psicólogo clínico	100	0.50	6



VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA</b>						
Niño y la familia referidos por maltrato	Modificar factores psicosociales Entregar apoyo emocional	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades	Asistente Social Enfermera	50	0.5	6
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Familias referidas por maltrato	Modificar factores psicosociales Entregar apoyo emocional	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Entrenamiento en comportamientos de autoayuda	Asistente Social Terapeuta Ocupacional Psicólogo	50	0.25 ( 8 personas en 2 hrs)	6
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Niños referidos por maltrato a partir de los seis años	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	Psicólogo Psiquiatra	50	0.33 ( 6 personas en 2 hrs)	12

## MUJERES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia física y/o psicológica que ocurre al interior de la familia y que afecta a mujeres y adultos mayores constituye un problema social que tiene un alto impacto en la salud. Es necesario desarrollar acciones de prevención, detección y acogida en todas las instancias de atención en salud.

### I. ANTECEDENTES

- La Violencia Intrafamiliar ejercida hacia mujeres y adultos mayores provoca daños en su salud física y psicológica. Los daños físicos pueden ser lesiones de distinta gravedad e incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Los daños en la salud mental son el Estrés Post Traumático, la Depresión, los Trastornos Psicossomáticos y pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados. Estos efectos son tan severos que implican elevados costos de atención médica, ya sea en los Servicios de Urgencia como en los programas en el nivel primario.
- Se estima que alrededor del 33,6 % de las mujeres viven algún grado de violencia en sus relaciones familiares. Aunque la prevalencia en adultos mayores no ha sido estudiada en el país, se estima que alcanzaría un 4% (proyección de estudios internacionales).
- Las acciones de salud para disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia están orientadas a brindar una atención individual a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológica. En esta atención se debe evaluar el riesgo vital, la pertinencia y el momento en que el accionar de salud debe ampliarse a otros miembros de la familia, responsables o potenciales protectores, lo cual se realiza mediante un conjunto de actividades preferentemente grupales.
- Por las implicancias policiales y judiciales del problema, cada equipo y establecimiento de atención primaria debe diseñar y mantener actualizados los procedimientos para la denuncia del agresor y protección inmediata o diferida de la víctima.
- En el nivel primario de atención, con el fin de disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia, las acciones de salud están orientadas a la pesquisa precoz de estas situaciones y brindar una atención oportuna a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológicas, en esta atención debe evaluarse el riesgo vital, la pertinencia y el momento en que el accionar de salud debe ampliarse a otros miembros de la familia
- En el nivel secundario estas acciones están orientadas a abordar situaciones de violencia de mayor complejidad, como la presencia de una relación de violencia de muy larga data, o con riesgo de suicidio, homicidio, o asociadas a alguna enfermedad, por ejemplo Trastorno de Estrés Post Traumático. Asimismo, está orientada a atender a las personas agresoras, referidas como medida de sanción por la Ley 19.325.

## II. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE URGENCIA DE MUJERES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- **Grupo de población a la que está dirigida**
  - Mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud.
  - Mujeres y adultos mayores consultantes a médicos en el sistema de libre elección y privado de salud.
- **Tipos de establecimientos en que se otorga la atención**  
 Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo de salud de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales y obstetras-ginecólogos.
- **Normativa y orientación técnica que regula la intervención**
  - "Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar". Ministerio de Salud, 1998.
- **Forma de acceso a la atención**
  - Mujeres y adultos mayores atendidos en Servicios de Urgencia por lesiones producidas por probable situaciones de Violencia Intrafamiliar
  - Mujeres que consultan por morbilidad general o en control en cualquiera de las actividades entregadas por el Programa de la Mujer
  - Adultos mayores atendidos en examen integral de salud del adulto mayor, programa de patologías crónicas o en consulta de morbilidad general
  - Mujeres y adultos mayores referidos por la red de grupos comunitarios o servicios de otros sectores
- **Prevalencia poblacional**  
 En uno de cada cuatro hogares chilenos se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Se estima que por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 65 años, 336 de ellas sufre algún grado de violencia en sus relaciones familiares y por cada 1.000 adultos mayores, 40 de ellos lo sufren.
- **Demanda estimada al año**
  - Por cada 1.000 mujeres atendidas en establecimientos de APS, 60 presentarían una situación de violencia grave en el hogar que motiva una consulta por alguna molestia física o psicológica.
  - Por cada 1.000 personas mayores de 65 años atendidas en establecimientos de APS, 5 presentarían una situación de violencia grave en el hogar o institución de residencia que motiva una consulta por alguna molestia física o psicológica.
- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**  
 Las variables que se usan para la programación son las siguientes :
  - Técnico - Profesional
  - Demanda estimada al año.
  - Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIONES DE ATENCION PRIMARIA PARA MUJERES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**  
 Demanda estimada : 60 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 65 años y 5 por cada 1.000 personas mayores de 65 años

		VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)				
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas afectadas por violencia intrafamiliar	Realizar diagnóstico Realizar acogida o primera respuesta	Evaluación médica y diagnóstica; evaluación riesgo vital por recurrencia de la violencia Indicaciones y prescripción farmacológica, si corresponde Psicoeducación (información y orientación) Derivación a otras instancias de protección o apoyo, si corresponde Referencia a grupos de autoayuda Denuncia, según orientaciones	Médico general	50	0.5	1
	Realizar diagnóstico de patología asociada	Hemograma VDRL VIH Sedimento Urinario Radiología		10 10 10 10 5		
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas afectadas por violencia intrafamiliar	Realizar diagnóstico Modificar factores psicosociales Definir procedimientos psociales, policiales etc.	Evaluación y diagnóstico psicosocial (evaluación de escala de violencia y riesgo vital) Psicoeducación (información y orientación), apoyo emocional, entrenamiento en resolución no violenta de conflictos Derivación a otras instancias de protección o apoyo Referencia a grupos de autoayuda Denuncia, si es pertinente	Enfermera Madreña Asistente Social Psicólogo Otro	100	0.5	6
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Personas afectadas por violencia intrafamiliar	Modificación de factores psicosociales	Psicoeducación (información para toma de decisiones), apoyo emocional Entrenamiento en recursos personales, familiares, sociales y legales para el proceso de salida de la situación de violencia Motivación para participar en redes y grupos de autoayuda	Asistente Social Enfermera Madreña Técnico paramédico	60	0.25	8 (8 personas en 2 horas)

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
En el domicilio de personas con riesgo vital por violencia intrafamiliar	Realizar diagnóstico social y familiar Realizar intervención psicosocial, educativa y de apoyo	Evaluación de condiciones psicosociales y de riesgo vital Psicoeducación (reforzar acciones para salida de la situación de violencia, orientación a programas sociales), apoyo emocional Aprendizaje de conductas de protección	Psicólogo Enfermera Matrona Asistente Social	10	2	2
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones Grupos	Detectar tempranamente y identificar comportamientos de alto riesgo Identificar y establecer redes de apoyo	Actividades grupales para la sensibilización, difusión, coordinación, planificación y desarrollo de actividades	Médico general Psicólogo Asistente Social Enfermera T. Ocupacional Matrona	20	0.1	1
<b>CONSULTORIO DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud General	20	0.5	1

### III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE MUJERES, HOMBRES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- **Grupo de población que debe tener acceso a las prestaciones**
  - Mujeres y adultos mayores con situaciones de violencia con riesgo vital para su integridad física, de suicidio u homicidio y quienes presenten asociadas a la situación de violencia complicaciones tales como estrés post traumático, depresión y otras.
  - Hombres agresores referidos por la ley 19.325.
- **Tipos de establecimientos en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas, Centros de Atención de Violencia Intrafamiliar de las Municipalidades u Organizaciones No Gubernamentales.
- **Orientación técnica que regula la intervención**

"Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar", Ministerio de Salud, 1998.
- **Forma de acceso a la atención**
  - Mediante consultorias entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos
  - Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia Primaria (SAPU), Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, consulta privada de médico no especialista en psiquiatría..
  - Derivaciones desde el Servicio de Urgencia.
  - Referencia desde juzgados por Ley 19.325
- **Demanda estimada al año**
  - Por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 65 años, 12 de ellas requerirán de atención especializada por una situación de violencia grave en el hogar,
  - Por cada 1.000 personas mayores de 65 años, 1 de ellas requerirá de atención especializada por una situación de violencia grave en el hogar o institución de residencia
- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

  - Técnico - Profesional
  - Demanda estimada al año.
  - Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE MUJERES, HOMBRES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**  
 Demanda estimada : 12 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 65 años y 1 por cada 1.000 personas mayores de 65 años

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicio de Urgencia	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención Primaria y Urgencia Organizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	100	0.5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Personas referidas por violencia intrafamiliar compleja y para personas agresoras referidas por Ley 19.325	Realizar diagnóstico	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Información, apoyo y orientación Indicación tratamiento psiquiátrico / farmacológico según diagnóstico	Psiquiatría	100	0.5	4
	Farmacoterapia	Alta o referencia a Equipo de Salud General Aspirulicos Antifébricos Neurolepticos		20 20 20		30 180 30
<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>						
Personas referidas por violencia intrafamiliar compleja y para personas agresoras referidas por Ley 19.325	Realizar Diagnóstico	Aplicación de tests psicológicos	Psicólogo clínico	40	2	1

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA PSICOLÓGICA</b>						
Personas afectadas por violencia intrafamiliar completa y para personas agresoras retenidas por ley 19.325	Modificar factores psicológicos	Evaluación y diagnóstico psicológico Psicoeducación, apoyo emocional	Psicólogo clínico	100	0.5	6
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Personas y/o familias afectadas por violencia intrafamiliar completa y para personas agresoras retenidas por ley 19.325	Desarrollar habilidades para la resolución no violenta de conflictos Redefinir roles al interior de la familia Expresar y manejar sentimientos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	Psicólogo clínico Psiquiatra	40	0.33 (6 personas en 2 hrs.)	12



## PERSONAS AFECTADAS POR LA REPRESIÓN POLÍTICA EJERCIDA POR EL ESTADO EN EL PERÍODO 1973-1990 (PRAIS)

Las secuelas de la violencia ejercida por quienes son los responsables de la protección y el resguardo de los Derechos, es una deuda que debe asumir toda la Sociedad y el Estado que la representa.

### I. ANTECEDENTES

- El Ministerio de Salud, como expresión de la Política Nacional de Reparación Social desarrolla, desde 1991, actividades para la atención en salud - física y psicológica - de las personas que fueron afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período de dictadura (Programa de Reparación Integral en Salud y Derechos Humanos: PRAIS).
- Esta política se sustenta en las recomendaciones del Informe de Verdad y Reconciliación, la Ley de Reparación y Reconciliación, la Ley de Exonerados Políticos y la Ley de Retornados. Según informes estatales, internacionales y de instituciones privadas, se estima que la población directamente afectada alcanza a un 10% de la población existente en el período 1973 - 1990; es decir, alrededor de 800.000 personas. La población directamente afectada se refiere a aquellos grupos familiares en que uno o varios de sus miembros fueron víctimas de desaparición, ejecución, tortura y otras acciones represivas.
- El conjunto de actividades en salud, están orientadas a la atención integral de las personas, física, mental, familiar y social-comunitaria, brindando un espacio de acogida y atención que permita evaluar la magnitud del daño y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas individuales y/o familiares, motivando su organización y participación en actividades de autoayuda y de reinserción social.
- El trauma psicosocial producto de la represión política, afecta a la totalidad del grupo familiar. Sus consecuencias se manifiestan con gran intensidad, en la salud física y mental de las personas y se expresan al menos en los ascendientes (madre, padre, abuelas/os), en la pareja, los colaterales (hermanas/os) y los descendientes (hijas/os, nietas/os).
- Desde que se inició la implementación del Programa de Reparación, se ha mantenido constante la demanda de atención por parte de la población beneficiaria. A partir de 1991 y hasta la fecha, han recibido atención un total de 31.102 beneficiarios, con 1.479 nuevos ingresos en 1998 y la entrega de 19.323 prestaciones en ese mismo año.
- En los 10 años de desarrollo del Programa, se ha observado un grado importante de cronificación de la sintomatología física y mental, y a ello ha contribuido el insuficiente reconocimiento de la represión política que el Estado ejerció a través de sus instituciones sobre las personas, la culpabilización de las víctimas como responsables de su propia represión, el temor que aún despiertan las autoridades que ejercieron el poder durante la dictadura y la impunidad de que aún gozan la mayoría de ellos.

## II. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PERSONAS AFECTADAS POR LA REPRESIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, EN EL PERIODO 1973- 1990

### • Grupo de población a la que está dirigida

Familias de detenidos desaparecidos, familias de ejecutados políticos, personas que vivieron situaciones de tortura, amedrentamiento, detención, clandestinidad, relegación, exilio y exoneración política, y su grupo familiar.

### • Tipos de establecimientos en que se otorga la atención

Establecimientos del nivel secundario que cuenten en sus equipos de Salud Mental con profesionales capacitados en la atención de personas afectadas por violencia represiva y su grupo familiar.

### • Normativa técnica que regula la intervención

- \* "Programa de Reparación y Atención Integral de Salud y Derechos Humanos. 1991.
- \* "Norma Técnica para la Atención de Personas Afectadas por Represión Política Ejercida por el Estado en el Periodo 1973- 1990" (norma en elaboración).

### • Forma de acceso a la atención

- \* Personas y grupo familiar derivadas desde agrupaciones de derechos humanos, ONG y otras instituciones sociales.
- \* Personas y grupo familiar derivadas desde Servicios de Salud.
- \* Consulta espontánea.
- \* Personas y grupo familiar derivadas por otras instancias del Estado: Ministerio del Interior, Instituto de Normalización Previsional, otras.

### • Demanda Estimada al año

5 de cada 1.000 personas afectadas por situaciones de represión política, demandarían atención de salud.

### • Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PERSONAS AFECTADAS POR REPRESIÓN POLITICA DE ESTADO EN EL PERIODO 1973- 1990**  
**Demanda estimada = 5 por cada 1. 000 personas**

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
COM QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUEEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA</b>						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar diagnóstico psicosocial Entregar apoyo psicológico	Acogida y apoyo emocional Información y orientación Evaluación y diagnóstico psicosocial	Asistente Social Psicólogo Enfermera	20	0.5	4
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar: Diagnóstico Tratamiento	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Información y apoyo a la persona y familia Referencia e interconsulta Seguimiento	Médico general	20	0.5	3
	Complementar el diagnóstico	Hemograma Glicemia Sedimento Urinario GGT Pruebas Hepáticas Creatinemia Electrocardiograma Tomografía Axial Computarizada Electroencefalograma Radiografía de Tórax				

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUIEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Personas beneficiarias PRAIS	Realizar diagnóstico Psiquiátrico Realizar tratamiento de enfermedades mentales asociadas  Farmacoterapia	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación de tratamiento psoterapéutico y farmacológico Apoyo emocional Información a la persona y su familia Referencia e interconsulta  Diazepam Fluoxetina Imipramina Sertralina Trazodona Moclobemida Alprazolam Carbonato de Litio Carbamazepina	Psiquiatra	20	0,5	4
			Psiquiatra Médico General	10 10 2,5 2,5 180 180 2,5 5 2,5 1		60 180 180 180 180 180 60 180 180
<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar diagnóstico	Aplicación de tests psicológicos	Psicólogo	5	2	2
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Personas Beneficiarias PRAIS	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento para cada persona	Psicólogo Psiquiatra	5	0,33 (6 personas en 2 hrs.)	12
<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL</b>						
Personas Beneficiarias PRAIS	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento para cada persona	Psicólogo	5	0,75	36

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUIEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DIURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Personas y sus familias beneficiarias PRAIS	Entregar apoyo emocional e información a pacientes y sus familias	Psicoeducación y apoyo emocional Información para toma de decisiones Entrenamiento en comportamiento de autoayuda Motivación para participar en redes y grupos de autoayuda	Psicólogo Asistente Social Enfermera Otro profesional	12	0,25 (8 personas en 2 horas)	4
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Grupos comunitarios y de Salud	Aumentar la capacidad de apoyo de las redes sociales, comunidades solidarias, de beneficiarios del programa, otros	Actividades grupales para la sensibilización, difusión, coordinación, planificación y desarrollo de actividades	Psicólogo Enfermera Asistente Social Médico general	25	0,1 (20 personas en 2 horas)	3
<b>VISTA DE SALUD MENTAL</b>						
En el domicilio de personas beneficiarias PRAIS	Realizar evaluación y seguimiento de cambios o situaciones especiales	Evaluación y diagnóstico psicosocial y familiar Psicoeducación, apoyo emocional	Asistente Social Enfermera	5	2	1

## PERSONAS AFECTADAS POR DEPRESION

La depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en ellas.

### I. ANTECEDENTES

- Los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención.
- En el último tiempo se ha demostrado el efecto discapacitante de la depresión, con un impacto negativo en la vida de las personas y su familia. En el estudio chileno sobre Carga de Enfermedad, ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA), en mujeres.
- La depresión es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños.
- Puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, por una disposición o tendencia heredada a la depresión, o bien por una combinación de ambos factores. Otra situación que puede favorecer o desencadenar una depresión es el abuso de alcohol y otras drogas.
- Las personas con depresión generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultantes) en atención primaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y en general, retrasan el tratamiento específico. Lo anterior hace necesario orientar las acciones de salud a la detección precoz y tratamiento oportuno de este problema en la atención primaria.
- Existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunos tratamientos psicológicos y farmacológicos. La educación al paciente y su familia optimiza la efectividad del tratamiento de la depresión y se orienta a la comprensión del trastorno y el uso de recursos personales y sociales que contribuyen a su mejoría. En el estudio de costo efectividad realizado por el Ministerio de Salud en 1998, el tratamiento ambulatorio de la depresión ocupa el tercer lugar entre 19 intervenciones médicas y quirúrgicas evaluadas, mostrando la conveniencia de intervenir en el tratamiento de esta patología.
- El tratamiento de la depresión se orienta a reducir o eliminar los síntomas del trastorno y estimular los recursos personales y sociales de autoayuda. Es decir, a restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas.
- En la provisión de la atención deben priorizarse los grupos de personas con mayor riesgo y menor acceso, propendiendo a la equidad: mujeres de entre 20 y 45 años de edad; aquellas que sufren enfermedades crónicas o recurrentes; las mujeres que se encuentran en periodo de post-parto, climaterio o menopausia; las que tienen varios hijos seguidos; las que experimentan violencia intrafamiliar, las jefas de hogar y personas en situaciones de crisis. Otros grupos de mayor riesgo y de menor acceso son los adolescentes hombres y mujeres y adultos/as mayores

## II. ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN

- **Grupo de población a la que está dirigida. Población mayor de 15 años, focalizando en:**
  - Adolescentes, mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria
  - Adolescentes, mujeres y adultos mayores consultantes a médicos generales en el sistema de libre elección y privado de salud
- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención**  
 Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo de salud de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.
- **Normativa técnica que regula la intervención**
  - Guía Metodológica "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención", Ministerio de Salud, 1998.
  - "Pautas Diagnósticas y de Actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE 10", OMS, 1996.
- **Forma de acceso a la atención**
  - Personas cuyo motivo de consulta de morbilidad es por sintomatología de probable depresión o ésta es detectada activamente por el médico
  - Personas referidas por otro profesional del equipo de salud que detecta síntomas depresivos en examen de salud: Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), del Adulto Mayor (ESPAM), del Adolescente, control ginecológico u otro tipo de atención.
  - Personas que son referidas desde la comunidad: grupos de autoayuda (con patología crónica, de adultos mayores), redes de prevención y protección frente a la violencia, u otros.
- **Prevalencia poblacional**  
 De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 75 de ellas presentan un trastorno depresivo
- **Demanda estimada al año**  
 De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 30 de ellas demandarían efectivamente atención de salud.
- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**  
 Las variables que se usan para la programación son las siguientes:
  - Técnico o Profesional.
  - Demanda estimada al año.
  - Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por personas en tratamiento

**PRESTACIONES/ ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA PARA PERSONAS CON DEPRESION**  
 Demanda estimada = 30 por cada 1.000 personas mayores de 15 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA QUE ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas con síntomas de depresión	Realizar: Diagnóstico Iniciar tratamiento Seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento Modificar tratamiento	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación al paciente y familia. Seguimiento y evaluación de sintomatología, cumplimiento de indicaciones y efectos colaterales Derivación y motivación a tratamiento de grupo Alta o referencia a atención especializada	Médico general	100	0,5	3
	Complementar diagnóstico	Hemograma TSH Sedimento urinario		20 10 10		1
	Farmacoterapia	Imipramina Fluoxetina Diazepam		22 44 33		180 180 30
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Control de personas en tratamiento por depresión	Realizar seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psicossocial: evaluación de condiciones de vida en relación a sintomatología y cumplimiento de indicaciones. Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Refuerzo de indicaciones y motivación para el tratamiento. Referencia a atención médica	Psicólogo Matrona Enfermera Asistente Social	80	0,5	3



VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Personas en tratamiento por depresión	Reforzar adherencia al tratamiento Incentivar comportamientos de autoayuda	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades (resolución de conflictos) Entrenamiento de comportamientos de autoayuda Identificación de relaciones de apoyo en la familia y red social Estimulación a la vinculación y participación	Psicólogo Asistente Social Matrona Enfermera Monitor	100	0.25 (6 personas en 2 hrs)	4
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Personas en tratamiento por depresión	Modificar factores psicológicos	Sesiones de psicoterapia específica para depresión: cognitiva conductual, interpersonal y de resolución de problemas o conflictos	Psicólogo clínico	1	0.33 (6 personas en 2 horas)	12
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones / grupos	Detectar tempranamente Incentivar comportamientos de autoayuda Identificar y establecer redes de apoyo	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación Coordinación de redes de apoyo comunitario	Médico general Psicólogo Asistente Social Enfermera Matrona	20	0.1	1
<b>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de Atención Primaria Coordinación	Reuniones clínicas y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familiares	Equipo de Salud General	20	0.5	1

### III. ATENCION ESPECIALIZADA DE PERSONAS CON DEPRESION

- **Grupo de población a la que está dirigida**

Personas con trastornos depresivos severos, con riesgo de suicidio, complicados con morbilidad psiquiátrica y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general y/o atendidas en servicio de urgencia por depresión severa.

- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

- Guía Metodológica "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención", Ministerio de Salud, 1998.
- Programa educativo de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre Trastornos Depresivos, Módulo I (Colaboración OPS y Asociación de Psiquiatría de América Latina APAL, 1997)

- **Forma de acceso a la atención**

- Mediante consultorias entre especialista y equipo APS o equipo de Urgencias
- Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, o por médico general o médico especialista no psiquiatra de libre elección.
- Mediante derivación de Servicio de Urgencia.

- **Demanda estimada al año**

Por cada 1.000 personas mayores de 15 años, 6 de ellas requerirán atención especializada para tratamiento por depresión

- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIONES DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DEPRESION**  
**Demanda estimada = 6 por cada 1.000 personas mayores de 15 años**

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicio de Urgencia	Aumentar la capacidad residual de el equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	100	0.5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Personas referidas por sistemas y/o diagnóstico de depresión mayor	Diagnóstico Tratamiento Refuerzo adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Información, apoyo y orientación Indicación tratamiento psicoterapéutico / psicossocial y farmacológico según diagnóstico Evaluar necesidad de hospitalización Seguimiento de sintomatología, cumplimiento de indicaciones y efectos colaterales Psicoeducación Alta o referencia a Equipo de Salud General	Psiquiatra	50	0.5	6
	Complementar diagnóstico	Hemograma TSH - T3 T4 Sedimento urinario Electrolitos plasmáticos VDRL Electrocardiograma Tomografía Axial Computarizada Electroencefalograma Pruebas hepáticas Creatinemia Screening de drogas		20 10 10 10 5 5 10 2 5 10 10 5		1

				VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)		
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
Continuación Consulta Psiquiátrica	Farmacoterapia	Amisulpirida Imipramina Fluoretina Moclobemida Sertralina Trazodona Clomipramina Diazepam Alprazolam Copropramizina Haloperidol Carbonilo de Lilo Acido Valproico Carbamazepina Venlafaxina		20 20 40 5 5 5 5 5 5 5 5 10 5 5 10		180 180 180 180 180 180 90 90 90 90 180 180 180 180
<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>						
Personas en tratamiento por depresión mayor	Diagnóstico	Aplicación de tests psicológicos	Psicólogo clínico	5	2	1
<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL</b>						
Personas en tratamiento por depresión mayor	Modificar factores psicológicos	Psicoterapia específica para depresión : cognitiva conductual interpersonal y de resolución o problemas	Psicólogo clínico Psiquiatra	5	0.75	12
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Personas en tratamiento por depresión mayor	Modificar factores psicológicos	Psicoterapia específica para depresión : cognitiva conductual interpersonal y de resolución o problemas	Psicólogo clínico Psiquiatra	5	0.33 (6 personas en 2 horas)	12
<b>DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN CORTA Y MEDIANA ESTADIA</b>						
Personas en tratamiento por depresión mayor	Tratamiento intensivo Prevención de suicidio	Evaluación y diagnóstico Farmacoterapia intensiva Intervención psicosocial individual y grupal intensiva con pacientes y familiares Terapia electroconvulsivante	Equipo clínico Psiquiatra Anestesiista	1 0.5	24 0.25	15 días 8

## PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS : ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la calidad de vida de la persona.

### I. ANTECEDENTES :

- “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (CIE-10) Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a que el paciente no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en éstos.
- En Chile, la Esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1,02 % en la población general en estudios realizados en Santiago; si se consideran sólo los últimos 6 meses previos al estudio, el 0,51% de las personas refiere síntomas de la enfermedad.
- Los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los demás, favoreciendo significativamente las posibilidades de reinserción social y laboral del paciente y modificando en parte el pronóstico de este trastorno.
- Los tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos, con intervenciones de tipo psicosocial, demuestran sistemáticamente el mayor nivel de efectividad, que alcanza a 60% de los casos. En este trastorno, las intervenciones para la rehabilitación y reinserción del paciente forman parte del tratamiento desde su inicio y se confunden con este.
- Los programas que han demostrado la mayor costo efectividad son los aquellos basados en Estrategias Comunitarias. Son clínicamente efectivos para la administración de los cuidados de personas severamente enfermas, permiten reducir los costos, aumentando la satisfacción del paciente. Existe evidencia que los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en la comunidad logran una mayor adherencia de los enfermos al tratamiento que los servicios tradicionales, una reducción de la tasa de internación hospitalaria y de muerte por suicidio.
- La estrategia de atención en redes sociales permite incorporar recursos potenciales habitualmente sub utilizados. La activa participación de las familias y de instancias de la comunidad que proporcionan un efectivo soporte social complementario al tratamiento, permite una mayor cobertura, un seguimiento más eficaz y personalizado del paciente, co-responsabilidad o tratamiento compartido en la atención continua de los casos, simultáneamente con un menor consumo de los recursos de mayor costo dentro del sistema de salud, como son las hospitalizaciones y la atención por especialistas.

## II. ATENCIÓN DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN EL NIVEL PRIMARIO

### • Grupo de población a la que está dirigida

- \* Población mayor de 15 años consultantes en establecimientos de atención primaria, en el sistema público de salud.
- \* Población mayor de 15 años consultantes a médicos no especialistas, en el sistema de libre elección y privado de salud.

### • Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo médico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.

### • Normativa técnica que regula la intervención

"Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la CIE 10" (OMS, 1996).

### • Forma de acceso a la atención

- \* Consulta espontánea del propio afectado.
- \* Consulta de los familiares (con o sin el paciente presente).
- \* Derivación desde diversas instituciones sociales, tales como escuelas, lugares de trabajo, iglesias, clubes deportivos, etc.

### • Prevalencia poblacional

De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 5 de ellas presentan esquizofrenia

### • Demanda estimada al año

La demanda de atención por esquizofrenia a la Atención Primaria se ha diferenciado en :

- demanda estimada para fase aguda : el 20% de los casos de esquizofrenia que se encuentran en la población cada año requerirá atención para fase aguda en el nivel primario. Es decir, la demanda es de 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años.
- demanda estimada para seguimiento y control en el Nivel Primario de pacientes que se encuentran ya estabilizados en la Atención Especializada: el 20% de la prevalencia logrará una estabilización en el nivel secundario que permita continuar tratamiento en el nivel primario. Es decir, la demanda es de 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años.

### • Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional.
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

## PRESTACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA AGUDA

Demanda estimada = 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Diagnóstico de personas con Probable Esquizofrenia aguda	Realizar diagnóstico Referir a especialista	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones terapéuticas y prescripción farmacológica Información al paciente y familiares Psicoeducación	Médico General	100	0,5	2
	Farmacoterapia para alivio sintomático en espera de atención de especialidad	Interconsulta a Psiquiatra Clorpromazina Haloperidol Trifluoperidol				
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Familiares y personas con Esquizofrenia aguda	Entregar información, apoyo emocional y refuerzo de la derivación a especialista	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional. Información y Orientación Entrevista con familiares Intervención en crisis	Psicólogo Asistente Social Enfermera	75	0,5	3

## PRESTACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA ESTABILIZADA

Demanda estimada = 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años

		VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)					
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO	
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>							
Seguimiento de personas con esquizofrenia estabilizada	Prescribir tratamiento	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones terapéuticas y prescripción farmacológica Psicoeducación (información al paciente y familiares) Interconsulta a Psiquiatría	Médico General	100	0.5	4	
	Refuerzo de adhesión al tratamiento						
	Farmacoterapia indicada por especialista	Clorpromazina Haloperidol Neuroleptico de depósito (Flufenazina decanoato) Trifluoperidol		35 35 50 25		365 365 12 365	
	<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
	Personas en tratamiento por Esquizofrenia estabilizada y sus familias	Entregar apoyo emocional y orientar en el uso de redes de apoyo Refuerzo y apoyo para la adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psicosocial (evaluación del grado de discapacidad) Intervención en crisis Psicoeducación, apoyo emocional (información y orientación) Entrevista con familiares	Psicólogo, Asistente Social, Enfermera	75	0.5	8
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>							
Familias de pacientes en tratamiento por esquizofrenia estabilizada	Entregar apoyo emocional / información. Incentivar comportamientos de ayuda Estimular la participación en agrupaciones de familiares.	Psicoeducación, apoyo emocional, entretenimiento en habilidades y comportamientos de autoayuda Actividades de rehabilitación social y laboral Motivación para participar en grupos de usuarios y familiares	Psicólogo Asistente Social Enfermera	50	0.25 (8 personas, en 2 horas)	4	



VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIERES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones de pacientes con esquizofrenia, de familiares y centros laborales	Promover y apoyar la organización de pacientes y familiares para la ayuda mutua y para la integración social	Actividades grupales para la sensibilización, difusión, coordinación, planificación y desarrollo de actividades	Asistente Social Enfermera Médico	50	0,1 (20 personas en 2 horas)	3
<b>VISTA DE SALUD MENTAL</b>						
Domiciliaria para pacientes con esquizofrenia	Observar y educar en el domicilio o institución de residencia	Evaluación y diagnóstico social, laboral y familiar Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Orientación a programas de rehabilitación	Asistente social Enfermera Médico Psicólogo Monitor	30	2	1
<b>CONSULTORIA DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de salud general	20	0,5	2

### III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

- **Grupo de población a la que está dirigida**

Población mayor de 15 años que posea un diagnóstico de esquizofrenia.

- **Tipos de Establecimientos en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, Centros de Referencia en Salud (CRS) Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas.

- **Normativa técnica que regula la intervención:**

Mientras no exista normativa nacional, se propone utilizar como Norma Técnica de consulta la "Guía Técnica de Recomendaciones para el Tratamiento de la Esquizofrenia", la cual ha sido traducida y resumida a partir de "Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations" Schizophrenia Bulletin 1998.

- **Formas de acceso a la atención**

- Mediante consultorías entre especialista y equipo APS o equipo de Urgencias
- Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, o por médico general o médico especialista no psiquiatra.
- Mediante derivación de Servicio de Urgencias.

- **Demanda estimada al año**

El 100% de los casos con diagnóstico de esquizofrenia en Atención Primaria o por médicos no especialistas, requerirán intervenciones de Salud del Nivel Especializado y dada la naturaleza crónica de la enfermedad se estima que el 50% de la prevalencia se mantendrá en control indefinido en el nivel especializado.

- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional.
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

# PRESTACIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Demanda estimada = 2,5 por cada 1.000 personas mayores de 15 años

				VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)		
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicios de Urgencia	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención de Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	100	0.5	2
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Personas con probable esquizofrenia o en tratamiento	Realizar diagnóstico Prescribir tratamiento Evaluar el curso del cuadro clínico Reforzar adherencia al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Psicoeducación y apoyo emocional del paciente y su familia Información, apoyo y orientación indicación tratamiento psicofarmacológico y farmacológico Referencia a Equipo de Salud General	Psiquiatra	100	0.5	6
	Complementar el diagnóstico	Hemograma TSH GGT Ureemia Glucemia Orina Completa VDRL VPH Pruebas Hepáticas EEG Scanner cerebral Radiografía tórax ECG Screening de 5 drogas		10 10 10 10 10 10 10 10 5 5 2 5 5 5		1



VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
Continuación Crisis Psíquica	Farmacoterapia	Clomipramina: IM		5		15
		Haloperidol: IM		10		15
Zudopentilol Acetato: IM	2,5	5				
Diazepam: IM	2,5	5				
Loxapam: IM	5	5				
Clorpromazina - Oral	20	365				
Haloperidol: Oral tabi	30	365				
Haloperidol: Oral got	2,5	90				
Olanzapina: IM	2,5	3				
Trifluoperidol: Oral	36	365				
Flufenazina dec.:IM	50	12				
Haloperidol dec.:IM	10	12				
Farmacoterapia última generación		Cozapina* - Oral		5		365
		Risperidona - Oral		2,5		365
		Olanzapina		1		365
		*Hemograma, prevención agranulocitosis por clozapina				15
<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>						
Personas en tratamiento por esquizofrenia	Complementar diagnóstico	Aplicación de tests psicológicos de personalidad, organicidad y/o inteligencia	Psicólogo	5	2	1
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA</b>						
Control de personas en tratamiento por esquizofrenia	Seguir la evolución del paciente Reforzar la adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psicossocial Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Información a pacientes y familiares Citación a control por psiquiatra	Psicólogo Asistente Social Terapeuta Ocupacional Enfermera	60	0,5	6

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL</b>						
Personas en tratamiento por esquizofrenia	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	Psicólogo Psiquiatra	5	0.75	12
<b>PSICOTERAPIA FAMILIAR</b>						
Familiares y/o cuidadores de pacientes en tratamiento por esquizofrenia	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas familiares según modelo teórico específico	Psicólogo Psiquiatra	5	0.33 (6 personas en 2 horas)	12
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Familiares y/o cuidadores de pacientes en tratamiento por esquizofrenia	Mejorar la capacidad de la familia para cuidar del paciente y de sí misma	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, comportamientos de ayuda, destrezas sociales y de comunicación Actividades de rehabilitación social y laboral Motivación para participación en grupos de usuarios y familiares	Asistente Social Terapeuta Ocupacional Enfermera	20	0.25 (8 personas en 2 horas)	6
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Pacientes en tratamiento ambulatorio por esquizofrenia	Aumentar y mantener competencias para la inserción social y laboral Reforzar adherencia al tratamiento	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, comportamientos de autoayuda y destrezas conductuales, cognitivas y laborales Actividades de rehabilitación social y laboral Motivación para participación en grupos de usuarios Consejería vocacional Apoyo a la inserción laboral Apoyo y supervisión en el lugar de trabajo	Asistentes Social Terapeuta Ocupacional Enfermera Psicólogo	20	0.25 (8 personas en 2 horas)	24

				VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)		
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>DIA HOSPITALIZACIÓN DIURNA</b>						
Pacientes en tratamiento por esquizofrenia	Modificar sintomatología resistente Recuperar y mantener competencias sociales	Evaluación y diagnóstico Actividades, terapia individual y grupal con pacientes y familiares Farmacoterapia Intervención psicosocial individual y grupal con pacientes y familiares	Equipo clínico	10	6 a 8	90
<b>DIA CAMA HOSPITALIZACIÓN</b>						
<b>CORTA</b> ESTADIA para pacientes en tratamiento por esquizofrenia	Compensar sintomatología en forma rápida Prevenir daño a sí mismos y a terceros	Evaluación y diagnóstico Actividades, terapia individual y grupal con pacientes y familiares Farmacoterapia Intervención psicosocial individual y grupal con pacientes y familiares	Equipo clínico	5	24	30
<b>MEDIANA</b> ESTADIA para pacientes resistentes al tratamiento	Compensar sintomatología resistente. Aumentar competencias sociales	Evaluación y diagnóstico Actividades, terapia individual y grupal con pacientes y familiares Farmacoterapia Intervención psicosocial individual y grupal con pacientes y familiares	Equipo clínico	5	24	180
<b>HOGAR PROTEGIDO</b>						
Pacientes en tratamiento por esquizofrenia con insuficiente soporte familiar e insuficientes competencias sociales	Reinserción social en la comunidad Mejorar calidad de vida	Apoyo y protección para actividades de la vida diaria y entrelazamiento en habilidades de autocuidado sociales y domésticas	Equipo del hogar protegido	10	24	366

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
Domicilio, hogar protegido, lugar de trabajo o estudio de personas con esquizofrenia	Evaluar al paciente y su entorno Sensibilizar, entregar información y educar a las personas que interactúan con él	Evaluación y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades	Asistente social Enfermera Terapeuta Ocupacional Médico Psicólogo Monitor	20	2	1
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones de pacientes y familiares	Promover y apoyar la organización de pacientes y familiares para la ayuda mutua y para la integración del paciente psiquiátrico	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación	Asistente Social Terapeuta Ocupacional Enfermera	50	0.1 (20 personas en 2 horas)	3

## ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

### I. ANTECEDENTES

- El abuso de alcohol afecta a alrededor del 15 % de la población general mayor de 12 años, con un tercio de ellos presentando dependencia, y a casi un 40% de los hombres consultantes del nivel primario de atención.
- Aproximadamente el 5 % de la población general mayor de 12 años declara haber consumido drogas ilícitas en el último año y cerca del 1 % presenta dependencia a ellas. La mayoría de estas personas ha usado marihuana y un quinto de ellas otras sustancias, tales como cocaína, pasta base y anfetamina.
- El abuso y dependencia de alcohol y drogas es tres veces más frecuente entre los hombres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 12 y 45 años.
- Estos problemas se asocian significativamente con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando una pérdida económica al país superior a los US \$ 3.000 millones.
- Las personas que abusan o dependen de alcohol y drogas generan, en forma encubierta, consultas más frecuentes en atención primaria y servicios de urgencia, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, en las que muchas veces no se detecta el problema del abuso o dependencia y no se efectúa el tratamiento específico.
- El tratamiento del abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, el tratamiento siempre se orienta a alcanzar la abstinencia indefinida. El tratamiento de la dependencia de alcohol y drogas debe incluir también el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) la que se encuentra presente en más del 40 % de los casos (especialmente trastornos afectivos y ansiosos).
- Para ambos tipos de sustancias, el objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Para tal efecto, existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunas intervenciones psicológicas y farmacológicas y de programas grupales de autoayuda.
- La participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo optimiza la efectividad del tratamiento. Las actividades con la familia y red se orientan a mejorar la comprensión del abuso y dependencia y a potenciar recursos personales y sociales que contribuyan a contener las conductas adictivas.
- La provisión de la atención debe focalizarse en la detección y el tratamiento temprano del abuso y dependencia, antes de que se produzca el deterioro biológico, psicológico y social y, en lo posible, mientras se dispone del apoyo del medio laboral (o educacional).



## II. ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS CON ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

- **Grupo de población a la que está especialmente dirigida**
  - Adolescentes y adultos jóvenes, especialmente hombres, consultantes en establecimientos de atención primaria.
  - Adolescentes y adultos jóvenes, especialmente hombres, consultantes a médicos generales en el sistema de libre elección y privado de salud.
  - En ambas poblaciones, el énfasis está en la detección temprana del abuso y etapa inicial de la dependencia leve (sin deterioro biopsicosocial ni comorbilidad psiquiátrica).
- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención**

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo de salud de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.
- **Normativa técnica que regula la intervención**
  - Guía Metodológica "Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica", Ministerio de Salud, 1993.
  - Guía Metodológica "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas", Ministerio de Salud, 1996.
  - "Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol", Ministerio de Salud, 1995.
- **Forma de acceso a la atención**
  - Personas cuyo motivo de consulta de morbilidad es por sintomatología de probable abuso o dependencia de alcohol y drogas o ésta es detectada activamente por el médico.
  - Personas referidas por otro profesional del equipo de salud que detecta síntomas de abuso de sustancias en examen de salud: Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA) y del adolescente, u otro tipo de atención.
  - Personas que son referidas por la familia o desde la comunidad: grupos de autoayuda en alcohol y drogas, comunidades terapéuticas, redes de prevención en escuelas o centros laborales, u otros.
  - Prevalencia poblacional
 

De cada 1.000 personas mayores de 12 años, 150 presentan abuso o dependencia de alcohol o drogas.
- **Demanda estimada al año**

De cada 1.000 personas mayores de 12 años, 15 demandarán atención de salud
- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

  - Técnico - Profesional
  - Demanda estimada al año.
  - Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
  - Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
  - Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIONES DE ATENCION PRIMARIA PARA PERSONAS CON ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS**  
 Demanda real estimada = 15 por cada 1.000 personas mayores de 12 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA QUE ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas con síntomas de abuso o dependencia de alcohol o drogas	Realizar diagnóstico Indicar o modificar tratamiento Seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento. Complementar diagnóstico	Evaluación médica y diagnóstico Indicación y prescripción farmacológica Psicoeducación (información al paciente y familia). Derivación y matricación a grupo de autoayuda Alta o referencia para atención especializada	Médico general	100	0.5	6
				50		
	Farmacoterapia	Hemograma Glicemia VDRL y VIH GGT Pruebas Hepáticas Radiografía Tórax Radiografía de miembros o cráneo Electrocardiograma Diazepam Clonidazepórido Lorazepam (IM) Vitamina B1 (IM) Haloperidol (oral e IM) Clorpromazina (oral e IM) Disulfirano Imipramina Fluoxetina		10		1
				10		
				10		
				10		
				10		
				10		
				10		
				10		
				20		
				5		
				5		
				3		
				3		
10						
10						
365						
180						
180						

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas en tratamiento por abuso o dependencia de alcohol o drogas	Seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento.	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación (motivación para el tratamiento información a la persona y familia) Motivación para la incorporación y adherencia a grupo de autoayuda	Psicólogo Matrona Enfermera Asistente Social	50	0.5	6
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Personas en tratamiento por abuso o dependencia de alcohol o drogas	Reforzar adherencia al tratamiento. Incentivar comportamientos de autoayuda. Reforzar habilidades psicosociales	Psicoeducación (información sobre problemas de alcohol y drogas, y su tratamiento, prevención de recaídas) Apoyo emocional, entrenamiento en habilidades e identificación de relaciones de ayuda en la familia y red social Motivación a la vinculación y participación en grupos de autoayuda.	Psicólogo A. Social Matrona Enfermera Técnico en rehabilitación	20	0.25 (8 personas en 2 horas)	12
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Personas en tratamiento por abuso o dependencia de alcohol o drogas	Modificar factores psicológicos Prevenir recaídas	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada persona (focalizando en confrontación de conductas desadaptativas; modelaje de estilos de vida sin alcohol ni drogas; terapia para trastornos depresivos y ansiosos)	Psicólogo clínico	1	0.33 (6 personas en 2 horas)	24

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones / grupos de autoayuda	Prevenir dependencia. Detectar tempranamente Incentivar comportamientos de autoayuda Reinserción social	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación Asesoría en desarrollo organizacional. Coordinación de redes de apoyo comunitario Asesoría a escuelas y centros laborales para la detección, la prevención y el apoyo al tratamiento e reinserción	Psicólogo Asistente Social Enfermera Técnico en rehabilitación	20	0.10 (20 personas en 2 horas)	6
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas con recaída o en reinserción social	Evaluar condiciones psicosociales Motivar a tratamiento. Apoyar la red social	Evaluación y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Entrevista a red de apoyo (laboral o educacional)	Asistente Social Enfermera Técnico en rehabilitación	5	2	1
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Aumentar la capacidad resolutive del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar coordinación	Reunión clínica y de coordinación. Atención conjunta de personas con problemas de alcohol y drogas y/o familiares.	Equipo de Salud General	10	0.5	1

### III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

- **Grupo de población a la que está dirigida**

Personas con dependencia a alcohol y drogas, de un nivel intermedio o severo, complicadas con deterioro biopsicosocial y/o comorbilidad psiquiátrica, y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general y/o atendidas en servicio de urgencia por intoxicación o complicación severas.

- **Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención**

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas, Comunidades Terapéuticas y Sedes de Grupos de Autoayuda.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

- Guía Metodológica "Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica", Ministerio de Salud, 1993.
- Guía Metodológica "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas", Ministerio de Salud, 1996.
- "Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol", Ministerio de Salud, 1995.

- **Forma de acceso a la atención**

- Mediante consultorias entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos
- Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia Primaria (SAPU), Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, consulta privada de médico no especialista en psiquiatría

- **Prevalencia poblacional**

Por cada 1 000 personas mayores de 12 años, 50 de ellas presentan dependencia de alcohol o drogas.

- **Demanda estimada al año**

Por cada 1.000 personas mayores de 12 años, 5 de ellas demandarán atención de especialidad

- **Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)**

Las variables que se usan para la programación son las siguientes :

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIONES PARA EL TRATAMIENTO POR ESPECIALISTAS DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL O DROGAS**  
 Demanda estimada = 5 por cada 1.000 personas mayores de 12 años

VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipos de salud de Atención Primaria, de otros servicios clínicos y de urgencia	Aumentar la capacidad resolutoria del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de personas con problemas de alcohol y drogas y/o familiares.	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	30	0.5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Personas referidas por dependencia de alcohol o drogas	Realizar diagnóstico Indicar o modificar tratamiento Seguimiento clínico	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación de tratamiento psicofarmacológico y farmacológico Psicoeducación (información a la persona con problemas de alcohol y/o drogas y su familia), y apoyo emocional Alta o contrarreferencia a atención primaria	Psiquiatra	80	0.5	6

VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
Continuación Consulta Psiquiátrica	Complementar diagnóstico	<p>Hemograma Glicemia Sedimento urinario Electrolitos plasmáticos VDRL y VIH Hepatitis B y C GGT Pruebas hepáticas Creatinemia Screening de drogas Electrocardiograma Tomografía Acut Computada Electroencefalograma Radiografía de tórax Radiografía de miembros o cráneo TSH Pruebas de coagulación</p>	Psiquiatra	80		1
				40		
				20		
				20		
				20		
				5		
				60		
				30		
				20		
				20		
				10		
				5		
				5		
				10		
				10		
				10		
				5		
				33		15
				10		15
				20		180
				5		180
				5		180
				5		180
				5		180
				10		3
				5		15
				20		15
				10		20
				10		20
				5		180
				2		180
				2		180
				40		3
				20		365
				5		2

VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>PSICODIAGNOSTICO</b>						
Persona con problemas de alcohol y/o drogas	Realizar diagnóstico	Aplicación de Tests Psicológicos	Psicólogo Clínico	5	2	1
<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL</b>						
Persona con problemas de alcohol y/o drogas	Modificar factores psicológicos	Sesión de psicoterapia individual con técnicas cognitivo conductuales Psicoterapia de apoyo	Psicólogo Clínico Psiquiatra	5	0.75	12
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Persona con problemas de alcohol y/o drogas	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico (cognitivo-conductual)	Psicólogo Clínico Psiquiatra	20	0.33 (6 personas en 2 horas)	48
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Persona en tratamiento y sus familiares	Reforzar adherencia al tratamiento Incentivar comportamientos de autoayuda Reforzar habilidades psicosociales	Psicoeducación (información sobre problemas de alcohol y drogas, tratamiento, prevención de recaídas), apoyo emocional, entrenamiento en habilidades e identificación de relaciones de ayuda en la familia y red social. Motivación para la participación en grupos de autoayuda de usuarios y familiares.	Psicólogo Asistente Social Enfermera Terapeuta Ocupacional Técnico en rehabilitación	20	0.25 (8 personas en 2 horas)	24



VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA PSICOLÓGICA CLÍNICA</b>						
Personas en tratamiento	Ayudo emocional Refuerzo habilidades psicosociales	Evaluación y diagnóstico psicológico Psicoeducación, apoyo emocional Entrenamiento en destrezas de comunicación, manejo de emociones y problemas, prevención de recaídas.	Psicólogo clínico	10	0.50	6
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones / grupos de autoayuda	Incentivar comportamientos de autoayuda. Refuerzo calidad de prestaciones.	Actividades grupales: de sensibilización, intercambio de información, capacitación en habilidades terapéuticas, asesoría y coordinación de redes de redes de apoyo comunitario.	Psicólogo Asistente Social Enfermera Terapeuta Ocupacional Técnico en rehabilitación	20	0.10 (20 personas en 2 horas)	6
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA</b>						
Personas en tratamiento y familiares	Refuerzo adherencia al tratamiento Refuerzo habilidades psicosociales	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación (información sobre problemas de alcohol y drogas, y su tratamiento, prevención de recaídas), apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral	Asistente Social Enfermera Terapeuta Ocupacional Técnico en rehabilitación	40	0.5	6

VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
A personas con recaídas o en remisión social en su domicilio o lugar de trabajo	<p>Evaluar condiciones psicosociales</p> <p>Motivación a tratamiento.</p> <p>Apoyar a la red social</p>	<p>Evaluación y diagnóstico social y familiar</p> <p>Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades</p> <p>Entrevista personas con problemas de alcohol y/o drogas y familiares.</p> <p>Entrevista a red de apoyo (laboral o educacional)</p>	Asistente Social Enfermera Terapeuta Ocupacional Técnic en rehabilitación	5	2	1
<b>DIA HOSPITALIZACIÓN DIURNA (O COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA)</b>						
Personas con dependencia de mayor severidad	<p>Permitir y monitorear desintoxicación.</p> <p>Contener conducta impulsiva.</p> <p>Intensificar procesos psicoterapéuticos.</p>	<p>Evaluación y diagnóstico.</p> <p>Actividades y psicoterapias individuales y grupales con pacientes y/o pacientes.</p> <p>Administración de terapias farmacológicas</p> <p>Terapias familiares.</p>	Equipo Hospital de Día o Comunidad Terapéutica	10	6 a 8 horas diarias	120
<b>DIA CAMA HOSPITALIZACIÓN CORTA ESTADIA</b>						
Personas con dependencia severa	<p>Monitorear proceso de desintoxicación.</p> <p>Contener conducta impulsiva.</p> <p>Tratar comorbilidad psiquiátrica</p>	<p>Evaluación y diagnóstico.</p> <p>Actividades y psicoterapias individuales y grupales con personas con dependencia severa y familiares</p> <p>Administración de terapias farmacológicas.</p>	Equipo Servicio Psiquiatría	5	24	30
<b>DIA CAMA COMUNIDAD TERAPEUTICA RESIDENCIAL</b>						
Personas con dependencia severa	<p>Reeducar en un nuevo estilo de vida</p> <p>Estimular y educar para la rehabilitación y reinserción social</p>	<p>Aprendizaje de vida en comunidad.</p> <p>Actividades y psicoterapias grupales.</p> <p>Terapias familiares.</p>	Equipo Comunidad Terapéutica	5	24	180

## ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

La calidad de la vida después de haber cumplido las etapas anteriores del ciclo vital es una responsabilidad ética de la máxima importancia. Existen intervenciones psicosociales efectivas para mantener la inserción social de los adultos mayores por el tiempo más prolongado posible, evitando o postergando la institucionalización.

### I. ANTECEDENTES

- Las demencias afectan a entre un 5% y un 10% de la población mayor de 65 años, y entre un 20% y un 30% de las personas mayores de 85 años. En los estudios nacionales se han encontrado cifras de más del 12% entre mayores de 65 años.
- La etiología y patogenia de la demencia es múltiple. La Organización Panamericana de la Salud señala que el 55% de ellas corresponde a la enfermedad de Alzheimer, un 15% a demencias vasculares y un 13% a causas mixtas, es decir, una asociación de lesiones degenerativas de tipo Alzheimer con lesiones vasculares.
- La demencia afecta progresivamente las capacidades intelectuales, entre las que se incluye el deterioro de la memoria, el empobrecimiento del juicio y de la conciencia de sí mismo, de la propia situación y capacidad. Afecta también la vida emocional de la persona, con labilidad emocional y/o irritabilidad, apatía, egocentrismo. Todo lo anterior determina una menor capacidad de rendimiento social y laboral en comparación con lo mostrado previamente.
- La pérdida de independencia es progresiva y paralela al deterioro cognitivo, lo que implica la necesidad imperiosa de proteger a los pacientes y asistir a las familias para el cuidado de su familiar, informarlos, disminuir sus niveles de tensión y apoyarlos emocionalmente.
- Existe evidencia de la importancia de detectar muy precozmente los cambios cognitivos y conductuales del adulto mayor que indiquen una probable demencia, con el objeto de orientar a la familia acerca de como retrasar lo más posible el avance de la enfermedad, y evitar los conflictos interpersonales que se producen cuando los síntomas iniciales son mal interpretados por la familia. Se trata de ayudarlos a mantener al paciente activo, estimulado, integrado socialmente. También, de sensibilizar a la comunidad para que disponga de medios para integrarlo en sus propias actividades, al menos por unas horas y permitir el descanso de sus familiares.
- El tratamiento de la demencia requiere de evaluación e indicaciones médicas, de intervenciones psicosociales y de una sólida alianza con el paciente y con su familia. Los equipos de atención primaria capacitados pueden asumir a la mayoría de las personas con demencia en la comunidad, con el apoyo regular de especialistas en psiquiatría y neurología y un fácil acceso a interconsulta con ellos.

## II. ATENCION PRIMARIA DE ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

### • Grupo de población a la que está dirigida

- Población mayor de 65 años consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud.
- Población mayor de 65 años consultantes a médicos en el sistema de libre elección y privado de salud.

### • Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención

Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo médico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.

### • Normativa técnica que regula la intervención

- "Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la CIE 10" (OMS, 1996).
- "Depresión, Demencia e Insomnio" Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Ministerio de Salud, 1999.

### • Forma de acceso a la atención

- Población adulta mayor que consulta por morbilidad y que presenta síntomas de deterioro cognitivo o probable demencia o éstos son detectados activamente por el médico.
- Familiares de adultos mayores con síntomas de demencia que solicitan apoyo e información a equipo de salud.
- Población adulta mayor referida a médico por otro profesional del equipo de salud quien detecta síntomas de demencia durante un control de salud del adulto mayor u otro tipo de atención.

### • Prevalencia poblacional

Por cada 1.000 personas mayores de 65 años, 100 de ellas podrían llegar a presentar la enfermedad.

### • Demanda estimada al año

Por cada 1.000 beneficiarios mayores de 65 años, se estima demandarán consulta, directa o indirectamente, 50 personas.

### • Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)

Las variables que se usan para la programación son las siguientes:

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

# PRESTACIONES DE ATENCION PRIMARIA A PERSONAS CON DEMENCIA

Demanda estimada : 50 por cada 1.000 personas mayores de 65 años

			VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Adultos mayores con síntomas de demencia	Realizar diagnóstico Identificar factores médicos condicionantes o precipitantes Indicar tratamiento	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica, si corresponde Psicoeducación (medidas de protección, información y orientación) Referencia a grupos de autoayuda Entrevista a familiar o cuidador Interconsulta a psiquiatría o neurología, si corresponde	Médico general	100	0.5	2
	Complementar el diagnóstico	Hemograma Sedimento urinario Uremia Glicemia GGT TSH VDRL VIH Acido fólico Nivel Vp B12 Urocultivo, Radiografía de tórax			25 25 25 25 1 1 1 1 5 1 1 1 1	
	Farmacoterapia	Fluoxetina Haloperidol			15 20	180 90
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Adultos mayores en Tratamiento por Demencia	Evaluar evolución de la enfermedad Reforzar adhesión al tratamiento. Reforzar medidas de seguridad y protección del paciente	Evaluación y diagnóstico psicosocial (evaluación de grado de discapacidad) Psicoeducación (información y orientación a pacientes y familiares), apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Derivación a otras instancias de protección o apoyo Referencia a grupos de autoayuda	Enfermera Asistente Social Psicólogo otro	100	0.5	2

VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Familiares o cuidadores de adultos mayores con demencia	Entregar apoyo emocional Desarrollar habilidades para el cuidado, estimulación y protección del paciente Incentivar conductas de ayuda mutua	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades: desarrollo de recursos personales, familiares, sociales Motivación para participar en redes y grupos de autoayuda Información de recursos comunitarios Apoyo en asuntos legales y económicos Referencia de familiares a programas de salud mental	Psicólogo, Enfermera Asistente Social Otro	50	0.25 (8 personas en 2 hrs)	6
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
Domicilio u hogar protegido para pacientes con demencia	Evaluar y educar en el domicilio o institución de residencia	Evaluación y diagnóstico psicosociales Psicoeducación, apoyo emocional Detección de negligencia o abuso	Asistente social	10	1.5	2
<b>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>						
Organizaciones de apoyo a pacientes con demencia	Mantener la competencia social del paciente en instancias comunitarias	Actividades grupales para la sensibilización, difusión, coordinación, planificación y desarrollo de actividades	Psicólogo, Enfermera A. Social Médico	20	0.2 (10 personas en 2 horas)	3
<b>CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental Psiquiatría ambulatoria	Aumentar la capacidad resolutoria del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud General	20	0.5	1

### III. ATENCIÓN DE LA DEMENCIA EN EL NIVEL DE ESPECIALIDAD.

#### • Grupo de población a la que está dirigida

Psiquiatría, preferentemente está dirigida a adultos mayores con demencia que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- agitación, agresividad, o psicosis resistente a tratamiento en la atención primaria;
- depresión resistente o complicada
- conducta suicida
- necesiten una evaluación para ser institucionalizados

La atención especializada en neurología está dirigida preferentemente a adultos mayores con demencia que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- evolución muy rápida de la enfermedad
- signos neurológicos focales
- signos parkinsonianos
- otros signos sospechosos de patología cerebral,

#### • Tipo(s) de establecimiento(s) en que se otorga la atención

Consultorios de especialidades, CRS, CDT, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Psiquiatría, Centros Médicos o consulta privada de especialistas, Clínicas Privadas.

#### • Normativa técnica que regula la intervención

No existe una normativa a nivel nacional. Existen guías clínicas extranjeras como "Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Alzheimer's Disease And Other Dementias Of Late Life". Supplements To The American Journal Of Psychiatry (Volumen 154, N° 5, Mayo 1997).

#### • Forma de acceso a la atención.

- Mediante consultorias entre especialista y equipo APS y/o enlace con otros servicios clínicos
- Mediante interconsulta emitida en Consultorio, Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia Primaria (SAPU), Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, consulta privada de médico no especialista en psiquiatría..
- Para atención en neurología mediante interconsulta desde médicos de consultorios de atención primaria pública y consulta privada de médicos generales, como también interconsulta desde médico psiquiatra tratante.

#### • Demanda estimada al año

El 100% de las personas que demanden atención por demencia requerirán de atención especializada alguna vez durante el curso de la enfermedad. Considerando el tiempo promedio de sobrevivida a esta enfermedad en 8 años, anualmente el 12,5% de las personas que sufren demencia requerirán atención especializada.

Por tanto, por cada 1000 beneficiarios mayores de 65 años, se referirán a especialista 6,25 personas cada año. De este 12,5% que requerirá atención especializada, un 50% requerirá de atención especializada en psiquiatría y otro 50% en neurología.

#### • Actividades / Prestaciones (Ver páginas 48 y 49)

Las variables que se usan para la programación son las siguientes:

- Técnico - Profesional
- Demanda estimada al año.
- Porcentaje promedio de personas que necesita recibir cada tipo de prestación.
- Duración promedio de cada actividad, expresada en horas, por persona atendida.
- Concentración o número promedio estimado de atenciones al año por persona en tratamiento.

**PRESTACIÓN ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**  
 Demanda estimada : 6.25 por cada 1.000 personas mayores de 65 años

		VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)				
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicios de Urgencia	Aumentar la capacidad resolutiva del equipo de salud de Atención Primaria Optimizar la coordinación	Reunión clínica y de coordinación Atención conjunta de pacientes	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	100	0.5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA / NEUROLÓGICA</b>						
Personas con Demencia	Realizar diagnóstico psiquiátrico, de comorbilidad y de la red familiar social de apoyo Iniciar tratamiento Controlar evolución clínica Complementar diagnóstico	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico y neurológico Información, apoyo y orientación a la familia Indicación tratamiento psicoterapéutico / psicosocial según diagnóstico Apoyo emocional a familiares Referencia a Equipo de Salud General Hemograma Sedimento urinario Uremia Urocultivo Glucemia G.G.T. T.S.H VIH Acido fólico VDRL Nivel Vitamina B12 Electroencefalograma T.A.C. de cerebro	Médico psiquiatra Neurólogo	100	0.5	4
				25 25 25 12 25 6 12.5 5 5 2 10 20		1
	Farmacoterapia	Hálsipéridol Trazodone Fluoxetina Sertralina Carbamazepina		30 10 20 10 10		180



VARIABLES PARA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TÉCNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>						
Personas con demencia	Realizar diagnóstico de nivel de deterioro y funciones conservadas	Test específicos orgánicos e inteligencia	Psicólogo	20	2	1
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA</b>						
Personas en tratamiento por Demencia	Modificar y/o enriquecer ambiente psicosocial. Estimular actividades y vinculaciones alternativas Prevenir desajustes como confusión, delirio, depresión	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Entrenamiento en comportamientos de autoayuda Motivación para la participación en grupos de familiares Información e instrucción a familiares y/o cuidadores	Psicólogo Terapeuta Ocupacional Enfermera Asistente Social	5	0.25 ( 8 personas en 2 hrs)	4
<b>DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN DIURNA</b>						
Personas con demencia que presentan problemas conductuales severos	Recuperar la competencia social del paciente Diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad Protección	Evaluación y diagnóstico Actividades, terapia con familiares Intervención psicosocial individual y grupal familiar Farmacoterapia	Equipo clínico	10	6	60
<b>DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN CORTA ESTADÍA</b>						
Personas con Demencia y problemas conductuales severos que superan capacidad de la familia	Protección Realizar tratamiento interativo	Evaluación y diagnóstico Actividades, terapia con familiares Intervención psicosocial individual y grupal familiar Farmacoterapia	Equipo clínico	5	24	15
<b>DÍA CAMA HOGAR PROTEGIDO</b>						
Personas con demencia severa e insuficiente apoyo familiar	Protección y entrega de cuidados básicos y tratamiento farmacológico y rehabilitación	Apoyo y protección para actividades de la vida diaria Entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y domésticas.	Equipo del hogar	5	24	365



# Capítulo 4

---

**RED DE SERVICIOS DE SALUD  
MENTAL Y PSIQUIATRÍA**



*-Cuando la angustia no se traduce  
en lágrimas, hacer llorar a otros órganos-  
H. Maudsley, 1850*

## IV. RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

### 1. CONCEPTO DE RED

Para satisfacer las crecientes y diversas necesidades de la población, se requiere una red de servicios de salud mental y psiquiatría, en la que las distintas unidades ofrecen una amplia gama de prestaciones, se coordinen entre sí para el intercambio de información, la definición dinámica de las respectivas áreas de competencia, el flujo de pacientes entre ellas, y la realización de actividades conjuntas, incluyendo tanto la promoción y protección de la salud mental, como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades.

El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes.

La red de servicios surge a partir de un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda (usuarios y familiares), los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. Los distintos componentes de la red deben articularse coherentemente de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud.

La red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general, entendiéndose que las personas con enfermedad mental requieren y deben contar con acceso expedito a todo el sistema sanitario, al igual que las personas que padecen cualquier otro tipo de enfermedad.

La existencia de una red de servicios de salud mental y psiquiatría significa que el usuario es, efectivamente, un usuario de la red, y tiene por lo tanto acceso a la diversidad de servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud - enfermedad.

La red de servicios debe asegurar que las acciones de salud mental y psiquiatría se desarrollen en un espacio territorial cercano al domicilio y que las personas puedan

acceder a cualquiera de los componentes, los cuales requieren estar articulados entre sí y en coordinación con otros sectores. En cada Servicio de Salud se deben constituir Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria a cargo de una población asignada, en un área geográfica definida. El total de la población beneficiaria debe estar adscrita a uno de estos equipos. Cada equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria deberá constituirse como centro articulador y coordinador de la red de salud mental y psiquiatría en su localidad, que asegure la continuidad de cuidados, tanto en lo sanitario como en lo social, basado en la cooperación y corresponsabilidad con los pacientes entre las distintas unidades asistenciales y comunitarias, la adecuada y oportuna transmisión de información entre los equipos tratantes y el mantenimiento de una línea de actuación coherente a lo largo de todo el proceso de salud - enfermedad.

Las redes de servicios de salud mental y psiquiatría deben dar cuenta de las necesidades de diversas poblaciones, en sus distintas etapas del ciclo vital, y considerando sus particularidades de género, a saber:

- Población general
- Personas sin percepción de sufrimiento físico o psíquico, con alto riesgo de desarrollar problemas o enfermedades de salud mental.
- Personas con percepción de sufrimiento físico o psíquico, consultante y no consultante a centros de salud general, servicios de atención de salud mental o atención psiquiátrica (ambulatoria u hospitalaria).
- Personas con enfermedades mentales que presentan problemas judiciales.

El funcionamiento adecuado de la red de servicios clínicos requiere, además, de la existencia de una gama diversa de instancias formales de participación de usuarios y familiares, tales como consejos o comités, con el objeto de asegurar el respeto de los derechos de los pacientes, la calidad de los servicios prestados, y la colaboración entre los usuarios, familiares, profesionales y técnicos.

Es fundamental el rol de las **agrupaciones de usuarios y familiares** en una red de servicios de salud mental y psiquiatría, no sólo como agentes reguladores sino también como proveedores de servicios, especialmente en el ámbito de alternativas residenciales, centros diurnos, clubes de integración social, y grupos de autoayuda.

La implementación de una red de servicios de salud mental y psiquiatría requiere que cada Servicio de Salud, a través de sus Unidades de Salud Mental, disponga de un plan estratégico de desarrollo que, atendiendo a las características demográficas, epidemiológicas, y de los dispositivos de salud disponibles, establezca las necesidades de recursos humanos, terapéuticos, financieros y de infraestructura, y un cronograma para la puesta en marcha de sus componentes prioritarios.

## 2. NORMA TÉCNICA PARA LA ORGANIZACIÓN DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Considerando la necesidad de favorecer el desarrollo de redes de servicios de salud mental y psiquiatría en el país, y que la creación reciente de nuevos dispositivos para satisfacer las necesidades de la población y de nuevas formas de coordinar y organizar los distintos componentes de la red requería un reconocimiento legal, el Ministerio de Salud, a través de la Resolución Exenta N° 802 del 9 de abril de 1999, aprobó la "Norma Técnica N°35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría", la cual se transcribe a continuación:

"El desarrollo de un sistema de servicios de salud mental, en una red adecuadamente coordinada, tiene por objetivo responder a las necesidades de fomento y promoción de salud mental de las personas y de la población, así como de otorgar atención oportuna y adecuada a los usuarios afectados por problemas de salud mental y enfermedades mentales, mediante actividades de mayor costo efectividad, mayor facilidad y equidad en el acceso a servicios, disminución de la utilización innecesaria de ellos y mayor satisfacción del usuario.

1. Con el fin de responder a las necesidades de salud mental de las personas, los Servicios de Salud deberán constituir y desarrollar formalmente una red de servicios de salud mental y psiquiatría en su territorio.

Esta red debe dar forma a un modelo de atención comunitario, en el que un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, abordará en forma coordinada e integrada, los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población existentes en un área geográfica determinada.

Dentro de esta red, sus componentes se relacionarán en forma sistémica y todos y cada uno, desde su especificidad, abordarán acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

2. Para el buen funcionamiento de la red de servicios se requiere que cada Servicio de Salud disponga de un plan estratégico de Salud Mental sobre las bases de las siguientes premisas:

- La planificación y programación de las actividades en salud mental y psiquiatría en cada Servicio de Salud serán definidas y priorizadas de acuerdo al diagnóstico epidemiológico de la población correspondiente a dicho Servicio.
- Los planes y programas comprenderán todo el espectro de acciones del eje salud-enfermedad, a saber, actividades para la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria (rehabilitación) de las personas afectadas por enfermedades mentales.
- Para el cuidado de la salud mental a nivel personal y/o grupal y, especialmente durante el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades mentales, se incentivará la participación familiar y comunitaria.
- La red definirá las acciones clínicas y administrativas necesarias para garanti-

zar el derecho de cada usuario de recibir una atención oportuna y de alta calidad en cualquier componente de su organización y en cualquier momento de la evolución de su enfermedad.

- La red compatibilizará el uso de los recursos con criterios de costo-efectividad para la resolución de problemas de las personas.
- Para el logro de sus objetivos se coordinará con otros sectores públicos y privados.
- La planificación y programación de las actividades se hará de acuerdo a los recursos disponibles y las prioridades definidas.

3. La red de servicios de salud mental y psiquiatría entregará al menos las siguientes prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación<sup>1</sup>:

Nivel	Prestaciones
PROMOCION	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación y apoyo técnico a agentes de salud mental</li> <li>2. Sensibilización, información y educación indirecta</li> <li>3. Sensibilización, información y educación directa</li> <li>4. Reuniones intra e intersectoriales</li> </ol>
PREVENION	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación y apoyo técnico a agentes de salud mental</li> <li>2. Sensibilización, información y educación indirecta</li> <li>3. Sensibilización, información y educación directa</li> <li>4. Reuniones intra e intersectoriales</li> <li>5. Reconocimiento temprano de condiciones riesgosas</li> <li>6. Talleres de aprendizaje de habilidades</li> </ol>
TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta de Salud Mental</li> <li>2. Consulta Psiquiátrica</li> <li>3. Consulta Psicológica</li> <li>4. Intervención psicosocial de grupo</li> <li>5. Consejería individual</li> <li>6. Consejería familiar</li> <li>7. Visita Domiciliaria</li> <li>8. Psicometría</li> <li>9. Psicoterapia</li> <li>10. Atención telefónica</li> <li>11. Educación sobre enfermedades psiquiátricas</li> <li>12. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales</li> <li>13. Consulta de urgencia de salud mental y psiquiatría</li> <li>14. Traslado en ambulancia</li> <li>15. Actividad de enlace</li> <li>16. Hospitalización Parcial</li> <li>17. Hospitalización en Servicios de Medicina</li> <li>18. Hospitalización en Servicios Psiquiatría</li> <li>19. Peritaje psiquiátrico</li> </ol>
REHABILITACION	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta Psiquiátrica</li> <li>2. Consulta Psicológica</li> <li>3. Sesión de Rehabilitación</li> <li>4. Sesiones con grupos de autoayuda</li> <li>5. Visita Domiciliaria</li> <li>6. Internación en Hogar Protegido</li> <li>7. Hospitalización Parcial</li> <li>8. Internación en Servicios de Rehabilitación (Mediana Estadía)</li> <li>9. Apoyo a la Utilización de Red de Rehabilitación</li> </ol>

<sup>1</sup> Todas estas prestaciones están consideradas en el Programa de Salud Mental y Psiquiatría.



4. La red de servicios de salud mental y psiquiatría se incorporará a la estructura de la red de atención de salud general, tanto como un componente funcional de dicha estructura, como con sus componentes estructurales propios; en la modalidad que cada Servicio de Salud defina.
5. En los siguientes establecimientos de salud se entregarán prestaciones de salud mental y psiquiatría, como parte de sus actividades habituales y de acuerdo a sus priorizaciones locales. Por lo tanto, estos establecimientos formarán parte de la red de servicios de salud mental y psiquiatría
  - Posta Rural
  - Consultorio Rural
  - Consultorio General Urbano
  - Servicio de Atención Primaria de Urgencia
  - Hospital General tipo 3 o 4
  - Servicio de Urgencia
6. La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá, además, como mínimo, los siguientes componentes estructurales específicos de salud mental y psiquiatría:
  - Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), para áreas con población de alrededor de 50.000 habitantes.
  - Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria, ubicada en un Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) u Hospital General tipo 1 ó 2.
  - Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía (hospitalización no superior a 60 días), ubicado en un Hospital General tipo 1 ó 2.
  - Hospital de Día, adosado y con dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría.
7. Adicionalmente, cada Servicio de Salud requiere que sus usuarios puedan acceder, en caso necesario, a un Servicio de Mediana Estadía (internación de 2 a 12 meses) para efectuar actividades terapéuticas y de rehabilitación.
8. No se crearán nuevos Hospitales Psiquiátricos a partir de la fecha de la Resolución Exenta que oficializa las presentes Normas. Los cuatro Hospitales Psiquiátricos existentes en el país formarán parte de la red de servicios de salud mental y psiquiatría de sus respectivos Servicios de Salud, diferenciando al menos las siguientes unidades funcionales como parte de dicha red:
  - Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria
  - Servicio Clínico de Psiquiatría
  - Hospital de Día
  - Unidad de Urgencia Psiquiátrica
  - Servicio de Mediana Estadía
9. Junto con los establecimientos enumerados en los puntos 4 a 7 precedentes, la red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá institu-

ciones de rehabilitación como las que se señalan a continuación, las cuales formarán parte de dicha red:

- Hogar Protegido (para pacientes con discapacidad de causa psíquica)
- Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial (para pacientes con discapacidad de causa psíquica)
- Comunidad Terapéutica (para pacientes con adicción severa a alcohol o drogas)
- Grupos de Autoayuda
- Agrupaciones de Familiares
- Taller Protegido

10. La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá además otras instituciones que realicen en su territorio actividades de promoción, prevención, tratamiento y/o rehabilitación en salud mental y psiquiatría. Al menos se debieran considerar las siguientes:

- Clínica Psiquiátrica
- Club de Integración Social
- Centro Educativo y Terapéutico
- Centro de rehabilitación Laboral
- Empresa con puestos de trabajo protegidos
- Organizaciones sociales y comunitarias

11. Cada Servicio de Salud para su red de servicios de salud mental y psiquiatría definirá sus componentes y distribución de funciones, de acuerdo a sus prioridades y recursos, para ello debe considerar los siguientes lineamientos:

- Como mínimo, el 30% de las actividades deberán ser de promoción de salud mental y/o prevención de problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas.
- El énfasis de la atención de problemas de salud mental o enfermedades psiquiátricas estará en el nivel primario de atención, resolviéndose éstos en forma ambulatoria.
- El tratamiento psiquiátrico especializado se realizará preferentemente en forma ambulatoria.
- El número de plazas de Hospital Diurno será al menos 4 veces el número de camas del Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía.
- El número de camas del Servicio de Mediana Estadía será inferior al número de camas del Servicio Clínico de Psiquiatría.
- El número de plazas de Hogar Protegido y de Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial será al menos el doble del número de camas del Servicio de Rehabilitación.

12. Para la adecuada regulación y retroalimentación de la red deberá implementarse un sistema integrado de registro de prestaciones, actividades, de referencia y contrareferencia; esto permitirá mantener actualizada la información del funcionamiento de esta red y corregir las deficiencias.

13. Las prestaciones y exigencias de personal mínimas que se definen en el Párrafo 5

letra A) del Anexo de esta Norma General Técnica, no serán exigibles respecto de los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud en tanto que el financiamiento del mayor gasto que ello irroque no sea incorporado al aporte a que se refiere el artículo 49 de la ley N° 19.378 Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal.

14. La creación de nuevas Unidades de atención psiquiátrica en la estructura de los Establecimientos de los Servicios de Salud que se consulta en el Párrafo 5 Letra A, N° 10, 11 y 12 del Anexo, deberá hacerse con arreglo a las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud fijado en el decreto supremo N° 42 de 1986 del Ministerio de Salud, sea constituyendo equipos de trabajo que se incorporarán a la estructura orgánica de los mismos, sea organizando el trabajo de atención psiquiátrica en los términos dispuestos en los artículos 93 a 124 inclusive de dicho Reglamento.
15. La red de servicios de salud mental y psiquiatría incluirá un Sistema Nacional de Psiquiatría Forense que realizará la atención oportuna a las personas sobreesidas o absueltas a causa de una enfermedad mental. Para esta población se otorgarán las prestaciones de tratamiento y/o rehabilitación descritas en el anexo de esta Norma Técnica, las que se impartirán en los dispositivos regulares de la red para las personas que no representen peligrosidad, a la vez que se crearán otros para las personas con algún grado de peligrosidad, lo que tendrá un aporte financiero extraordinario para su implementación.

El Sistema de Psiquiatría Forense debiera contar al menos con los siguientes dispositivos:

- Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad de Referencia Nacional.
- Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana Complejidad de Referencia Regional.
- Hogares y Residencias Protegidos en cada Servicio de Salud.
- Programa de Psiquiatría Forense Ambulatorio en la Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría de los Servicios de Salud del país.

### 3. DESARROLLO ESTRATEGICO DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Se describen a continuación, por nivel de resolución y cobertura poblacional, los componentes de la red de servicios de salud mental y psiquiatría que han sido priorizados para el país en su etapa inicial de desarrollo, los que podrán tener una expresión flexible en cada Servicio de Salud de acuerdo al diagnóstico epidemiológico, a las necesidades expresadas localmente por la población y a sus características socioculturales.

#### A.- NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCION (Barrio – Comuna)

Todos los establecimientos correspondientes a este nivel deben realizar tanto promoción y prevención en salud mental, como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación

y derivación de enfermedades mentales, de acuerdo a su capacidad de resolución. Las principales estrategias para este nivel son:

1. **Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría:** Se implementará en todos los establecimientos: Postas Rurales, Consultorios Rurales y Generales Urbanos, Centros de Salud Familiar y Hospitales tipo 3 y 4. En cada uno de ellos se debe nombrar oficialmente a un profesional como Jefe de Programa de Salud Mental y Psiquiatría y programar las horas de técnicos y profesionales necesarias.
2. **Consultoría de Salud Mental:** El objetivo de esta actividad es que el equipo de salud general reciba información y adquiera habilidades para realizar las acciones del Programa, mejorando y manteniendo su capacidad resolutoria. Consiste en actividades conjuntas e interactivas con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, tales como reuniones clínico - técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una sesión al mes por equipo de salud general o establecimiento.
3. **Psicólogos en los Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos:** En todos estos establecimientos debe trabajar al menos un psicólogo a jornada completa (44 horas/semana). Las funciones de este profesional son realizar las actividades correspondientes que se señalan en el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y capacitar y asesorar a los técnicos y profesionales del establecimiento en las intervenciones psicosociales necesarias para el cumplimiento del programa.

## **B.- NIVEL SECUNDARIO DE RESOLUCION (Comuna – Provincia)**

1. **Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria:** Estos equipos, conformados por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y monitor son los coordinadores y articuladores de la red de Salud Mental y Psiquiatría. Son responsables de una área territorial y de una determinada población beneficiaria, debiendo ejercer, además de la labor asistencial directa, funciones de capacitación y asesoría hacia los dispositivos del nivel primario, a la comunidad organizada y establecer vínculos intersectoriales. Además, son los responsables de definir e implementar un flujograma de atención del paciente, (referencia y contrareferencia) que asegure el cumplimiento de los principios de universalidad, accesibilidad, equidad, y continuidad de la atención de los beneficiarios. Finalmente, son responsables de evaluar y monitorizar en forma sistemática el funcionamiento y estado de la red.

**Estándar Nacional de Referencia:** Un equipo, con cargos 44 horas, por cada 40.000 beneficiarios niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Este equipo debe estar inserto en el establecimiento de salud más cercano al lugar de residencia de las personas beneficiarias, de modo de facilitar el acceso a la atención, el trabajo comunitario con organizaciones sociales (en especial con usuarios y familiares), la rehabilitación y reinserción social, y el trabajo intersectorial a

nivel de la comuna. Los siguientes establecimientos pueden ser considerados como centros base o de operación de estos equipos:

Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM)  
 Consultorio de Referencia en Salud (CRS)  
 Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)  
 Hospital General tipo 1, 2 y 3  
 Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)  
 Hospital Psiquiátrico

Por su importancia para el funcionamiento de la red, el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria se describe más detalladamente en el último punto de este capítulo.

2. **Centros de Salud Mental Familiar (COSAM):** Los COSAM deben estar dotados de los recursos técnicos y profesionales necesarios para actuar como equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, realizando todas las actividades del nivel secundario (a excepción de la internación), incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto con acciones directas con las personas como a través de consultorías de salud mental a los equipos de atención primaria.

**Equipos de Psiquiatría de Niños y Adolescentes,** conformados por al menos un psiquiatra infantil y otros profesionales con especialización en niños y adolescentes. La mayoría de los problemas y enfermedades mentales de niños y adolescentes se resuelven en el nivel primario y por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria. Solo se derivan a los equipos de psiquiatría de niños y adolescentes los casos más severos, resistentes al tratamiento o con comorbilidad. Cada equipo de psiquiatría de niños y adolescentes debe apoyar el trabajo y recibir referencias de 2 o más equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 psiquiatra infantil por cada 40.000 niños y adolescentes beneficiarios.

3. **Hospital de Día:** como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo, y como post alta para acortar el tiempo de la internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 plaza por cada 2.500 a 3.500 adultos beneficiarios

4. **Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía:** para el manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros Servicios Clínicos. Reciben pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y de otros servicios clínicos del hospital general.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 cama por cada 5.000 a 7.000 adultos beneficiarios.

Todos los Hospitales tipo 1 del país deben contar con estos Servicios de Psiquiatría.

5. **Servicio de Urgencia:** todos los Servicios de Urgencia Generales deben alcanzar una mayor capacidad para la detección de problemas de salud mental, el manejo farmacológico agudo, la intervención en crisis y la derivación. Los Servicios de Urgencia de los Hospitales tipo 1 requieren de al menos 8 horas al día de psiquiatras (de preferencia con sistema de turnos, cubriendo las 24 horas).
6. **Hogares Protegidos:** con componentes flexibles y diversificados según necesidades de las personas con enfermedad mental, tanto para corta estadía (crisis, transición post internación, etc.) como para larga estadía. Recibe los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 plaza por cada 2.083 adultos beneficiarios.

7. **Agrupaciones de Usuarios y Familiares:** deben contar con apoyo técnico y financiero, favoreciendo el desarrollo organizacional, terapéutico y rehabilitatorio de estas agrupaciones. En una primera etapa se prioriza su participación en grupos de autoayuda para alcoholismo y drogadicción, y en clubes de integración social, centros de rehabilitación y hogares protegidos para personas con discapacidad psíquica severa.
8. **Comunidades Terapéuticas:** para personas con dependencia severa a alcohol y drogas, con internación total (24 horas) o en forma ambulatoria (tipo hospital de día), durante varios meses. Los Servicios de Salud deben disponer de fondos para la compra de servicios a las instituciones que están acreditadas para proveerlos. Los pacientes son referidos por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

### C. NIVEL TERCIARIO DE RESOLUCION (Provincia – Región)

Es imprescindible establecer mecanismos de articulación entre los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria y los equipos de las distintas sub especialidades del nivel terciario - Adicciones, Mediana Estadía, Psiquiatría Infantil y Adolescente (Hospitalización, cerrada y diurna), Represión Política (PRAIS) y Psiquiatría Forense - con el fin de mejorar la resolutiveidad en este nivel y evitar referencias innecesarias a sub especialistas. Esta articulación se puede lograr a través de reuniones clínicas conjuntas y consultorías periódicas del nivel terciario al secundario.

Considerando la alta prevalencia de las enfermedades mentales en Chile, es necesario resolver la mayoría de los casos en los niveles primario y secundario, reservando así la capacidad de los dispositivos del nivel terciario para los episodios de enfermedades resistentes al tratamiento, devolviendo el paciente a los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria tan pronto cuando su patología sea manejable a ese nivel.

A continuación se enumeran los componentes del nivel terciario de mayor prioridad para cubrir las necesidades de la población chilena en el año 2.000, los cuales recibi-

rán pacientes por derivación de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria de dos o más Servicios de Salud.

1. **Hospital de Día para Niños y Adolescentes.** Con fines de observación diagnóstica, contención de conductas de riesgo físico, y tratamientos intensivos farmacológicos y psicosociales.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 plaza por cada 5.000 a 7.000 niños y adolescentes.

2. **Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para Adolescentes:** para personas entre 10 y 19 años (los niños menores con cuadros agudos deben ser atendidos en hospital de día u hospitalizados en Servicios de Pediatría con apoyo de psiquiatría de enlace), en los Hospitales Pediátricos o anexo a un Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 cama por cada 10.000 a 14.000 personas entre 10 y 19 años.

3. **Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía:** para pacientes con patología de alta complejidad, resistentes a tratamientos, o con complicaciones físicas o psicológicas severas, que requieren de un período mayor a 2 meses de hospitalización (máximo tiempo de hospitalización de 12 meses). Estos servicios requieren de una dotación apropiada de recursos profesionales, técnicos, farmacológicos, de rehabilitación y de procedimientos especiales.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 cama por cada 25.000 personas mayores de 19 años.

4. **Unidad de Adicciones Ambulatoria:** para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica (patología dual) que presentan una red social con capacidad de apoyo y contención. Tratamientos farmacológicos y psicosociales, con permanencia de 4 a 8 horas diarias, de lunes a viernes (similar a hospital de día), por alrededor de 6 meses.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 plaza por cada 16.000 personas mayores de 15 años.

5. **Unidad de Adicciones con Hospitalización:** para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica (patología dual) que presentan una red social disfuncional, o que no son capaces de desintoxicación ambulatoria.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 plaza por cada 50.000 personas mayores de 15 años.

6. **Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Represión Política 1973-1990 (PRAIS):** orientado a víctimas y familiares de secuestro, ejecución, tortura, detención, enfrentamiento, amedrentamiento, persecución, exilio y exoneración política. Atención ambulatoria a cargo de equipos multidisciplinarios (médico general, psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera y terapeuta ocupacional) con especialización específica en este tema, con el apoyo de los distintos dispositivos de la red general de salud y salud mental y psiquiatría.

Estándar Nacional de Referencia: 1 equipo de acogida (al menos 2 profesionales a tiempo parcial) por cada Servicio de Salud y 1 equipo de tratamiento por cada 5.000 a 7.000 beneficiarios.

7. **Unidades de Psiquiatría Forense:** Servicios de Psiquiatría con medidas de protección especial (equipo técnico y planta arquitectónica) para la hospitalización de personas que han cometido delitos graves (Justicia Criminal) y que han sido sobreadmitidos a causa de una enfermedad mental. Su objetivo es el tratamiento integral, la rehabilitación psicosocial y la reinserción en la comunidad. Se requieren al menos dos niveles para responder a las necesidades de estas personas - en cuanto a la patología psiquiátrica y la peligrosidad contra sí mismos y terceros - Mediana Complejidad y Alta Complejidad. El cumplimiento de los objetivos de estas unidades requiere de su coordinación con las redes generales de salud mental y psiquiatría, de modo de facilitar el flujo progresivo de estas personas desde ellas a Servicios de Psiquiatría Generales, Hospitales de Día, Hogares Protegidos, Centros de Rehabilitación, Programas de Seguimiento Ambulatorio y Reinserción Social y Laboral.

**Estándar Nacional de Referencia:** 1 Unidad de Alta Complejidad (20 camas) y 3 Unidades de Mediana Complejidad (90 camas) para el país.

Los cuatro **Hospitales Psiquiátricos** existentes se integran al desarrollo estratégico de esta red de servicios de salud mental y psiquiatría, contribuyendo tanto en el nivel secundario como terciario de resolución:

- En el nivel secundario, el objetivo de estos hospitales es responder a las necesidades de la población beneficiaria de sus respectivos Servicios de Salud formando equipos de salud mental y psiquiatría ambulatorios, hospital de día, y hogares protegidos, además de proveer las camas requeridas en servicios de psiquiatría de corta estadía.
- En el nivel terciario, pueden proveer a varios Servicios de Salud con camas en servicios de psiquiatría de mediana estadía, en unidades de adicción ambulatorias y con hospitalización, y en unidades de psiquiatría forense.
- En cuanto a la población actualmente internada en sus servicios de crónicos (alrededor de 1.700 personas), se continuará el proceso gradual de externalización a dispositivos comunitarios que les den la posibilidad de una mejor calidad de vida - hogares protegidos, residencias para personas con retardo mental, hogares para personas con demencia, centros de larga estadía para pacientes con discapacidad neurológica severa, etc. - y de mejoría de condiciones de vida y expresión más plena de derechos para los pacientes que permanezcan hospitalizados debido a la severidad de su discapacidad.

#### 4. SOPORTE ORGANIZACIONAL

La implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y por ende, la realización oportuna y efectiva de las actividades y prestaciones del Programa requie-



re la participación de distintas instancias de responsabilidad para gestión de la red de servicios, programar sus actividades, disponer de orientaciones y normas técnicas para realizarlas con la mayor calidad posible, y evaluar en forma sistemática su trabajo así como el acceso de las personas a la atención.

En cada una de estas instancias de responsabilidad debe asegurarse la participación activa de los usuarios, pacientes y familiares.

#### 1. Responsabilidades de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud:

- Difusión, sensibilización y gestión pública para el financiamiento e implementación del Plan a nivel nacional.
- Propuesta, difusión y gestión de acciones y financiamiento intersectorial para la promoción de la salud mental y para la prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con enfermedades mentales.
- Actividades regulares conjuntas con representaciones nacionales de Organizaciones de Usuarios y Familiares, Parlamentarios, Universidades, Colegios Profesionales y Sociedades Científicas para entrega de información y motivar y facilitar su participación activa en la implementación y continuidad del Plan.
- Realización de experiencias de demostración, localizando recursos en algunos Servicios de Salud, con asesoría y evaluación sistemática de su desarrollo para introducir modificaciones y ajustes, elaborar estrategias para su replicación y definir instrumentos de registro, acreditación y monitoreo.
- Actividades para lograr el apoyo técnico, la capacitación de recursos humanos, la evaluación, y la investigación que el Plan requiere, así como su difusión internacional como experiencia.
- Incorporación de las necesidades de infraestructura de la red de servicios y psiquiatría a los planes de inversión del Ministerio de Salud.
- Elaboración de perfiles de competencias de profesionales y técnicos en salud mental y psiquiatría para el desarrollo de recursos humanos y aumento de los cargos y recursos financieros para ellos en los Servicios de Salud.
- Desarrollo de procedimientos de acreditación para dispositivos de Salud Mental y Psiquiatría.
- Distribución de Orientaciones y Normas Técnicas y Administrativas actualizadas, y de material de apoyo para usuarios, familiares y redes de servicios.
- Diseño de prestaciones y asesoría a FONASA, Seguros de Salud y Mutuales de Seguridad para su incorporación *progresiva a los planes preventivos y curativos*.
- Incorporación del registro de las personas atendidas en el programa a los sistemas de recolección y análisis de la información en el sector.

2. A nivel regional (SEREMIS) y de cada uno de los Servicios de Salud, los Asesores de Salud Mental y las Unidades de Salud Mental, son responsables de:
  - La elaboración de un plan para el desarrollo progresivo de una red a nivel regional, de servicios de salud y comunales, con capacidad suficiente para responder a las necesidades de la población beneficiaria, incorporando a los actores locales: usuarios y familiares, universidades, sociedades científicas, otros servicios públicos, O.N.G., organizaciones sociales, privados.
  - Propuesta de expansión de recursos para dicho plan y su gestión.
  - Participación activa en la coordinación de los servicios clínicos y la atención primaria para la programación anual y evaluación de las acciones.
  - Adaptación y distribución de orientaciones, normas, y material de apoyo y asesoría.
  - Acreditación de los servicios clínicos, públicos y privados, en conjunto con unidades de profesiones médicas de los Servicios de Salud.
  - Evaluación de la calidad e impacto y grado de satisfacción de los usuarios respecto a las acciones.
  - Conocimiento actualizado de las necesidades, expectativas y propuestas de la población beneficiaria.
  - Organización de reuniones periódicas (consejos técnicos) de representantes de todos los componentes de la red de salud mental y psiquiatría, incluyendo las organizaciones de usuarios y familiares, del Servicio de Salud respectivo, o de una zona poblacional de este.
  
3. En los Consultorios Urbanos y Rurales y Centros de Salud Familiar, debe designarse un Jefe de Programa de Salud Mental del establecimiento, el que es responsable de:
  - Coordinación regular con todos los miembros del equipo de salud general para estimular la detección de problemas de salud mental en controles de salud y consultas de morbilidad y para asegurar el acceso a intervenciones de salud mental de las personas detectadas.
  - Definición y actualización del flujograma y los procedimientos de referencia y contrareferencia de personas y mantener contactos personales con el equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria del sector.
  - Mantención de un catastro actualizado de las organizaciones de usuarios y familiares, y de apoyo y autoayuda que existan para las personas que se atienden en el establecimiento.

- Coordinación con otros Consultorios de Atención Primaria, instancias de otros sectores, y organizaciones de usuarios y familiares para la programación anual de las acciones de salud mental.
- Coordinación para la realización regular de las Consultorías de Salud Mental con el equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.
- Distribución de orientaciones, normas, y material de apoyo a los profesionales y técnicos del establecimiento y conocimiento de sus necesidades de capacitación.
- Implementación de los registros específicos, de preferencia semestrales o por periodos de tiempo limitados, que sean necesarios para el monitoreo de las acciones del programa de Salud Mental.
- Conocimiento actualizado de las necesidades, expectativas y propuestas de la población beneficiaria

4. En los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, debe designarse un Jefe de Equipo, el que es responsable de:

- Coordinación regular entre todos los miembros del equipo de salud mental y psiquiatría ambulatorio para distribuir las responsabilidades y para asegurar la accesibilidad, calidad y continuidad de las intervenciones efectuadas.
- Definición y actualización del flujograma y los procedimientos de referencia y contrareferencia de personas con los Consultorios Urbanos y Rurales y Centros de Salud Familiar de su responsabilidad, y con los otros componentes de la red de servicios de salud mental y psiquiatría del Servicio de Salud y de referencia regional.
- Mantención de un catastro actualizado de organizaciones de usuarios y familiares, y de apoyo y autoayuda que existan para las personas que son atendidas por el equipo.
- Coordinación con otros equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, instancias de otros sectores, y organizaciones de usuarios y familiares para la programación anual de las acciones de salud mental.
- Coordinación para realizar regularmente las consultorías de Salud Mental con los Consultorios Urbanos y Rurales y Centros de Salud Familiar de su responsabilidad.
- Distribución de orientaciones, normas, y material de apoyo a los profesionales y técnicos del equipo y conocimiento actualizado de sus necesidades de capacitación.
- Implementación de los registros que sean necesarios para el monitoreo de las acciones del Programa de Salud Mental y Psiquiatría.

- Conocimiento actualizado de las necesidades, expectativas y propuestas de la población beneficiaria

## 5. EQUIPO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA AMBULATORIA: HUMANIZANDO LAS ACCIONES DE LA RED

Para responder efectivamente a las necesidades y garantizar los valores de un modelo de acción dirigido al desarrollo humano, con acceso universal, oportuno y continuo, de alta calidad, y con participación activa del paciente y sus familiares, no basta con disponer de un conjunto de dispositivos organizados en una red de servicios ni de una serie de actividades ordenadas en un programa.

Se requiere, además, de equipos de profesionales y técnicos altamente motivados, competentes técnicamente y comprometidos con la salud mental de las personas y comunidades. Los cuales tienen responsabilidades directas en el cuidado de las personas con enfermedades mentales de mayor severidad, tanto en el establecimiento en el que trabajan como siguiendo y apoyándolos a través de su paso por otros dispositivos de la red. Además, estos equipos tienen responsabilidad indirecta en la promoción y protección de la salud mental y el tratamiento de las enfermedades mentales de menor severidad a través de la consultoría y enlace con equipos de salud general del nivel primario.

Las principales características de estos equipos son:

- **Multidisciplinaridad:** La conformación de estos equipos con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, auxiliares y monitores expresa y permite abordar la complejidad biopsicosocial de la salud mental de las personas desde diferentes perspectivas y disponer de una amplia gama de habilidades y formas de intervención.
- **Trabajo en equipo:** La horizontalidad de las relaciones entre los miembros del equipo y el aporte de los saberes y destrezas de cada profesión y de cada miembro, permite alcanzar diagnósticos y diseñar planes de acción integrales sobre la salud y la enfermedad mental de individuos y comunidades, realizando las acciones, tanto a través de los miembros del equipo con mayores capacidades para su ejecución, como a través de aquellos que tienen un conocimiento más profundo y mayor proximidad cultural con la persona o comunidad a la cual están destinadas dichas acciones.
- **Sectorialización:** Para que cada equipo sea responsable de la salud mental de una población beneficiaria determinada, es necesario dividir la población total de un Servicio de Salud entre los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria disponibles. Para este efecto, la manera más simple sería distribuir los Consultorios de Atención Primaria, incluyendo los Centros de Salud Familiar y las Postas Rurales, con sus poblaciones inscritas, entre los equipos, de modo que las poblaciones sean similares y de acuerdo a la ubicación geográfica del dispositivo base de cada equi-

po. Debe tomarse como referencia el estándar nacional de un equipo con 44 horas/semana de cada profesión por cada 40.000 personas de todas las edades, aunque la gran diversidad de realidades locales significara, en definitiva, también una amplia gama en el tamaño de los equipos.

- **Integralidad de las acciones:** Los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatorios se hacen cargo desde la promoción y prevención en salud mental hasta el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales. En conjunto con los equipos de atención primaria y las organizaciones comunitarias deben disponer de un diagnóstico global de los principales problemas de salud mental de su población y de los factores de riesgo y protectores, que se exprese en un programa para abordarlos en forma sistemática y costo efectiva.
- **Continuidad del cuidado:** Es particularmente relevante en el caso de las personas con enfermedades mentales severas y de larga evolución, las que generalmente presentan algún grado de discapacidad psicosocial. Estas personas requieren establecer un vínculo personal y terapéutico profundo con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, y en especial con uno de sus miembros, identificado como su principal agente terapéutico y de rehabilitación, el que lo apoya en el uso de los distintos dispositivos de la red de salud mental y psiquiatría, y motiva su adhesión al tratamiento.
- **Articulación con Atención Primaria:** Una de las prestaciones de mayor efectividad - según estudios nacionales y de otros países - es la Consultoría de Salud Mental entre los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria y los equipos de salud general de atención primaria. Esta tiene por objeto que estos últimos refuercen su capacidad de resolución y se definan mecanismos de referencia y contrarreferencia. Se desarrolla habitualmente como una reunión de media jornada laboral, con una frecuencia mensual para cada establecimiento de atención primaria, en la que se atienden pacientes en conjunto y se realizan reuniones clínicas y administrativas, aunque las modalidades son flexibles y dependen de la situación local de los problemas de salud mental y la cantidad y tipo de recursos disponibles. Además de la reunión de consultoría mensual, se requiere estimular y facilitar la relación continua y fluida entre ambos equipos, a través de teléfono, fax u otros medios.
- **Protagonismo de usuarios y familiares:** La experiencia chilena e internacional demuestra que los grupos de usuarios y familiares pueden realizar muchas actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con iguales o mejores resultados que los técnicos. Por ello, los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria deben estimular y facilitar su protagonismo, desde la participación de los pacientes como sujetos activos en sus propios tratamientos y su incorporación a grupos de autoayuda en la práctica clínica habitual, hasta el apoyo para el desarrollo organizacional de agrupaciones formales y la participación de representantes de ellas en las reuniones de planificación y gestión.
- **Relación con otros sectores:** La intervención sobre los múltiples factores que influyen en la salud mental de la población a su cargo requiere que los equipos mantengan una relación formal e informal, periódica y continua, con los diferentes

sectores (educación, trabajo, justicia, municipalidad, etc.) en los que están insertos sus pacientes, familias y comunidades.

- **Desarrollo profesional continuo:** Los esfuerzos por mejorar permanentemente la calidad de los profesionales y técnicos que conforman los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria – base de una mayor efectividad de la calidad y efectividad de las acciones de la red de servicios – requieren el reconocimiento programático del tiempo para reuniones clínicas y bibliográficas semanales y la asistencia regular a actividades formativas intermitentes (congresos, talleres, seminarios) y continuas (programas de formación en sub-especialidades).

**Incentivos:** Los profesionales y técnicos que conforman los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, por la responsabilidad, compromiso requerido y las exigencias particulares del desempeño de sus funciones son merecedores de incentivos económicos (sueldos superiores a los profesionales y técnicos de hospitales) y las mejores condiciones laborales en cuanto a estabilidad funcionaria, clima organizacional, equipamiento de lugares de trabajo, medios diagnósticos y terapéuticos actualizados, y desarrollo personal y profesional.

<sup>1</sup> Todas estas prestaciones están consideradas en el Programa de Salud Mental y Psiquiatría.

**PLAN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA: CHILE 2000**  
**RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**



**POBLACION INSCRITA**      **ORGANIZACIONES COMUNITARIAS**

■ Nivel Provincia      ■ Nivel Comuna      ■ Nivel Región





# Capítulo 5

---

## AGRUPACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES



*«La intervención pública suele ocurrir sólo cuando la familia se ha quebrado bajo el peso de la contradicción entre la enormidad de sus responsabilidades sociales y la precariedad de sus recursos privados...»*

*Desarrollo Humano en Chile. 1988  
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.*

## V. AGRUPACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES

### 1. ANTECEDENTES

Las agrupaciones de usuarios y familiares se desarrollan en el mundo desde mediados del siglo XX, primeramente en Norteamérica y Europa, y se extienden con posterioridad a la mayoría de los países, con un crecimiento progresivo que les ha permitido ser protagonistas cada vez más trascendentales de los programas y servicios de salud mental y psiquiatría. Focalizadas inicialmente en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedad mental, han ido ocupando cada vez mayores espacios en la prevención y promoción, contribuyendo a la modificación de factores de riesgo y al reforzamiento de factores protectores.

Estas agrupaciones, en un comienzo, se orientaron principalmente a la entrega de ayuda mutua entre sus miembros, basadas en el principio de que las personas que comparten un mismo tipo de problemas, enfermedades o discapacidades tienen algo que ofrecerse entre sí que no puede ser provisto por los profesionales de salud. La ayuda se expresa preferentemente en la forma de apoyo emocional y social, intercambio de información y experiencias, y aprendizaje en conjunto de habilidades. Gradualmente se ha reconocido los enormes beneficios que aportan a sus miembros, sus familias y la sociedad en general. Estos beneficios alcanzan una mayor importancia si se considera el bajo costo que el funcionamiento de estos grupos implica.

En los últimos 20 años, favorecido con el proceso de desinstitutionalización, de toma de conciencia de los derechos humanos y de aumento de los cuidados de pacientes severos y/o discapacitados en la comunidad, han surgido nuevas agrupaciones de usuarios y familiares con objetivos diferentes a la autoayuda, y los antiguos grupos, en mayor o menor grado, han también incorporado nuevas tareas, más allá de sus objetivos originales. La defensa de los derechos de los pacientes, la movilización social por más y mejores servicios, la educación de la comunidad, la organización para proveer servicios, son algunos de los desafíos que en forma creciente ocupan el quehacer de estas agrupaciones.

### 2. AGRUPACIONES DE USUARIOS

Solamente en los últimos años se han realizado evaluaciones sistemáticas de los efectos de los grupos de autoayuda y los resultados obtenidos han sido consistentemente

favorables a la incorporación de ellos en las políticas y planes de salud mental y psiquiatría. Los participantes en estos grupos describen que han sido útiles para ellos en solucionar distintas problemáticas de su vida, se sienten satisfechos con la ayuda recibida, y que han podido aprender habilidades y disminuir el nivel de angustia. Diversos estudios han demostrado disminuciones significativas en el número de días de hospitalización en relación a la participación en grupos de auto ayuda.

Estudios realizados en diversos países muestran la necesidad de educar a la población general sobre la disponibilidad y beneficios de las agrupaciones de auto ayuda y de usuarios en general, con el fin de que sean considerados como una opción prioritaria en el caso de algunos problemas y enfermedades mentales. Además, estos estudios concluyen que se requiere incorporar en la formación de post grado en salud mental y psiquiatría el desarrollo de habilidades para trabajar con estas agrupaciones, de modo de favorecer una interacción constructiva entre profesionales y las agrupaciones de usuarios. Finalmente, se señala la conveniencia de motivar y capacitar a personas con capacidades de liderazgo para que conduzcan estos movimientos.

La evidencia disponible actualmente muestra que la participación en grupos de autoayuda se asocia con los siguientes hechos:

- Disminución del número de días de hospitalización
- Reducción de la utilización de servicios de salud
- Aumento de conocimientos, información y habilidades
- Elevación de autoestima, confianza, sentido de bienestar y de estar en control
- Mayor apoyo y redes sociales.

### 3. AGRUPACIONES DE FAMILIARES

La significación de la familia - cualquiera sea la constitución y formalidad de las relaciones entre sus miembros - en el nivel de salud mental individual y grupal, ha sido reconocida explícitamente desde fines del siglo pasado, aunque la consideración de la familia como un recurso en el tratamiento de personas con enfermedades mentales, es, sin embargo, bastante más reciente. Son los procesos de reforma de los antiguos sistemas de atención los que plantean la consideración y estudio del rol de la familia en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Actualmente se definen - como base de todo proceso de tratamiento de una persona con enfermedad mental - metas específicas en relación a la familia, tales como:

- Establecer una relación entre el clínico y la familia con una auténtica alianza de trabajo que tenga por objeto ayudar al paciente.
- Comprender cuestiones y problemas familiares que podrían generar estrés en el paciente y su familia.
- Comprender los recursos que tiene la familia para incrementar sus lados fuertes.

- Concordar, con la familia, metas accesibles y mutuas que definan las reglas y expectativas respecto al tratamiento.

Existen numerosos estudios que evidencian la existencia de algunos factores de la familia, como son las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los que *determinan y predicen, en mayor medida, el estado psiquiátrico del paciente, sus mayores posibilidades de adhesión a los tratamientos, de no tener recaídas y de reinserción laboral y social.* Estas fortalezas de la familia dependen, principalmente, de su nivel de tolerancia y de su capacidad de expresar emociones.

A pesar de los cambios demográficos y el de su estructura y funcionalidad, existe evidencia de que la familia, incluso en los países más desarrollados, sigue siendo la fuente principal de cuidados para personas portadoras de una de las enfermedades mentales que ha aumentado más su frecuencia, el Alzheimer. El estudio de familias que se hacen cargo de los ancianos con demencia ha permitido objetivar el impacto que esta situación tiene en la vida de los cuidadores, muy mayoritariamente mujeres, y los importantes problemas psicosociales y de salud biológica que les significa. Con mayor razón, esta carga afecta a las familias cuidadoras de enfermos mentales, cuya discapacidad suele prolongarse por muchos años.

Los estudios realizados con agrupaciones de familiares son más limitados que aquellos realizados con los usuarios, tanto en cantidad como en calidad, pero en general apuntan a que la participación en ellos se asocia con los siguientes aspectos:

- Aumento del nivel de información
- Mejoría en habilidades para enfrentar la vida
- Reducción de la carga del "cuidador"
- Aumento de la identidad de "cuidador"
- Mejor relación con su familiar enfermo y mayor capacidad para apoyarlo
- Aumento de la sensación de apoyo emocional.

#### 4. DESARROLLO DE ORGANIZACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES EN CHILE

La necesidad de aumentar la limitada eficiencia en la atención tradicional basada en los hospitales psiquiátricos y de egresar a los pacientes de éstos, ha sido, al parecer, uno de los factores más importantes para considerar, en la reorientación de los servicios, el reconocimiento de la potencialidad de los recursos comunitarios, y en particular de los grupos de usuarios y familiares. De esta manera, se los está involucrando en el diseño y entrega de servicios, desarrollando una red de nuevos dispositivos comunitarios, complementarios y coordinados efectivamente con los existentes.

La organización formal de los usuarios de servicios de salud y/o de sus familiares es un fenómeno relativamente nuevo, a pesar de que la participación ha sido considerada desde hace mucho como una de las estrategias básicas del Sistema de Salud Pública. En general, ha sido generada por los programas de salud para coadyuvar a la atención de pacientes crónicos con necesidad de educación, de servicios continuos y de

favorables a la incorporación de ellos en las políticas y planes de salud mental y psiquiatría. Los participantes en estos grupos describen que han sido útiles para ellos en solucionar distintas problemáticas de su vida, se sienten satisfechos con la ayuda recibida, y que han podido aprender habilidades y disminuir el nivel de angustia. Diversos estudios han demostrado disminuciones significativas en el número de días de hospitalización en relación a la participación en grupos de auto ayuda.

Estudios realizados en diversos países muestran la necesidad de educar a la población general sobre la disponibilidad y beneficios de las agrupaciones de auto ayuda y de usuarios en general, con el fin de que sean considerados como una opción prioritaria en el caso de algunos problemas y enfermedades mentales. Además, estos estudios concluyen que se requiere incorporar en la formación de post grado en salud mental y psiquiatría el desarrollo de habilidades para trabajar con estas agrupaciones, de modo de favorecer una interacción constructiva entre profesionales y las agrupaciones de usuarios. Finalmente, se señala la conveniencia de motivar y capacitar a personas con capacidades de liderazgo para que conduzcan estos movimientos.

La evidencia disponible actualmente muestra que la participación en grupos de autoayuda se asocia con los siguientes hechos:

- Disminución del número de días de hospitalización
- Reducción de la utilización de servicios de salud
- Aumento de conocimientos, información y habilidades
- Elevación de autoestima, confianza, sentido de bienestar y de estar en control
- Mayor apoyo y redes sociales.

### 3. AGRUPACIONES DE FAMILIARES -

La significación de la familia - cualquiera sea la constitución y formalidad de las relaciones entre sus miembros - en el nivel de salud mental individual y grupal, ha sido reconocida explícitamente desde fines del siglo pasado, aunque la consideración de la familia como un recurso en el tratamiento de personas con enfermedades mentales, es, sin embargo, bastante más reciente. Son los procesos de reforma de los antiguos sistemas de atención los que plantean la consideración y estudio del rol de la familia en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Actualmente se definen - como base de todo proceso de tratamiento de una persona con enfermedad mental - metas específicas en relación a la familia, tales como:

- Establecer una relación entre el clínico y la familia con una auténtica alianza de trabajo que tenga por objeto ayudar al paciente.
- Comprender cuestiones y problemas familiares que podrían generar estrés en el paciente y su familia.
- Comprender los recursos que tiene la familia para incrementar sus lados fuertes.

- Concordar, con la familia, metas accesibles y mutuas que definan las reglas y expectativas respecto al tratamiento.

Existen numerosos estudios que evidencian la existencia de algunos factores de la familia, como son las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los que determinan y predicen, en mayor medida, el estado psiquiátrico del paciente, sus mayores posibilidades de adhesión a los tratamientos, de no tener recaídas y de reinserción laboral y social. Estas fortalezas de la familia dependen, principalmente, de su nivel de tolerancia y de su capacidad de expresar emociones.

A pesar de los cambios demográficos y el de su estructura y funcionalidad, existe evidencia de que la familia, incluso en los países más desarrollados, sigue siendo la fuente principal de cuidados para personas portadoras de una de las enfermedades mentales que ha aumentado más su frecuencia, el Alzheimer. El estudio de familias que se hacen cargo de los ancianos con demencia ha permitido objetivar el impacto que esta situación tiene en la vida de los cuidadores, muy mayoritariamente mujeres, y los importantes problemas psicosociales y de salud biológica que les significa. Con mayor razón, esta carga afecta a las familias cuidadoras de enfermos mentales, cuya discapacidad suele prolongarse por muchos años.

Los estudios realizados con agrupaciones de familiares son más limitados que aquellos realizados con los usuarios, tanto en cantidad como en calidad, pero en general apuntan a que la participación en ellos se asocia con los siguientes aspectos:

- Aumento del nivel de información
- Mejoría en habilidades para enfrentar la vida
- Reducción de la carga del "cuidador"
- Aumento de la identidad de "cuidador"
- Mejor relación con su familiar enfermo y mayor capacidad para apoyarlo
- Aumento de la sensación de apoyo emocional.

#### 4. DESARROLLO DE ORGANIZACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES EN CHILE

La necesidad de aumentar la limitada eficiencia en la atención tradicional basada en los hospitales psiquiátricos y de egresar a los pacientes de éstos, ha sido, al parecer, uno de los factores más importantes para considerar, en la reorientación de los servicios, el reconocimiento de la potencialidad de los recursos comunitarios, y en particular de los grupos de usuarios y familiares. De esta manera, se los está involucrando en el diseño y entrega de servicios, desarrollando una red de nuevos dispositivos comunitarios, complementarios y coordinados efectivamente con los existentes.

La organización formal de los usuarios de servicios de salud y/o de sus familiares es un fenómeno relativamente nuevo, a pesar de que la participación ha sido considerada desde hace mucho como una de las estrategias básicas del Sistema de Salud Pública. En general, ha sido generada por los programas de salud para coadyuvar a la atención de pacientes crónicos con necesidad de educación, de servicios continuos y de

mayor costo: clubes de diabéticos, hipertensos, dializados, con malformaciones congénitas, alcohólicos, etc.

Existen factores de las políticas de salud que refuerzan y estimulan el surgimiento de nuevas organizaciones de usuarios y familiares, tales como la mayor conciencia de que el acceso a los servicios es un derecho y no sólo un beneficio, que las políticas sociales son una forma de ejercer el rol del Estado en la redistribución de la riqueza y de lo que significa la cotización específica de un 7% para salud, además de un menor autoritarismo en la convivencia social.

En el país, las primeras organizaciones de usuarios y familiares de personas con problemas de salud mental surgen en la década de los años 50, con los Clubes de Abstemios y la Agrupación Rehabilitadora de Alcohólicos (ARDA), los que a fines de los años 60 se integran en la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos, URACH. También en esa década aparecen, como réplica de un modelo de otros países, los grupos Alcohólicos Anónimos y sus familiares ("A.A.", "ALANON") y mucho después, algunas agrupaciones de Narcóticos Anónimos.

A partir del año 73, aparecen otras organizaciones, en respuesta a las necesidades de personas afectadas por represión política, en forma de Organizaciones No Gubernamentales Solidarias y de Iglesias.

En el año 1980 se crea la Corporación Carlos Bresky de Valparaíso para la rehabilitación de personas con discapacidad psíquica. Por esos años surgen también las agrupaciones de familiares y amigos en torno a niños con discapacidad mental: Síndrome de Down, Retardo Mental, Epilepsia, Autismo.

A inicios de la década del 90, con la recuperación de la convivencia democrática y los primeros esfuerzos en desarrollar servicios modernos de salud mental, surge con más fuerza el movimiento asociativo de los familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos severos. Hasta ese momento, sólo existían en los hospitales psiquiátricos actividades de psicoeducación dirigidas a los familiares. Las familias y amigos cumplían el rol de apoyar el acondicionamiento físico de los lugares de internamiento y la organización de fiestas navideñas, de cumpleaños u otras actividades recreativas.

En el año 1990 el Ministerio de Salud decide apoyar el fortalecimiento de las nacientes agrupaciones de familiares. Desde 1993 la Unidad de Salud Mental organiza 5 Jornadas Nacionales de Rehabilitación Psicosocial, en las que se capacita a miembros de las asociaciones de familiares para su mejor desempeño como gestores y ejecutores de proyectos de rehabilitación psicosocial, teniendo así un rol protagónico como principales ejecutoras de estos proyectos.

Entre 1994 y 1995 se constituye un referente de la Región Metropolitana que asocia a las agrupaciones. En 1998, en el 3° Encuentro de Familiares de Personas con Discapacidad Psiquiátrica, en el que participan 32 de ellas, deciden transformarse en



un referente nacional (ANAFADIS). Paralelamente se constituyen las Corporaciones de Beneficiarios del Programa PRAIS y otras organizaciones en torno a problemas emergentes como el Alzheimer.

La participación de las organizaciones, tanto en la Conferencia Nacional Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile, como en el Congreso Mundial de Salud Mental, durante este año, estimuló el proceso de coordinación entre ellas y puso en evidencia el grado de desarrollo y las competencias adquiridas en los últimos años. Este último les permitió conocer y establecer colaboración con organizaciones de este tipo en países como Holanda, Italia, Canadá, Australia, Alemania e Italia. En ellos se ha demostrado que los usuarios y voluntarios organizados pueden constituirse en una importante fuerza social, jugando un rol significativo en los procesos de reformas de los sistemas de atención para pacientes con enfermedades mentales.

## 5. ROL DE LAS AGRUPACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES EN EL PLAN NACIONAL

Los significativos aportes de un importante número de dirigentes de organizaciones de familiares y usuarios, además de profesionales y técnicos, antes, durante y con posterioridad a la Conferencia Nacional Un Plan de Atención Psiquiátrica para Chile, fueron explícitamente incorporados en todo el Plan Nacional, especialmente en el Modelo de Acción, el Programa de Actividades, la Red de Servicios y el Financiamiento.

Esta activa participación es la base de la definición del rol de los usuarios y familiares y de los equipos de salud para asegurar su protagonismo en el desarrollo del Plan Nacional.

Entre sus roles podemos destacar :

- Rol protagónico en la sensibilización de la comunidad, las autoridades, los medios de comunicación, etc. respecto de las enfermedades mentales, su impacto en las familias, la importancia, para la sociedad en su conjunto, de aceptar la diversidad .
- Definir y dar a conocer sus necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y psicosocial de sus familiares como también a su desarrollo como organizaciones de autoayuda.
- Defender los derechos de los pacientes, desde aquellos que dicen relación con su dignidad y su derecho a ser tratados con respeto y sin discriminación alguna, hasta el acceder a servicios médicos de calidad, con información y consentimiento de su tratamiento
- Ejercer presión social para generar más y mejores servicios de salud mental y psiquiatría y para generar respuestas intersectoriales que puedan asumir de manera integral una mejoría en la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.

- Ser una instancia de autoayuda formal e informal que facilite el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, como también la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes.
- Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de los discapacitados psíquicos, encarando la estigmatización de manera audaz y propositiva
- Proveer servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para sus familias con discapacidad psíquica.

## 5.2. Responsabilidades de los Equipos de Salud para facilitar y estimular el protagonismo de los usuarios y familiares

- Realizar una atención clínica respetuosa, con inclusión de la familia, que proporcione información suficiente y comprensible al paciente y su familia, los involucre en la toma de decisiones y eduque en el autocuidado, considerando también los aspectos culturales.
- Realizar reuniones regulares con familiares y usuarios y/o con los representantes de sus Organizaciones, para diagnóstico de necesidades sentidas y recursos existentes, planificación, coordinación y evaluación de las acciones.
- Realizar actividades, programando un tiempo específico, para apoyar el desarrollo de las Organizaciones de Usuarios y Familiares, entregando información, asesoría y capacitación.

## 6. ORGANIZACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES EXISTENTES EN CHILE

Existe un importante número de organizaciones en el país, de las cuales muchas de ellas están también agrupadas a nivel nacional. En documento anexo se puede encontrar un listado extenso de ellas con sus principales referencias.

De las agrupaciones nacionales, se han incorporado a las actividades regulares de la Unidad de Salud Mental MINSAL las siguientes:

- Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados Psíquicos (ANAFADIS)
- Corporación de Beneficiarios del programa PRAIS de la Región Metropolitana
- Corporación Alzheimer
- Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT)
- Padres y Amigos de los Autistas (PANAUT)
- Asociación de Padres de Niños con Epilepsia (APADENE)

# Capítulo 6

---

## FINANCIAMIENTO



## VI. FINANCIAMIENTO

El desarrollo progresivo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere de un aumento del financiamiento público adecuado a las necesidades, planificado y equilibrado, en base a nuevos recursos y sólo secundariamente a la reorientación de los existentes, diferenciado y protegido en los presupuestos y estrategias de traspaso y gestión del Ministerio, del Fondo Nacional de Salud, de los Servicios de Salud y con una regulación que permita exigir lo mismo a las Entidades Aseguradoras Privadas de Salud. Como expresión del rol del Estado en la redistribución del ingreso y ejercicio de la solidaridad como principio rector de las políticas de salud, el financiamiento debe priorizar a las poblaciones más desfavorecidas.

Los sistemas sanitarios tuvieron su origen en la necesidad de realizar acciones reparatorias de la salud física, por lo que su financiamiento y la estructura de sus presupuestos han estado tradicionalmente orientadas a un tipo de servicios distintos a los que se requieren en salud mental.

En Chile, como en la mayoría de los países de la región, sólo se ha realizado una inversión significativa en salud mental cuando se crearon los hospitales psiquiátricos de la Región Metropolitana a fines del siglo pasado y durante la primera mitad del siglo XX, en una época en que esa era la única forma de atención conocida. Nunca se concretó el proyecto original de dotar a cada provincia de uno de estos hospitales. La inversión, muy insuficiente, sólo se retoma en esta década, con el inicio de programas de salud mental y la instalación de una red de servicios clínicos emprendida por los gobiernos democráticos.

La experiencia de países que han logrado en las últimas décadas los mejores sistemas de prevención y atención en Salud Mental y Psiquiatría son aquellos que han contado, en un momento determinado, con la coincidencia entre la voluntad política de destinar recursos en forma específica para ello y asegurarlos con mecanismos de presupuestación y gestión para que no fuesen absorbidos por acciones de salud general, y el respaldo social, especialmente de organizaciones de usuarios y familiares, para protegerlos. Si esto no es explícito, aunque se aumenten los recursos, es muy probable que las acciones de salud mental y psiquiatría continúen siendo postergadas.

El Plan Nacional deberá ser, además, un instrumento que atraiga y canalice recursos de otros sectores sociales para destinarlos a acciones intersectoriales y comunitarias de salud mental. En este aspecto es fundamental el aumento de los recursos que salud asigne a estas acciones, en forma regular, y la propuesta de contenidos y estrategias, cada vez más concretas y menos sanitarias, posibles de ser lideradas por otros sectores e instituciones.

Se trata, por lo tanto, de financiar el Plan mediante un aumento sostenido de los recursos que se destinan a salud mental. En la actualidad, los recursos públicos que se invierten en salud mental en el país alcanza al 1,5 % del presupuesto total de salud, lo

que es muchísimo menor que en otros países (en Norteamérica y Europa oscilan entre el 8% y el 16%).

En países de Europa, Norteamérica, Australia, el desarrollo de una red moderna para satisfacer las necesidades se iniciaron a partir de sistemas de atención basados en grandes y caros hospitales psiquiátricos. En ellos, el desafío era reconvertir los servicios, utilizando como base los recursos que quedaban libres del cierre progresivo de las camas de enfermos crónicos, a los que se añadían recursos frescos obtenidos, en parte, con apoyo de la movilización social.

En Chile, a pesar de que los recursos están concentrados en 4 hospitales psiquiátricos (ver tabla siguiente), estos son insuficientes incluso para otorgar una atención de calidad mínima a la población que atienden actualmente. El desarrollo de una red de servicios requiere de recursos nuevos y en forma simultánea a que estos absorban la demanda no atendida, los hospitales psiquiátricos se irán reconvirtiendo para integrarse plenamente a la red.

#### Presupuesto FONASA Institucional para Psiquiatría y Salud Mental, 2000

Hospitales Psiquiátricos		\$ 8.933.190.360
Camas Psiq. Hospitales Grales		\$ 1.753.510.370
Sistema Nacional de Psiquiatría Forense		\$ 218.772.000
Externalización Neurológicos Postrados		\$ 1.419.598.570
Consultas Psiquiátricas		\$ 1.317.555.000
Clzapina		\$ 382.816.000
Campañas Sanitarias	Depresión	\$ 30.621.000
	Prioridades Salud	\$ 34.118.000
	Violencia y Maltrato	\$ 7.000.000
Tabaco, alcohol y drogas		\$ 49.200.000
Atenciones S.M. en APS		\$ 983.096.053
Promoción Salud Mental		\$ 475.600.000
Fondo Apoyo a Política y Plan Salud Mental	Adminis. Salud Mental	\$ 2.366.845.000
	Adminis. Alcohol y Drogas	
Fondo Centros Alcohol		\$ 156.011.000
Programa Depresión APS		\$ 300.000.000
Fondo Centro Alcohol		\$ 156.011.000
<b>TOTAL SALUD MENTAL</b>		<b>\$ 15.746.888.434</b>
<b>TOTAL SECTOR SALUD</b>		<b>\$ 1.130.824.708.000</b>
<b>% DEL PRESUPUESTO PARA SALUD MENTAL</b>		<b>1,50</b>

1. Deben aumentarse los recursos para salud mental del 1,50 al 5% del presupuesto total de salud del país.

Para alcanzar esa cifra, el presupuesto actual de salud mental deberá incrementarse, cada año, en un 0,5 a 1 % del presupuesto de salud. Esto significa que una proporción importante de la expansión de recursos para salud debiera estar destinada a salud mental durante los próximos 10 años.

La promoción, prevención, detección y tratamiento temprano, resolutivo y continuo, requieren, para tener impacto en el nivel de salud mental de la población, de una inversión inicial significativa, pues existe evidencia de que de esa manera se logra un ahorro proporcionalmente mayor que la inversión por disminución de tratamientos de alto costo, prolongados, en licencias médicas, servicios de rehabilitación y servicios de apoyo social.

Existe información de que debe destinarse un porcentaje fijo (30%) de los recursos totales para salud mental a acciones de promoción y prevención (prioridad programática), como parte de los planes regionales y comunales de salud y como prevención de los problemas de salud mental que son prioridades programáticas. También es necesario asignar una proporción (1%) al desarrollo organizacional de usuarios y familiares y movimientos de autoayuda, y un 1% al sistema de evaluación del desarrollo del plan.

## 2. **Asegurar la calidad y cobertura de las acciones del Programa de Salud Mental y Psiquiatría.**

Los procedimientos de traspaso de recursos a los distintos entes gestores deberán basarse en el logro de metas claras en plazos definidos (compromisos de gestión) y será necesario estudiar formas de incentivo al desempeño colectivo que permitan motivar e intencionar las actividades del programa y el desarrollo de los servicios de la red.

- ✎ Acciones del programa para la promoción y prevención, dirigidas a la población general y al ambiente, y para la prevención, tratamiento y recuperación dirigidas a las personas y familias y organizaciones, en el nivel primario, incorporándolas en el costo del per cápita en forma de un reforzamiento de un 20% por persona inscrita.
- ✎ Prestaciones del programa que realizan los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, hospitalización de día, de corta y mediana estadía, hogares protegidos, comunidades terapéuticas, programas de rehabilitación, apoyo a organizaciones de usuarios y familiares, en el nivel secundario del sistema institucional, incorporándolas al arancel de facturación.
- ✎ Prestaciones del Programa en sistema de libre elección FONASA
- ✎ Regular para las ISAPRES, exigiendo el financiamiento de las prestaciones del Programa para su población beneficiaria
- ✎ Regular para las MUTUALES, exigiendo el financiamiento de las prestaciones del Programa para su población beneficiaria

3. **Asegurar los recursos humanos necesarios para la realización de las acciones o prestaciones:**
  - ✎ Expansión de cargos y contratos para recursos humanos de Salud Mental y Psiquiatría en los Servicios de Salud
  - ✎ Reciclaje / capacitación de los recursos humanos existentes
  - ✎ Formación de los nuevos recursos humanos
  - ✎ Incentivos para los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.
4. **Disponer de la infraestructura que requieren las redes de servicios clínicos para realizar la atención, responsabilidad que recae fundamentalmente en el sector público, pero que debe realizarse en coordinación y colaboración con el sector privado**
  - ✎ Planes de inversión en estructuras multifuncionales y comunitarias, en las que puedan realizarse acciones de promoción y prevención en relación a varias prioridades (abuso y dependencias, violencia intrafamiliar), servir de sede a centros diurnos de rehabilitación y a la atención clínica, y para capacitación de recursos humanos, como son los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM). Y como parte de toda nueva infraestructura de salud considerada en los planes de Desarrollo de Redes de Servicios de Salud General: en hospitales, consultorios, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia en Salud (CRS).
  - ✎ Reconversión y habilitación de espacios existentes para Servicios de Psiquiatría (con internación) y Hospitales de Día.
  - ✎ Arriendo y habilitación de espacios para Hogares Protegidos, Centros Diurnos, Comunidades Terapéuticas, Clubes de Integración Social, Centros de Rehabilitación.
5. **Contar con una población de usuarios con capacidad de participación en resguardo y colaboración para el respeto de los derechos de los pacientes y la calidad de la atención que reciben.**
  - ✎ Asignación de un porcentaje fijo del presupuesto global del plan (1%) a las Organizaciones de Pacientes, de Autoayuda, de Familiares, de Usuarios, de Beneficiarios y de Familiares para el desarrollo organizacional y para la compra de servicios y actividades de autoayuda.
6. **Difusión, sensibilización, educación**
  - ✎ Acciones regulares de Comunicación Social para promoción y prevención, educa-



ción en enfermedades mentales para el tratamiento precoz y continuo y para favorecer la reinserción social, laboral y escolar.

#### 7. **Asegurar el Perfeccionamiento Permanente del Plan,**

- ✎ Asignar un 1% del presupuesto global a desarrollar Sistemas de Evaluación y Acreditación
- ✎ Asesoría de Expertos
- ✎ Investigación

Finalmente, en relación al costo anual de las actividades del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, para la población beneficiaria de Fonasa, y considerando las prioridades programáticas ya definidas para este período, se ha estimado que este costo alcanza los M\$ 60.768.401 (valorizado en pesos del año 1999), como se puede apreciar en la siguiente tabla :

**COSTO ANUAL DE ACTIVIDADES PRIORITARIAS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**  
(valorizado en pesos año 1999)

PRIORIDADES	COSTO TOTAL (en miles de pesos)
Trastornos Hipercinéticos	1.099.785
Trastornos S. Mental asociados a Violencia	7.557.587
Depresión	4.073.996
Esquizofrenia	13.272.041
Demencias	1.471.770
Dependencia Alcohol y Drogas	12.594.620
Urgencia Psiquiátrica	1.252.714
Promoción y Prevención	18.230.520
Apoyo a Organizaciones de Usuarios y Familiares.	607.684
Evaluación Plan Nacional	607.684
<b>TOTAL</b>	<b>60.768.401</b>

En este ejercicio de costeo se ha considerado todo aquello que tiene relación con las prestaciones necesarias para el conjunto de las prioridades programáticas definidas para este período y la atención de urgencia psiquiátrica, incluyendo recursos humanos, fármacos y procedimientos de apoyo diagnóstico. Los valores utilizados para este cálculo son los vigentes para Fonasa Modalidad Institucional del año 1999.



# Capítulo 7

---

## REGULACION



## VII. REGULACION

“El rol regulador del Ministerio de Salud es una función que se ejerce a través de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos, circulares, normas y otros instrumentos que permiten el diseño, evaluación, control y monitoreo de procesos técnicos y administrativos del sistema de salud, en los subsistemas público, privado y otros, para garantizar estándares de calidad en la provisión de los servicios de salud, con el fin de lograr el mejoramiento continuo del nivel de salud de la población. Todo ello teniendo como referente permanente la Política del Gobierno en lo general y la Política de Salud en lo particular”.

La implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere de un marco normativo que permita ejercer la regulación necesaria para asegurar la calidad y cobertura de sus acciones.

A partir de 1990 la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud ha generado un conjunto de documentos regulatorios en salud mental, los que pueden contribuir al desarrollo del Plan. Algunos constituyen Normas Técnicas que cuentan con la correspondiente resolución del Departamento Jurídico del Ministerio y que son mandatorias para los Servicios de Salud. Existen además, Reglamentos, Orientaciones Técnicas, Guías Metodológicas y Programáticas, Manuales de Apoyo.

De acuerdo a las distintas prioridades, los más relevantes de ellos son:

### • Políticas, Plan y Gestión

- Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, Aprobado por Resolución Exenta N° 568 del 8 de Octubre 1993.
- Norma Técnica: Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación. Aprobada por Resolución Exenta N° 802 del 9 de Abril 1999.

### • Trastornos Hipercinéticos y de la Atención

- Norma Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipercinéticos en la Atención Primaria. Aprobada por Resolución N° 1472 del 3 de Octubre 1997.

### • Trastornos de Salud Mental asociados a Violencia

- Programa de Reparación y Atención Integral de Salud y Derechos Humanos, 1991
- Normas para la Calificación de Beneficiarios PRAIS. Julio de 1993.
- Protección de los Niños y Atención Integral de Maltrato Infantil. Sociedad Chilena de Pediatría, Universidad de Chile, UNICEF, MINSAL, 1993.
- Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil. Aprobado por Resolución N° 1208 del 15 de Noviembre 1994.

- Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia. 1998.
- Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar. 1998
- Norma Técnica para la Atención de Personas afectadas por la Represión Política ejercida por el Estado en el Período 1973-1990. 2000.
- Orientaciones para la Detección y Diagnóstico de Maltrato Físico: Afiche y Tarjeto

### **Depresión**

- Guía Metodológica : Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención. 1998.
- Orientaciones de Apoyo para Profesionales y Técnicos que realizan Examen de Salud Preventivo del Adulto. Detección y Educación Inicial para personas con síntomas de probable Depresión. 1998.
- "Depresión, Demencia e Insomnio". Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Programa del Adulto MINSAL, 1999.
- Terapia Electroconvulsivante Modificada. Normas Técnicas y Metodología de Aplicación. 2000.
- La Depresión. Detección, Diagnóstico y Tratamiento. Guía Clínica para la Atención Primaria. 2001. (Elaborado en conjunto con la División de Atención Primaria)
- Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión. Manual de Atención Primaria. 2001. (Elaborado en conjunto con la División de Atención Primaria)

### **Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas**

- Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. - 1993
- Manual para formar Agentes de Prevención en Alcohol y Drogas: "Con los Jóvenes". 1993
- Norma General Técnica N° 11 sobre Calidad de Atención para personas con problemas de Drogas y Alcohol. Aprobada por Resolución Exenta N° 1053 del 16 de octubre de 1995.
- Normas Técnicas para la Prescripción Racional de Benzodiazepinas. Abril de 1995.
- Manual : Orientaciones para un Programa Comunal de Prevención del Uso Indebido de Drogas y Alcohol. Octubre de 1995.
- Reglamento para los establecimientos de rehabilitación de las personas dependientes de sustancias psicoactivas a través de la modalidad comunidad terapéutica. Aprobado por Decreto Supremo N° 2298 del 10 de Octubre 1995.
- Orientaciones Generales respecto del procedimiento a seguir en relación a la

Ley 19.336. Agosto 1995.

- Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas. 1996.
- Manual para la Prevención. "Sin drogas....más libres". Agosto de 1996.
- Reglamento sobre el Ejercicio de la actividad de Técnico en Rehabilitación de personas con dependencia a drogas. Aprobado por Decreto Supremo N° 225 del 7 de Abril de 1998, que modifica el N° 2298.

### **Trastornos Psiquiátricos Severos : Esquizofrenia**

- Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. Aprobado por Decreto Supremo N° 570, del 28 de Agosto de 1998, con vigencia a contar del 14 de Enero del 2001.
- Normas Técnicas e Instrumento de Evaluación de Discapacidad e Integración Social. Ley N°19.284. Diciembre de 1995.
- Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las personas afectadas de Esquizofrenia. 2000.
- Norma Técnica sobre Hogares Protegidos. 2000.
- Norma Técnica: Uso Clínico de Clozapina. Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos. 2000.

### **Alzheimer y otras Demencias**

- "Depresión, Demencia e Insomnio" . Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Programa del Adulto MINSAL, 1999.

### **Otros**

- Normas Técnicas: Epilepsia, Diagnóstico y Tratamiento. 1990
- Manual de Trastornos Emocionales. 1993
- Manual : Prevención, Detección y Manejo de Problemas de Salud Mental en la Escuela. Abril de 1997.
- Cómo ayudar a niños y niñas después de un desastre. Guía práctica de profesores. 1998.
- Guía Conductas Saludables en el Ambiente Pre Escolar, 1999

El Ministerio es responsable, además, de la actualización de los existentes, de generar, en la forma más participativa posible y con base en la evidencia científica de mayor actualidad, los nuevos documentos regulatorios que el desarrollo del Plan requerirá. Estas nuevas regulaciones serán normas, guías y protocolos cada vez más específicos y orientados, en esta primera etapa, a las prestaciones o actividades para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental que constituyen prioridades programáticas para este periodo. Estas normas y guías deben ser actualizadas periódicamente.

Los distintos dispositivos en los que se otorga la atención, tanto de los servicios públicos dependientes de cada Servicio de Salud o con dependencia técnica de éste (consultorios municipalizados, centros de salud mental familiar), como aquellos de otra dependencia administrativa (de organizaciones de familiares, de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, de beneficencia, solidarios, privados, etc.), deberán ser autorizados y acreditados en forma periódica. Esta autorización y acreditación tendrá como objetivo no sólo el asegurar el acceso a la atención, sino asesorarlos técnicamente para el mejoramiento permanente de la calidad de la atención y para el desarrollo prioritario de las modalidades de atención más necesarias. La autorización para que un establecimiento de salud mental inicie sus actividades cuando su dependencia no es directa del Servicio de Salud, ya forma parte de las funciones que el Ministerio cumple actualmente. La autorización para todos los nuevos dispositivos y la acreditación periódica de los dispositivos que existan, es una responsabilidad que el Ministerio asumirá progresivamente, privilegiando la autoacreditación o acreditación entre pares, como estrategia básica.

En cuanto a la necesidad de contar con información relevante para la gestión en forma oportuna y fiable, la estrategia será vincular, como uno de los compromisos de gestión, la asignación de los recursos nuevos para el desarrollo del Plan, al desarrollo local de un sistema de registro. Este debiera permitir el monitoreo de la accesibilidad y la calidad de la atención, en forma de indicadores de resolutividad, como son la satisfacción de los usuarios, sus familiares y de los propios funcionarios.

En una empresa de esta magnitud se requiere de un sistema de evaluación regular de la instalación y marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que permita los ajustes y cambios necesarios en forma oportuna. Es necesario, además, desarrollar investigaciones aplicadas en diversos aspectos de la implementación del Plan con el fin de mejorar permanentemente la costo-efectividad de las acciones. Es necesaria la participación de las sociedades científicas y universidades, recursos del FONDECYT y la colaboración del Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de Salud, y otras agencias de Cooperación Internacional.



# Capítulo 8

---

**APORTES,  
CONSENSO,  
COMPROMISO**



## VIII. APORTES, CONSENSO, COMPROMISOS

Como expresión de la prioridad que el Ministerio de Salud otorga a la salud mental, el reconocimiento de que la participación es un principio, y que una empresa de la magnitud y trascendencia de un Plan Nacional requiere del más amplio apoyo y compromiso nacional, surge, en primer lugar, la iniciativa de invitar a diversas instituciones, organizaciones y personas, a realizar un análisis de los elementos básicos de éste. Como un segundo paso, decide presentar la propuesta a expertos internacionales del mayor nivel.

Eso se concreta en dos eventos: la Conferencia Nacional "Un Plan De Atención Psiquiátrica Para Chile", en mayo de 1999, y en el "Congreso Mundial de Salud Mental", en septiembre del mismo año, ambos en Santiago. La responsabilidad directa de la Conferencia Nacional ha correspondido al equipo técnico de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

### 1. CONFERENCIA NACIONAL "UN PLAN DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA CHILE", 18 y 19 de Mayo 1999.

En dicha conferencia, organizada por el Ministerio de Salud y patrocinada por 15 instituciones y organizaciones para las cuales el bienestar biopsicosocial es un tema de interés y responsabilidad, se analizó en profundidad la Propuesta de un Modelo de Acción, un Programa de actividades y una Red de Servicios Clínicos:

- 1.1. La Propuesta de Modelo de Acción, entiende como acciones todas aquellas cuyo objetivo es la promoción, prevención, recuperación, tratamiento y rehabilitación, mediante las cuales se aplican los beneficios de las ciencias en un sentido amplio, no restringido a la salud y enfatizando en las ciencias sociales, a las personas, a la población y al ambiente.

Su elaboración fue realizada a través de un proceso que contó con la activa participación de un conjunto multidisciplinario de profesionales de Unidades de Salud Mental de los Servicios de Salud, de Servicios Clínicos de Psiquiatría de adultos, niños y adolescentes, de Hospitales Psiquiátricos, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Hospitales Diurnos, Centros de Rehabilitación, Hogares Protegidos y de Atención Primaria.

En el modelo se definen tanto los Principios Fundamentales en los que se basa como los Enfoques Técnicos, los Criterios de Calidad, el Soporte Organizativo y el Marco Administrativo que deben regir sus acciones.

- 1.2. La definición inicial de la **Propuesta de Programa de Salud Mental** como el conjunto de actividades a realizar para responder a las necesidades de promoción de la salud mental y de la prevención, detección precoz, recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedades mentales fue elaborada por el equipo técnico de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Refleja la experiencia del país en este campo y representa el esfuerzo por sistematizar la información disponible para construir un diagnóstico lo más acabado posible de las necesidades de la población y las acciones en desarrollo en los últimos años, de las intervenciones posibles y su efectividad, adecuación cultural y costo, de la factibilidad de implementarlas en función del estado actual y las tendencias de cambio del sistema sanitario chileno, en el marco de las políticas de salud y políticas sociales vigentes y futuras.

Han aportado muy significativamente en este trabajo, los distintos equipos de salud mental de los Servicios de Salud, como también del Departamento de Programas de las Personas, de otros departamentos de la DISAP y otras dependencias técnicas del Ministerio.

- 1.3. La propuesta del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Red de Servicios Clínicos de Salud Mental y Psiquiatría es fruto del trabajo de la Comisión Ministerio de Salud - Colegio Médico de Chile / Consejo Regional Santiago, convocada por el Sr. Ministro de Salud en octubre del año 1998. Los dispositivos, nivel de resolución, formas de coordinación y soporte organizacional de la red de servicios están definidos en la "Norma Técnica: Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación", vigente por resolución exenta N° 802 del 9 de abril de 1999.

El plan estratégico define, en base a las normas y a partir de las brechas de servicios, la expansión de recursos humanos y la inversión progresiva en infraestructura para los distintos dispositivos o lugares de atención necesarios.

- 1.4. Las INSTITUCIONES PATROCINANTES de la conferencia fueron las siguientes:
  - ✎ Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica (ANAFADIS)
  - ✎ Asociación de Isapres de Chile Asociación Gremial.
  - ✎ Colegio Médico de Chile
  - ✎ Colegio Médico de Chile / Consejo Regional Santiago

- ✎ Colegio de Psicólogos de Chile
- ✎ Colegio de Enfermeras de Chile
- ✎ Colegio de Terapeutas Ocupacionales
- ✎ Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
- ✎ Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia
- ✎ Sociedad Chilena de Salud Mental
- ✎ Sociedad Chilena de Psicología Clínica
- ✎ Pontificia Universidad Católica de Chile
- ✎ Universidad de Chile
- ✎ Universidad de Santiago de Chile

### 1.5. Participación y Aportes en la Conferencia Nacional .

La Conferencia cumplió plenamente los objetivos propuestos. Durante los dos meses previos a la conferencia se conformaron grupos de trabajo de Usuarios y Familiares, Formación de Recursos Humanos, Ejercicio Profesional, Financiamiento y Acciones Intersectoriales, que reflexionaron en torno a esos ámbitos. A ellos se invitó a participar a representantes de las instituciones patrocinadoras y a muchas personas con experiencia en el tema.

La inscripción, mediante una ficha, alcanzó a aproximadamente 500 personas, pero la participación real - limitada por el espacio del Centro de Eventos Diego Portales - fue de 360 personas de las más diversas profesiones y actividades, provenientes de todas las regiones del país y que representaban a familiares de pacientes y una amplia gama de profesionales de la salud, y de otros sectores, según la siguiente distribución:

Médicos	34,0%
Psicólogos	17,0%
Enfermeros/as	8,6%
Asistentes Sociales	5,7%
Técnicos y Auxiliares	2,1%

Otros profesionales de salud	5,2%
Familiares organizados	12,0%
Parlamentarios, artistas	
periodistas, estudiantes, etc	14,6%

Las distintas actividades de la conferencia contaron con la participación de importantes autoridades, expertos y personas representativas:

#### a) Inauguración y Cierre:

Dr. Alvaro Erazo, Sub Secretario de Salud.

Dra. Ana Cristina Nogueira, Representante OPS en Chile

- b) **Conferencia Dr. Donald Wassilenki**, Psiquiatra y Magister en epidemiología de la Universidad de Toronto, involucrado en las políticas públicas de salud mental en Ontario, Canadá.
- c) **Conferencia Dr. Francisco del Río**, Jefe del Área de Salud Mental, Jerez, Director del Programa de Salud Mental de Andalucía en España.
- d) **Foro "Oportunidad, Factibilidad y Sustentabilidad de un Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para Chile"**, con las exposiciones y análisis de:
- ✎ Dr. Alberto Minoletti, Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud
  - ✎ Psicóloga María Inés Winkler, Presidenta de la Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos
  - ✎ Sra. Georgina Sepúlveda, Presidenta de la Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica (ANAFADIS)
  - ✎ Sr. Miguel Rojas, Presidente de la Agrupación Regional de Beneficiarios del Programa PRAIS (Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por la Violación de sus Derechos Humanos™)
  - ✎ Dr. Fernando Díaz, Presidente de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría™
  - ✎ Dr. René Merino, Presidente de la Asociación de Isapres de Chile Asociación Gremial
  - ✎ Dra. Cecilia Acuña, Representante del Fondo Nacional de Salud FONASA
- e) **Foro de Clausura**, en el que expusieron el punto de vista de sus respectivas organizaciones respecto a la propuesta:
- ✎ Sra. Gladys Corral, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Chile
  - ✎ Sra. Isabel Aravena, Presidenta del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile
  - ✎ Sr. Carlos Urrutia, Presidente del Colegio de Psicólogos de Chile
  - ✎ Dr. Reinaldo Bustos, en representación del presidente del Colegio Médico de Chile
  - ✎ Fue leída una carta del Senador Carlos Bombal, presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República
  - ✎ Dr. Patricio Cornejo, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados
  - ✎ Dr. Osvaldo Artaza, Representante de la Comisión de Salud de la Candidatura Presidencial de la Concertación
  - ✎ Sra. Raquel Molina, Representante de la Candidatura Presidencial de la Sra. Gladys Marín

## 1.6. Conclusiones de La Conferencia

Durante los dos días de la Conferencia, fueron recogidas en forma sistemática y participativa, en los trabajos de los grupos y en las plenarias, la experiencia y los aportes de muchos de los actores, y se logró el máximo consenso posible respecto a cómo abordar el desafío de cuidar la salud mental (Modelo de Atención), mediante qué acciones (Programa) y quiénes debieran realizarlas y dónde (Red de Servicios). Permitió, además, definir una agenda de compromisos y tareas inmediatas a partir del año 2000.

La difusión de la propia conferencia permitió informar y sensibilizar a la población y a las autoridades acerca del problema de la salud mental de los chilenos, las intervenciones en desarrollo y otras posibles, así como de la oportunidad y factibilidad de orientar coordinadamente esfuerzos y recursos para responder a él en los próximos años.

En relación al **Modelo de Acción, Programa, y Red de Servicios Clínicos**, en el trabajo de los grupos y la participación en el plenario se concluyeron los siguientes puntos, los que han sido plenamente incorporados al Plan:

- ✎ La propuesta de modelo, programa y red de servicios, explícitamente focalizada en las personas con enfermedades mentales o en alto riesgo de padecerlas y sus familias, debe ser parte de un plan más amplio de salud mental que incorpore las acciones para la promoción y prevención dirigidas también a grupos, poblaciones y al ambiente y con amplia participación comunitaria e intersectorial.
- ✎ La implementación de un plan nacional de atención psiquiátrica, en el contexto de un programa de salud mental integral, debe tener un propósito más general: contribuir a hacer mayor conciencia acerca de los condicionantes negativos que se derivan del actual modelo de desarrollo general del país, y aportar a la construcción del nuevo modelo de salud para el país.
- ✎ Existiendo acuerdo en torno a los aspectos generales de la propuesta, se considera necesario asegurar su financiamiento, tanto en el sector público como en el privado. El imperativo ético de aliviar el sufrimiento de niños, adolescentes y adultos, exige avanzar en el logro de una atención universal, accesible, oportuna, de alta calidad técnica y humana y con una participación activa de pacientes y familiares.

## 1.7. Cada grupo elaboró también una agenda de tareas en su ámbito específico de análisis: Protagonismo de Usuarios y Familiares, Financiamiento, Interacción de Salud con otros Sectores, Formación de Recursos Humanos y Ejercicio Profesional, las que están siendo implementadas con distinto grado

de avance. Una síntesis de las principales propuestas es la siguiente:

- ✎ Definición de instancias formales y procedimientos que aseguren el protagonismo de los usuarios y familiares, el respeto de los derechos de los pacientes, la adecuada interrelación entre ellos y los equipos técnicos y sus responsabilidades como prestadores de servicios de rehabilitación y reinserción social.
- ✎ Estudio de las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para la implementación del Plan: Ley de Salud Mental, Legislación laboral (ley 16.744), tuición ética de los colegios profesionales, modificación de Reglamento de entrega de beneficios para personas con discapacidad.
- ✎ Desarrollo de estrategias para el financiamiento del Plan, tanto para los beneficiarios del sector público como del privado.
- ✎ Resguardo de las condiciones laborales y de salud mental para las personas que se desempeñan en la atención de salud mental.
- ✎ Respaldo del rol de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) y del programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Violación de sus Derechos Humanos PRAIS.
- ✎ Formación de nuevos recursos humanos y capacitación continua de los existentes en competencias acordes con el modelo de acción, reforzando la interdisciplinariedad en el trabajo de los equipos de salud mental y psiquiatría, y asegurando un enfoque biopsicosocial integral en todas las acciones de salud mental y psiquiatría.
- ✎ Estudiar un marco regulador y de financiamiento de políticas intersectoriales que permitan la promoción de factores protectores de la salud mental en las acciones públicas, principalmente de Educación, Justicia y Trabajo.

## **1.8. Comentarios al Plenario de Conclusiones:**

### **Dr. Francisco del Río:**

"Me parece fundamental resaltar la necesidad de contar con un marco legislativo que permita desarrollar el proceso de reforma que implica un Plan Nacional. Puede existir la voluntad pero lo que no está regulado no existe.

En nuestro país fue inmensa la producción de leyes, decretos, reglamentos etc.. algunas referidas al marco general y otras específicamente a salud mental. En España la Ley General de Sanidad recogió una serie de artículos en defensa de los derechos de los pacientes psiquiátricos y en su inclusión como ciudadanos con



derecho a las distintas prestaciones del sistema sanitario general. Algunas de las disposiciones generales del Estatuto de Autonomía, de la Ley de Competencias en materia de Salud de la Comunidad Autónoma y, específicamente la Ley que crea el Instituto Andaluz de Salud Mental, el que concentraba todas las competencias y al cual se le asignaba la función específica de desarrollar la red. También existen Disposiciones para la Organización de los Servicios, que hacen referencia a la transferencia del personal, condiciones laborales y modelo retributivo de los profesionales.

Todo eso hay que legislarlo. Si no, el plan es frágil. Y hay que hacerlo con el consenso de todas las organizaciones y cada uno de los estamentos, profesionales, técnicos, auxiliares."

### Dr. Donald Wassilenki

"El plan representa una afirmación política importante, con una visión para un nuevo sistema en salud mental y esta conferencia ha sido una oportunidad para que los interesados den forma a esta política. Los pasos siguientes van a requerir un programa de implementación, que defina qué servicios van a ser desarrollados en un año, en 3 años y en 5 años.

Es importante definir métodos de financiamiento, como por ejemplo, contratos que se basan en el desempeño y los per cápita. Va a ser necesario un gran compromiso para la capacitación y formación para contar con los recursos humanos que requiere el Plan. El Ministerio de Salud va a necesitar establecer una unidad de evaluación para asegurarse de que el plan sea efectivo.

Su énfasis en la atención primaria es una fortaleza, al igual que el tener equipos multidisciplinarios. Será necesario definir los roles de Seguimiento de Casos, funciones profesionales específicas y si los usuarios y sus familias van a ser miembros de estos equipos. Finalmente el foco en las adicciones pudiera ser otra más de las fortalezas del plan, porque un 40% de los individuos que tienen enfermedades mentales graves presentan también problemas con las adicciones. Mis sugerencias específicas son:

- ✎ El plan debería establecer prioridades para los individuos con enfermedades severas y persistentes que afectan a un 1 o 2% de la población. Si desarrollan servicios para atender a esta población, estos serán efectivos también para tratar a otras personas de la misma población. Una vez identificada esta población con enfermedades severas, entonces deberán desarrollarse los servicios necesarios, del área de la salud y de otros ministerios: una forma efectiva de organizar los recursos de varios ministerios es la creación de una Comisión para la Salud Mental que los asigne a los programas adecuados para estas personas.
- ✎ Recomiendo que los roles de cada componente de este sistema sean muy bien definidos y explícitos.

- ✎ Mi observación final se relaciona con la poca adecuación de los recursos actuales para la salud mental en este país. Van a requerir de un fuerte movimiento defensor que tenga una base amplia, con el objeto de poder convencer al gobierno de que se requieren más recursos."

## 2. "CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL", 6 al 10 de septiembre 1999.

La realización en Chile de el XVI Congreso Mundial de Salud Mental, organizado por la Federación Mundial de Salud Mental, permitió dar a conocer y recibir los aportes de los más prestigiados expertos del tema en el mundo.

Como parte del congreso, en el foro "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" se expusieron los principales aspectos del Plan, y este fue comentado por expertos del Centro de Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos, de la Organización Mundial de la Salud, del Estudio Salud Mental 2000 de la O.M.S. y del Banco Mundial

### 2.1. Thomas Bornemann, Vicedirector del Centro de Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos. Washington DC.

"Al leer el plan, reconocí inmediatamente sus principales puntos fuertes. Uno es que están considerando de partida un sistema de tipo integrado. La integración debe ser tanto a nivel horizontal como vertical y la salud mental debe ser una parte esencial del sistema de atención de salud. Debe además ser parte del sistema de servicios sociales, del sistema de bienestar y protección de la infancia, del sistema educativo y de todos los otros sistemas que afectan y con los que se relacionan las personas que queremos atender en salud mental. En Estados Unidos, nos ha tomado mucho tiempo llegar a este punto y no se hace de manera uniforme en los distintos Estados, así que aplaudo el esfuerzo de este plan de abordar esta cuestión desde el principio.

Lo segundo es algo muy importante, y que es empezar la exposición del plan con una declaración de valores. En nuestro país, cuando empezamos hace 30 años a discutir sobre nuestros sistemas comunitarios tuvimos un largo debate acerca de los valores que debían inspirar nuestra toma de decisiones, aunque en ese momento la gente que salía de las instituciones mentales no tenía servicios disponibles para ellos. Pero mirando retrospectivamente fue una de las cosas más sabias que pudimos hacer porque tenemos un marco común de entendimiento, cual es que los servicios van a estar centrados en el paciente y su familia.

Es importante definir que la gente debe ser atendida en el ambiente menos restrictivo posible, las personas con enfermedades mentales deben ser protegidos del abuso y el abandono, porque los servicios descritos en el plan pueden irse adaptando y modificando según las circunstancias, pero lo que no cambiará son los valores en los que se basan.

Tercero, ustedes han abordado también el tema de las actividades interdisciplinarias. Considero que eso es un gran acierto expresarlo claramente y hacerlo parte de la declaración de principios, precisamente porque no es algo fácil de conseguir, por los conflictos que surgen en relación al control y las competencias.

Cuarto, el plan describe una variedad bastante rica de servicios, especialmente de naturaleza psicosocial. La mayoría de las personas con enfermedades mentales más severas requieren muchos tipos de servicios y apoyos.

Quinto, están tomando desde el principio en cuenta lo que los consumidores quieren. Nosotros empezamos pensando en distintos tipos de terapias y medicamentos y nos tomó años llegar a sentarnos con los consumidores y sus familias para preguntarles a ellos qué querían. Y lo que nos dijeron era distinto a lo que nosotros pensábamos, tuvimos que reconocer que no sabíamos cómo tratarlos. Cuando al final consiguieron nuestra atención supimos que lo que querían eran viviendas, empleo, protección frente a la violencia y los abusos.

Por último quiero sugerir que la evaluación de los servicios es absolutamente esencial. No cometan los errores que nosotros cometimos, como fue hacer un trabajo maravilloso durante 20 años con un programa llamado Grupo de Apoyo Comunitario y el Congreso, con razón, más tarde señaló que no teníamos pruebas o evidencias de lo bien que lo hacíamos. Eso significó un gran problema en el financiamiento de nuestros servicios. No cometan ese error, evalúen sus programas, en forma sistemática y extensa, es una inversión que será recuperada en diferentes formas."

## 2.2. Doctor Benedetto Saraceno, Director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

"Los principios del Plan son un avance importante para Chile y pueden constituirse en un modelo para todo el Continente. Es muy difícil no estar de acuerdo y tengo dos observaciones que hacer:

Primero, el plan necesita optar, en forma explícita, entre fragmentación versus concentración, en la estrategia de cómo y quién se hace cargo de la demanda.

Creo que después de 20 años de debate sobre la reforma italiana, lo más positivo de ella ha sido la gran variedad de recursos que existen, distribuidos en el territorio, incluyendo al Hospital General y al Hospital Psiquiátrico, con un Centro de Mando Central que es el Equipo de Salud Mental Comunitario. Ahí está el jefe de todo, con la lógica de territorios entre 150 mil y 250 mil habitantes que tienen un punto de referencia, que es el Centro de Salud Mental Comunitario. Este Centro es el que utiliza los distintos niveles de recursos: la hospitalización breve, la hospitalización en el hospital general, el hogar protegido, etc.

Porque si el mando no está concentrado ahí, todo recurso se fragmenta, se crean

territorios aislados que muy difícilmente se comunican y que se pelean por la plata, se mandan unos a otros los pacientes y así los pacientes más difíciles se van directo al hospital psiquiátrico, porque son los pacientes que nadie quiere, son los más complicados de manejar. Hay una opción central cuando se hace un plan de Salud Mental: si tener la capacidad resolutoria, la capacidad administrativa y la capacidad de mando difusa, lo que, aparentemente, suena más democrático; o concentrada, lo que suena más efectivo. Esto es, en realidad, una reflexión.

Segundo, creo que está poco claro el tema del financiamiento. No se especifica si el dinero sigue al paciente o se queda en la estructura. No se entiende bien la relación que tiene la falta de hogares, psicólogos y psiquiatras con que hay demasiadas camas en el hospital Psiquiátrico. Bueno, la disminución de las hospitalizaciones psiquiátricas debiera liberar recursos que ahora están ligados a la cama.

En Italia había un debate muy importante cada vez que se cerraba un hospital psiquiátrico. ¿Dónde iban los recursos? Entonces hicimos un estudio para identificar cuáles eran las masas críticas de camas que había que eliminar de un hospital psiquiátrico para que esta masa crítica generara recursos económicos hacia afuera. Supimos que la disminución de un 25% de las camas genera un recurso adicional, en términos de recursos humanos y financieros. Después hay que disminuir hasta el 45% de las camas para que se generen nuevos recursos adicionales. Los últimos pasos del cierre del hospital generan menos recursos porque hay una masa crítica mínima de recursos que hay que mantener.

No queda claro cómo se va a comportar en Chile la estrategia, que ha sido fundamental en el proceso de reforma italiana, de aumentar el recurso comunitario bajando el recurso hospitalario."

**2.3. Dr. Sergio Aguilar Gaxiola, Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad Estatal de Fresno, California y Coordinador para América Latina del Estudio Salud Mental 2000 de la O.M.S**

"En el plan que he conocido, encontré que en al menos 9 ocasiones se hace referencia a temas de planificación y evaluación de resultados que son del dominio de la epidemiología. Son los estudios epidemiológicos los que han demostrado que los trastornos mentales se cuentan hoy en día entre los que más carga producen entre todas las enfermedades del mundo, y estiman que la Depresión Mayor por ejemplo ocupará el primer lugar en términos de la carga global de enfermedades en las próximas dos décadas, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Pero el plan no define explícitamente un componente de evaluación de resultados esperados. Este es un componente estratégico que sugiero sea específicamente reconocido y resaltado. Su propósito sería promover el mejor uso de los recursos de salud pública a través del desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica sencillo, oportuno, flexible, aceptable, representativo y que permita determinar la efectividad

y eficiencia de las intervenciones.

La vigilancia epidemiológica se refiere a la recolección, análisis e interpretación de datos para monitorear problemas de salud específicos: la magnitud y tendencias de cada trastorno, y la identificación de grupos de alto riesgo, de los factores de riesgo modificables y de los factores protectores. Así se aumenta la probabilidad de identificar correctamente los problemas en la atención y así hacer recomendaciones oportunas y adecuadas para mejorar el acceso, disponibilidad, utilización, integración, coordinación, calidad, eficiencia y eficacia de los servicios.

Los avances en Psiquiatría Epidemiológica permiten monitorear otros indicadores tales como la severidad, pérdida de productividad laboral, calidad de vida, años de vida saludable perdidos, costos médicos como el número de días cama por discapacidad y uso de servicios de salud mental ambulatorios, emergencias hospitalarias, etc. Toda esta información puede ser capturada y analizada en forma oportuna y continua."

**2.4. Dr. Harvey Whiteford, especialista en Salud Mental del Banco Mundial, involucrado en Australia en la reforma del Servicio de Salud Mental por más de 10 años y asesor de los gobiernos de diversos países en sus planes de Salud Mental.**

"Para implementar un plan como el que se propone en Chile es muy importante diseñar una estructura de trabajo a largo plazo. En Australia tuvimos un periodo de implementación del plan de salud mental de 5 años. Probablemente no logramos ni la mitad de lo requerido y el Gobierno nos otorgó otros 5 años. Esto es más tiempo del que la mayoría de las personas permanece en puestos de confianza y autoridad en un gobierno o servicio de salud.

La red de aporte a la elaboración del plan es muy importante, porque es muy probable que la implementación sea entregada a muchas y diferentes personas. Un plan nacional de salud es más que lo que el gobierno puede realizar. Todos tienen que asumir responsabilidades, y trabajar con mucha dedicación porque el plan pertenece a todos. Si no se hace así, no será el gobierno el que sufrirá el dolor sino las personas con enfermedades mentales, sus familias y aquellos que los cuidan y ayudan.

En el aspecto financiero yo diría que, además del gobierno, es crucial que las compañías privadas de salud cubran todo tipo de desórdenes mentales. Sin discriminación. A pesar de los inconvenientes, es claro que tener Seguros Privados de Salud ayuda. Así ocurre en Australia y otros países que tienen una gran cantidad de su población con cobertura en seguros privados de salud a un costo conveniente.

La participación y preocupación del plan en la salud primaria aseguraría y garantizaría que estas personas que requieren ayuda puedan ser tratadas por proveedores que entregan ese servicio de salud, en forma que es a menudo más barata, con menos incomodidad y muy buenos resultados. Sin lugar a dudas no pueden tener el mismo

resultado que un especialista en la atención de personas con enfermedades psíquicas, grupo de enfermos reconocido como el que necesita más servicios psiquiátricos. Los proveedores de salud primaria pueden ser muy efectivos si reciben un buen entrenamiento en diagnóstico y tratamiento y el apoyo de especialistas de servicios de salud mental. Pero es frecuente que los proveedores de Institutos u Hospitales especializados en salud mental sientan un cierto grado de propiedad sobre los pacientes, lo que dificulta el traslado de responsabilidades a proveedores de salud mental de salud primaria y comunitarios.

Es importante monitorear el plan para poder ver cómo está marchando el sistema, saber los costos de la operación mediante un Centro de Contabilidad o un mecanismo similar, para registrar los gastos efectuados para financiar hospitales y servicios en la comunidad. El mejor servicio que podría existir en el mundo sería aquel en que la población inserta en el sector público recibiera un 60% de las inversiones en la comunidad y un 40% en el cuidado especializado de los pacientes.

Existen organizaciones que no pertenecen al gobierno, no necesariamente de caridad, que a mi juicio deben ser consideradas con respeto y muy legítimos. De hecho, proveen servicios que reducen el sufrimiento, la discapacidad y pueden ayudar al enfermo a una reinserción en la comunidad. Todo esto con un costo muy conveniente. Algunos de estos servicios pueden ser financiados por el gobierno.

Para contar con un informe nacional que muestre cómo progresa la implementación del plan, tanto en su costo como en su efectividad, es importante recoger la información no sólo de los hospitales, sino también de comunidades, servicios no gubernamentales y del sector privado. Para ello se requiere de un lenguaje común y que todos tengan claro la forma de entrega y el uso de la información.

El inicio de un plan se produce cuando hay suficiente nivel de compromiso político, pero esto no necesariamente va a ser siempre así. Esto debe tomarse muy en serio pues el desarrollo del plan podría tomar muchos años y tendrá que ser muchas veces redefinido, perfeccionado y constantemente implementado. Para mantener el apoyo necesitamos poder argumentar lo que estamos haciendo, necesitamos medir los resultados y costos para demostrar que el plan está al alcance financiero del país y al servicio de sus prioridades de salud."

# Capítulo 9

---

## CONCLUSIONES





*«la ciencia no es todo lo que media entre una  
hermosa idea y una dura realidad»*

*Anónimo del siglo XXI*

## IX. CONCLUSIONES

Un plan nacional es, necesariamente, una idea, una construcción abstracta, el producto de un ejercicio de la imaginación. Y lo es, aunque se construya en base a datos concretos, a información dura, aunque se contraste en cada paso con la realidad de lo posible, aunque se inspire en experiencias de personas capaces de sistematizar sus aprendizajes, aunque considere como punto de partida los valores, las creencias, las actitudes y conductas predominantes en cada grupo involucrado en sus acciones. Aunque sea estrecha la convivencia con lo cotidiano, con el devenir de lo que sucede cada día.

Un plan nacional en un aspecto tan básico del bienestar expresa en estos tiempos, sobre todo la capacidad de soñar. De soñar, no sólo con contribuir a mejorar la calidad de vida de un conjunto de personas que jamás podríamos llegar a conocer. De soñar, especialmente en que el país pueda coincidir, en un esfuerzo colectivo y desinteresado por el bien de todos.

Pero un plan nacional es sobre todo, una tremenda responsabilidad para quienes le han dado forma. Proponer estrategias concretas para la utilización de los recursos de todos los chilenos es algo que no hemos dejado de tener presente cada día.

Y, a pesar de todo, no dejaremos de hacernos preguntas. La información utilizada en el diseño de cada uno de sus pasos, ¿es realmente la mejor evidencia técnica, la más seria, fiable, actualizada?

¿Habremos sido capaces, aunque sea en un aspecto tan específico como son las enfermedades mentales, de conocer realmente qué es lo que esperan, necesitan y merecen los enfermos y sus familias?

Los profesionales, técnicos y todas las personas que han hecho de la atención en salud mental una forma de vida, ¿han sido suficientemente informadas, consultadas, escuchadas?

Nunca estaremos seguros de cuáles son las respuestas a éstas y otras muchas preguntas. Pero estamos convencidos de que ha llegado el momento, que el plan es una oportunidad para poner en práctica, tal vez los principios más universalmente compartidos por la sociedad chilena: la salud es un derecho, la solidaridad es una estrategia, la equidad es una forma de identidad nacional.

Porque el bienestar biológico, psicológico, espiritual y social de todos, sin exclusiones, es una aspiración que trasciende, con mucho, lo que un gobierno puede hacer, incluso lo que un Estado puede proponerse y debiera llegar a ser una forma de vida para un mundo que tiene el desafío de sobrevivir al siglo XXI.

# Anexos



## ANEXO 1

CONFERENCIA NACIONAL  
 PLAN DE ATENCION PSIQUIATRICA PARA CHILE  
 Santiago, 18 y 19 de mayo 1999

Conclusiones del grupo :

**"PROTAGONISMO DE USUARIOS Y FAMILIARES"**

Las principales conclusiones y propuestas del trabajo del grupo fue expuesto en tres aspectos fundamentales, en formas de estrategias a ser incorporadas al plan.

1. Protagonismo del usuario, sus familiares y agrupaciones.
  - 1.1. Participación activa de usuarios y familiares en "Consejos de Desarrollo" en distintas instancias de la red (unidad de salud mental, centros de salud mental, servicios de psiquiatría, hospitales psiquiátricos, hospitales día, etc.).
  - 1.2. Participación de usuarios y familiares como prestadores de servicios de rehabilitación psicosocial para la integración efectiva de las personas a la comunidad.
  - 1.3. Utilizar los dispositivos existentes de las agrupaciones e incorporarlas en la red de servicios existente.
  - 1.4. Lograr el desarrollo de una estrategia de sensibilización, difusión y educación por parte de los usuarios y familiares en conjunto con los equipos profesionales.
  - 1.5. Lograr una participación activa de los usuarios y familiares como agentes protectores que velen por la defensa de los derechos de los usuarios, la calidad de los servicios prestados y el desempeño de los equipos profesionales.
  - 1.6. Incorporar el programa PRAIS dentro de los programas regulares del plan de salud mental asegurando su continuidad.
2. Trabajo intersectorial del sector salud con otros sectores involucrados en la integración psicosocial de las personas con discapacidad psíquica (hacienda, justicia, empresariado, vivienda, trabajo, educación)
  - 2.1. Incorporar en las prestaciones de salud una diferenciación entre los servicios de rehabilitación y los de reinserción prestados al usuario.
  - 2.2. Incorporar la prestación de coordinación intersectorial como una nueva prestación con el objetivo de lograr participación y coordinación de los diversos sectores involucrados.

- 2.3. Incorporar la prestación de familiares como cuidadores de los usuarios.
3. Horizontalidad en la relación entre usuario, familia y equipos profesionales en el modelo de atención
- 3.1. Educación y sensibilización permanente de los equipos profesionales, monitores y otros recursos humanos.
- 3.2. Incorporar y enfatizar en la relación igualitaria, el respeto a los derechos humanos y necesidades individuales de los usuarios y familiares en la formación de pre grado y post grado de profesionales, monitores y otros recursos humanos relacionados.

**CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL  
DE LA FEDERACION MUNDIAL DE SALUD MENTAL  
"Interfaces en Salud Mental: Pobreza, Calidad de Vida y Sociedad"  
Santiago, 5 al 10 de Septiembre 1999**

La activa participación de las organizaciones de Usuarios y Familiares se expresó en una reafirmación de algunas consideraciones fundamentales acerca del rol de estas organizaciones y en la propuesta y aprobación, como una resolución de la asamblea de los usuarios y familiares :

- Es necesario reconocer explícitamente que los usuarios, familiares y sus organizaciones poseen enormes y decisivas capacidades para coadyuvar en los tratamientos, para la contención, evitar recaídas, continuidad de tratamiento, evitar marginación, rehabilitación y mantención de capacidades en los pacientes .
- Que son un apoyo estratégico al desarrollo del plan, pues aportan a la optimización de las estrategias de intervención, a evitar o disminuir el impacto negativo de la enfermedad mental en la salud de la familia y son agentes efectivos para sensibilizar a la sociedad y ejercer presión social.
- Que pueden asegurar el respeto de los derechos de los pacientes - personas que no siempre están en condiciones de defenderlos por si mismos - en base a "Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales", estipulados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución N° 46 / 119 del 17 de diciembre de 1991 y al Quinto Acuerdo presentado para Resolución de la Asamblea de la Federación Mundial de Salud Mental, el 7 de Septiembre de 1999 en Santiago.

## ANEXO 2

## "COSTO EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS".

Conferencia del Dr. Donald Wassilenki  
 Conferencia Nacional Plan de Atención  
 Psiquiátrica para Chile, Santiago 18 de Mayo de 1999

En las postrimerías del siglo XX, y en un mundo cada vez más globalizado parece imperdonable no recurrir a la experiencia de otros países y aprender de ellos la forma de enfrentar problemas similares. Especialmente invitado para enseñarnos de la experiencia internacional, tendremos el honor de escuchar al Dr. Donald Wassilenski cuya conferencia se titula "Costo efectividad de la atención psiquiátrica en sistemas de salud privados y públicos". El Dr. Wassilenski es Médico Psiquiatra y Magister en epidemiología de la Universidad de Toronto, Canadá. Es jefe de psiquiatría del Hospital Saint- Michael y profesor en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto al tiempo que sub jefe de programas y planificación del mismo departamento. El Dr. Wassilenski es miembro de la Sociedad Psicoanalítica Canadiense y ha publicado más de 100 artículos y editado dos libros. En los últimos 10 años ha estado fuertemente involucrado en las políticas públicas en el campo de la salud mental en Ontario y ha desarrollado una línea de investigación en el cuidado y manejo de los pacientes psicóticos graves en los servicios extra hospitalarios.

Dr. Wassilenski

Buenos días damas y caballeros, desgraciadamente esa es la extensión de mi español. Es un gran honor ser invitado a esta conferencia. Me gustaría agradecer al Dr. Minoletti y a la OPS por contribuir a mi visita. Ayer tuve la oportunidad de ver Santiago por primera vez, la cual es una bonita ciudad, parecida a Toronto excepto que ustedes tienen aquí más montañas y muchos más buses. Bueno, en realidad creo que tienen montañas porque en realidad no las he visto todavía

Creo que hay muchas razones para comunicarnos a través de diferentes fronteras en eventos internacionales. Una es que podemos compartir experiencias y así no tener que hacerlo todo de la manera más difícil. Creo que comenzaré por contarles la historia de un hombre que hacía todo de la manera más difícil. La acción ocurre en un campo de golf. Tres golfistas están a punto de comenzar a jugar y ven a un hombre solo y lo invitan a unirse a ellos. El dice "me encantaría unirme a ustedes pero deben comprender que yo lo hago todo de la manera más difícil". Los tres amigos no saben lo que significa esto y dan un primer golpe con sus palos de golf. El hombre toma un bate de béisbol de su bolso de golf, tira la pelota y la golpea en el aire. Cuando llegan al verde los otros hombres le dan con sus palos de golf y él toma un palo de pool de su bolso. Después de jugar llegan al bar y pide un whisky con soda en vasos distintos, pone el vaso de whisky en una cuchara, golpea la cuchara y el whisky vuela por el aire y cae en el vaso de soda. Dice "ven yo lo hago todo de la manera más difícil, de hecho he pasado toda mi vida pensando en la manera de hacerlo todo de la manera más

difícil". Hay una pausa y los otros se miran entre sí y al fin el hombre dice "Se lo que os estáis preguntando ¿Cuál es la manera más difícil de hacer el amor? Bueno es de pie sobre una hamaca". Uno nunca sabe como suenan los chistes en otro idioma.

El tema sobre el que les hablaré esta mañana es un proyecto que realizamos para el gobierno canadiense en el que se unía la evidencia de la efectividad de varios tipos de programas y servicios para personas con problemas mentales severos. Estos programas y servicios que están sustentados por fuerte evidencia los describimos como "Mejor Práctica". Este era un proyecto llevado a cabo por un gran número de investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto. Este dibujo dice esta montaña no ha sido nunca escalada por un grupo, esto es más bien el asalto de un grupo

La población objetivo de este proyecto eran las personas con enfermedades mentales severas, enfermedades como esquizofrenia, desórdenes severos del ánimo y desórdenes mentales orgánicos. El interés estaba en los servicios y apoyos por lo que no nos concentramos en la efectividad de tratamientos específicos como la preferencia de unos medicamentos respecto a otros, en su lugar estábamos interesados en qué tipo de programas y apoyos beneficiaban a la gente con problemas mentales severos. También estábamos interesados en las estrategias, es decir si uno quiere poner en marcha programas específicos qué tipo de estrategias de administración se necesitan para lograr que esto ocurra. Tanto a nivel de los programas como de los sistemas.

Esta es nuestra definición de Mejor Práctica: "Actividades y programas que están fundados en la mejor evidencia posible sobre qué es lo que funciona". El gobierno nos estaba pidiendo que reuniéramos evidencia sobre los que funciona bien para la gente con problemas mentales severos.

En Canadá estamos intentando mejorar nuestro sistema de salud mental y esto es lo que queremos decir por reforma de salud mental; "Un sistema de servicios y ayudas equilibrada y eficaz" es la meta principal. Equilibrada significa una buena provisión de fondos para apoyo comunitario e institucional. Por eficaz se entiende aquello que funciona. Se intenta que los programas involucren a los pacientes y a sus familiares en el diseño y entrega de atención, promover una independencia de la máxima duración posible y una integración social en la comunidad. Estamos intentando reformar el sistema, para que los usuarios y sus familias se involucren y así puedan lograr una total inserción en la comunidad. Implica elementos de ciudadanía porque estamos hablando de programas y servicios que conecten a la gente con enfermedades mentales severas con comunidades naturales a través de una red de apoyos y contactos. Deben tener acceso a trabajos u otras actividades productivas, a buenas viviendas, a una buena educación y a unos ingresos suficientes. Esta es nuestra meta en Canadá, ayudar a personas con enfermedades mentales severas a convertirse en ciudadanos.

Estas son las ayudas, servicios y estrategias que están fundados en evidencia concreta. Primero el Seguimiento o Monitoreo de Casos y el Tratamiento Asertivo Comunitario; segundo, los Servicios de Crisis; tercero, la Vivienda y Ayuda de la Comunidad; cuarto,



las Alternativas a la Hospitalización; quinto la Autoayuda y las Iniciativas de Usuarios; sexto, la Autoayuda Familiar y séptimo, la Rehabilitación Vocacional. Lo que haré será hablarles sobre la evidencia de la eficacia en cada una de estas siete áreas. Las estrategias de reforma del sistema para lograr que estos programas y servicios puedan ser implementados son políticas claras, mecanismos gubernamentales y fiscales, evaluación y una estrategia específica en recursos humanos, de las cuales también hablare brevemente.

Esta es la forma en la que hemos reunido la evidencia; hemos dirigido una revisión literaria de los conocimientos basados en evidencia publicados o no publicados en francés o inglés desde el año 1985. Cuando revisábamos un artículo lo poníamos al día, a 1997. La evidencia para servicios y ayudas están basadas en experimentos o casi-experimentos o en métodos de calidad demostrada. La evidencia para las estrategias del sistema se basan más en la experiencia empírica y en la descripción de experiencias en distintas jurisdicciones. Así, cuando encontrábamos un estado en Estados Unidos o un condado en Gran Bretaña que había incorporado servicios eficaces de salud mental estudiábamos las estrategias que esa región o estado había utilizado para incorporar con éxito esos servicios e incluíamos esa información en nuestros análisis de estrategias a nivel de sistema. Así, la evidencia para los servicios y ayudas es más fuerte, más científica que la evidencia de las estrategias que es más administrativa.

**El primer tipo de programa que está basado en evidencia y mostró su efectividad es el Apoyo Individual y el Seguimiento de Caso (Case Management).** Cuando empezamos por primera vez a desinstitucionalizar personas con enfermedades mentales severas nos dimos cuenta que estas personas con muchas discapacidades necesitaban apoyo personal para poder vivir en la comunidad. Este tipo de apoyo personal se ha venido llamando Seguimiento de Caso. El Seguimiento de Caso es el centro de los servicios comunitarios de salud mental en todo Estados Unidos. Un Encargado de Casos es un individuo que trabaja con alguien discapacitado por una enfermedad mental severa para asegurarse de que las necesidades de esa persona son cubiertas en la comunidad. Al comienzo, pensábamos que un Encargado de Casos podría simplemente referir a las personas a distintos servicios y programas. Al pasar el tiempo descubrimos que muchas personas mentalmente discapacitadas necesitaban una forma de Seguimiento de Caso mucho más intensa, en la cual el director de caso desarrolla una relación clínica con el individuo discapacitado y se asegura que los servicios y ayudas en la comunidad están siendo realmente de utilidad para ese individuo. A continuación nos dimos cuenta que el grupo de individuos más severamente discapacitado necesitaba una forma muy intensa de Seguimiento de Caso que ahora es llamado **Tratamiento Asertivo Comunitario.**

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un programa muy activo llevado a cabo por un equipo multiprofesional que apoya a la persona 24 horas al día, siete días a la semana. El equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario se reúne cada mañana y revisa todas las necesidades de todos los pacientes todos los días. El equipo ofrece un apoyo intensivo en la comunidad para esos individuos a medida que se necesita, ya que está en guardia 24 horas al día y siete días a la semana y es muy activo para incorporar a

gente muy enferma al tratamiento. Ahora hay 35 pruebas de control al azar en la literatura científica que muestran que el TAC es altamente eficaz, permite un control de los síntomas para personas con enfermedades mentales severas como la esquizofrenia o desórdenes severos del ánimo. Produce una dramática disminución en el uso de servicios de hospital así como altos índices de satisfacción tanto en la familia como en el paciente. Mejora el funcionamiento de éste en la comunidad y es más barato que la hospitalización. La evidencia de la efectividad del Tratamiento Asertivo Comunitario es más fuerte que el de cualquier otro programa o servicio en el área de salud mental. La evidencia para otras formas menos intensas de Seguimiento de Caso es moderada. Así que si uno está construyendo un sistema de salud mental para personas con enfermedades mentales severas debe tener programas de Seguimiento de Caso en funcionamiento y para los grupos más severamente discapacitados deben haber equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario. Muchos estados en EEUU tienen ahora cientos de equipos para Tratamiento Asertivo Comunitario en funcionamiento. En Ontario, que es la provincia más grande de Canadá, con una población de 10 millones de habitantes, tienen 40 equipos TAC funcionando para la población más enferma. Por lo tanto este es el primer programa para el que hay abundante evidencia: el Tratamiento Asertivo Comunitario.

**El segundo programa que cuenta con evidencia es el de los Servicios de Crisis.** Esto significa que las personas con enfermedades mentales severas necesita acceso inmediato a centros de crisis apenas comienzan a desarrollar conductas problema. Solíamos pensar en los Servicios de Crisis como la situación en que la persona acudía a los departamentos de urgencias de los hospitales y era admitido en los servicios de psiquiatría. Ahora creemos en sistemas de respuesta a crisis que ofrecen un nivel de atención menos intensiva para personas en situaciones de crisis.

Un Sistema de Respuesta a Crisis consiste en un conjunto de componentes relacionados para servir en un área específica. El primer tipo de Sistema de Respuesta a Crisis es una línea de teléfono de angustia. Esto significa que personas en crisis puede fácilmente poder hablar con alguien por teléfono para recibir ayuda. El siguiente nivel de servicios de crisis es una clínica abierta. Esta es un tipo de clínica donde alguien puede llegar sin una cita previa y recibir atención. El tercer nivel de servicios de crisis es el equipo móvil de crisis. Esto implica que un profesional de la salud mental puede ir donde una persona en crisis en la comunidad y ofrecerle ayuda sin llevarlo a una institución. Este es realmente el componente clave de un sistema de respuesta de crisis. El cuarto componente es una casa segura o unidad de estabilización de crisis. Este lugar no es un hospital sino un espacio donde la persona en crisis puede pasar un período de tiempo recibiendo atención hasta que la crisis pase. El siguiente componente es el Servicio de Urgencia de un hospital para aquellos en los que la crisis tiene un componente de medicina psiquiátrica o cuando la medicación es necesaria para el manejo del paciente. Y en el Servicio de Urgencia del hospital debe haber algunas camas de retención para manejar a los pacientes mentales en crisis. Y finalmente, el último componente de un sistema de respuesta a crisis es el servicio de hospitalización psiquiátrica. Así que la idea de implementar un sistema de respuesta de crisis es que en cualquier área haya algo de todos estos componentes: línea telefónica, clínica

abierta, equipo móvil, urgencia del hospital, los que deben estar relacionados y conectados entre sí para que el individuo reciba la intervención menos invasora para resolver la situación de crisis. El problema de esta área de servicios de respuesta de crisis desde el punto de vista de la evidencia es que ha habido muy pocos estudios buenos de estos servicios. Esto es en parte porque es difícil hacer estudios al azar sobre la gente en situaciones de crisis y comparar las condiciones de tratamiento versus no-tratamiento en esos momentos de forma eficaz. Alguna evidencia sugiere que si se incorpora un psiquiatra a un equipo móvil de crisis se reduce el número de admisiones hospitalarias y si se elimina el psiquiatra este vuelve a aumentar.

Pero hay otro estudio que compara condados en Massachusetts (EEUU) que tienen equipos móviles de crisis con otros que no los tienen y no muestran gran diferencia entre ambos en el número de admisiones hospitalarias. Por otra parte en el Reino Unido hay evidencia de que las intervenciones tempranas de programas de crisis sí reducen las admisiones en hospitales. Así que la evidencia es mixta y hay muy pocos estudios empíricos así que les recomendaría, si es que están desarrollando servicios de crisis en Chile, establecer componentes serios de evaluación porque debemos aprender más sobre estos servicios y su relación con las situaciones de crisis. Hay bastante evidencia de que si se añaden camas de retención al Servicio de Urgencia de un hospital general se pueden reducir las admisiones en los servicios de psiquiatría. En términos de Mejor Práctica se acepta que al implementar servicios para los enfermos severos en una determinada área los sistemas de respuesta de crisis debieran ser el segundo componente en importancia.

**El área número tres que hemos identificado implica las Alternativas a la Hospitalización.** Hay pruebas de que hay algunos servicios que pueden ser ofrecidos en la comunidad y que son alternativas a la admisión en hospitales de los enfermos severos.

La primera pregunta es ¿pueden ser trasladados a vivir en la comunidad los pacientes de larga estadia?

Existe suficiente evidencia en el Reino Unido y EEUU que demuestra que pacientes de larga estadia pueden ser reincorporados a la comunidad y que su calidad de vida mejora en residencias de la comunidad. La mejor evidencia es de un proyecto de atención en la comunidad al noroeste de Londres (Reino Unido) donde fueron cerrados dos grandes hospitales psiquiátricos y varios miles de pacientes de larga estadia fueron reincorporados en la comunidad. La evidencia muestra que a estos pacientes les va muy bien en residencias comunitarias, que su satisfacción es mayor de la que sentían en los hospitales y que su nivel de síntomas no son diferentes de cuando residían en los hospitales. En Filadelfia, EEUU, se cerró el hospital del estado. Todos los pacientes fueron trasladados a la comunidad. De 500 pacientes aproximadamente, solo 75 fueron difíciles de reinstalar. Estos eran pacientes muy agresivos pero fueron trasladados a residencias comunitarias seguras y con el tiempo muchos de ellos fueron capaces de cambiarse a residencias menos seguras. Por tanto, hay evidencia seria de que pacientes de larga estadia pueden ser trasladados desde los hospitales psiquiátricos a residencias en la comunidad.

La segunda pregunta es ¿Hay alternativa a la admisión en unidades psiquiátricas de atención de agudos?

Hay dos tipos de programas que han demostrado ser alternativas eficaces. La primera son los programas de hospitales de día. Hay abundante evidencia en la literatura médica de que los hospitales de día pueden ser una alternativa a la atención durante 24 horas de los hospitales. Parte del problema en esta área es que la gente define hospital de día, tratamiento de día, atención de día, terapia de día, etc. como cosas diferentes. Pero un programa de atención de agudos de día, con un personal adecuado, ofreciendo atención intensiva puede realmente ser una alternativa a la admisión hospitalaria para pacientes que no requieren ser supervisados en la tarde y noche. Y los programas de hospitales de día son más baratos que los programas de admisión porque solo requieren personal de un solo turno en vez de tres. La otra alternativa a la hospitalización que también es eficaz es el tratamiento en el hogar, esto significa que muchos pacientes que necesitan estar hospitalizados pueden ser tratados en su lugar de residencia si los profesionales de salud mental pueden desplazarse hasta allí, y ofrecerles atención y tratamiento en su hogar. Hay estudios en Canadá, EEUU, Reino Unido y Australia con pruebas de control al azar, que muestran que un tratamiento intensivo en el hogar como base es tan eficaz como la hospitalización para atención de agudos y que los pacientes y familias prefieren el tratamiento en su hogar sobre el del hospital. Esto es en parte porque los familiares aprenden a manejar mejor al enfermo al trabajar con el equipo de tratamiento en el hogar. Así que estas dos alternativas a la atención hospitalaria: Hospitales de día y Tratamiento en el Hogar, están apoyados por fuertes evidencias en la literatura médica.

La tercera pregunta es ¿Cuánto tiempo debe permanecer la gente en los hospitales cuando realmente necesitan la atención intensiva del hospital? Aquí, la literatura muestra que no hay una relación entre la duración de la estadia hospitalaria y la adaptación a la comunidad o las cifras de readmisión. En otras palabras, si uno mantiene a alguien en el hospital por dos meses o dos semanas no hace gran diferencia en cuanto a cómo la persona se readapta después del alta. Debido a esta evidencia hay una tendencia a preferir la hospitalización breve o de corto plazo y en la mayor parte de EEUU el periodo de hospitalización para una persona con una enfermedad mental severa es de 10 a 14 días y la meta es empezar a estabilizar la condición de la persona y continuar el tratamiento intensivo en un programa de salud mental en la comunidad. La idea es intentar reducir la dependencia de largos y caros tratamientos basados en la atención hospitalaria lo más posible. Y hay evidencia que apoya esta idea. La única excepción es que hay pruebas de que durante el primer episodio de una enfermedad psicótica puede ser más efectivo mantener a alguien en el hospital durante un periodo más largo de tiempo para asegurarse de que tanto el paciente como su familia entienden la enfermedad, entienden el plan de tratamiento y para asegurarse que los servicios de atención comunitaria están en funcionamiento. Más allá de eso, el énfasis está en las hospitalizaciones breves.

El área final de alternativas a la hospitalización se concentra en establecer fuertes relaciones entre los profesionales de salud mental y los médicos de atención primaria como una alternativa al tratamiento externo con base en el hospital. Este modelo se

describe como Atención Compartida, entre los profesionales de salud mental y los encargados de la atención primaria.

Esto significa que el médico de atención primaria debe tener acceso fácil y cercano al profesional de salud mental. En este modelo el psiquiatra, por ejemplo, se reúne regularmente con el personal de la atención primaria para discutir el manejo de personas con enfermedades de salud mental severas y los profesionales de salud mental deben estar disponibles telefónicamente de una manera inmediata para dar recomendaciones e indicaciones. Si hay una buena relación entre los profesionales de salud mental y el sector de atención primaria entonces muchas personas con enfermedades mentales severas pueden ser eficazmente tratadas en el sector de la atención primaria, sin tener que depender de los servicios de salud mental de base hospitalaria. Hay dos buenos estudios en el Reino Unido que demuestran que la atención compartida puede ser una alternativa eficaz a la atención hospitalaria. Para el diseño de un sistema de salud mental para personas con enfermedades mentales severas, existe evidencia sobre la efectividad del Seguimiento de Caso, el Tratamiento Asertivo Comunitario, Sistemas de Respuesta a Crisis y sobre las Alternativas a la Hospitalización.

**La siguiente área es la Vivienda.** Al trabajar con personas con enfermedades mentales severas, es extremadamente importante que el sistema le dé a esa gente un lugar seguro donde vivir en la comunidad. Al principio, los modelos que se utilizaban como modelo de vivienda eran "de custodia". Dábamos de alta a las personas de los hospitales y las llevábamos a establecimientos institucionales muy grandes y con pocos programas de apoyo. Después empezamos a desarrollar lo que llamábamos modelos de vivienda alternativa. Estos son programas de pequeñas viviendas con mucho personal que vivía en casa ofreciendo apoyo para personas con enfermedades mentales severas. Esto lo describimos como Viviendas de Apoyo y ofrecíamos diferentes niveles de apoyo, en distintos programas de vivienda. En el programa de nivel 1 había apoyo accesible las 24 horas, en el programa de nivel 2 había menos apoyo en el programa de nivel 3 menos apoyo que en el 2 y en el nivel 4 todavía menos. El problema con este modelo era que a medida que la condición del paciente cambiaba tenía que mudarse a una vivienda de otro nivel. Si uno estaba en el nivel 4 y empezaba a mejorar la recompensa era que perdía su hogar. Por eso, recientemente decidimos que este modelo era demasiado rígido y hemos desarrollado un nuevo modelo de vivienda que desconecta la función de apoyo de la función de vivienda y hace que la ayuda sea mucho más flexible. Esto se llama Vivienda con Apoyo.

El nuevo modelo de vivienda implica que una persona con una enfermedad mental severa puede vivir en cualquier lugar de la comunidad y la cantidad de apoyo que la persona necesita puede ir al lugar de residencia de la persona por el tiempo que la persona necesite este apoyo. Cuando la persona necesita menos apoyo el nivel de éste puede reducirse, y la persona no pierde su hogar porque su condición cambie. Esto nos da mucha más flexibilidad para encontrar lugares donde la gente pueda vivir que el sistema antiguo que era mucho más rígido. Y ahora empezamos a ver evidencia de que este modelo más flexible es más eficaz porque crea más viviendas potenciales en la comunidad. La otra cuestión importante es que han empezado a surgir en las ciuda-

des norteamericanas los "sin hogar". Las ciudades norteamericanas tienen miles de personas viviendo en las calles con enfermedades mentales severas y estamos aprendiendo que una combinación del tratamiento asertivo comunitario y el programa de vivienda flexible es eficaz al instalar en viviendas a personas sin hogar con enfermedades mentales severas. Se han hecho seis estudios a través de EEUU que muestran que diferentes combinaciones de vivienda flexibles y Tratamiento Asertivo Comunitario son muy eficaces para trasladar a las personas sin hogar con trastornos mentales severos a una vivienda. También hay fuertes evidencias en esta cuarta área, en el sentido de desligar la función de apoyo o atención de la función de vivienda.

**La quinta área tiene que ver con la Rehabilitación Vocacional.** En esta área hemos aprendido lecciones similares a las del área de vivienda. La ayuda a las personas en términos de empleo debe ser mucho más flexible. En el pasado nos apoyábamos en largos periodos de asesoramiento vocacional en hospitales o en casas de trabajo para intentar ayudar a la gente para que en algún momento encontrara trabajo estable en la comunidad. Para mucha gente este periodo de asesoramiento y entrenamiento parecía no acabar nunca y la posibilidad de encontrar un trabajo real en la comunidad real terminaba por desaparecer.

En el nuevo modelo el énfasis está en encontrar trabajo o alguna actividad productiva para las personas lo más rápidamente posible y después ofrecer el apoyo necesario para conservar ese trabajo o actividad productiva. Y eso se llama Empleo con Apoyo, y este concepto es similar a la Vivienda con Apoyo, es decir pone a la persona en un trabajo lo más rápidamente posible y se hace todo lo necesario para mantenerla allí. Así la persona sigue haciendo un trabajo real en la comunidad y recibe un sueldo real.

Hay un número variado de diferentes modelos que han sido desarrollados para conseguir este objetivo. Uno es el modelo de Casa-club Psicosocial. Este es un programa amplio de ayuda a la comunidad que ofrece ofertas de empleos transitorios conjuntamente con empresas para los miembros de la casa-club que son personas con enfermedades mentales severas. Estas tienen la oportunidad de realizar distintos tipos de trabajo en la comunidad y son apoyados por el programa de la casa-club para que puedan ir diariamente a realizar sus trabajos.

Otro enfoque es el llamado "entrenamiento para el trabajo" donde, nuevamente, a través de una asociación de empresas personas con enfermedades mentales severas pueden tener trabajo pero el encargado de caso hace un gran esfuerzo en entrenamiento y apoyo para conseguir que puedan mantener esos empleos.

Un tercer modelo, desarrollado por la Universidad de Boston, EEUU y su programa de rehabilitación psicosocial, es el modelo "selecciona, obtiene y mantiene" de ayuda al empleo donde se hace mucho trabajo para que una persona con un enfermedad mental severa opte por un trabajo o un tipo de actividad productiva que le guste, encuentre un empleo relacionado y reciba apoyo para poder mantener ese trabajo. Un cuarto modelo es uno sobre el que ya hemos hablado; el Tratamiento Asertivo Comunitario en el que el equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario trabaja todos los días con la

gente para ayudarles a mantener una situación de empleo. Hay bastante evidencia en la literatura sobre la efectividad de este enfoque hacia la rehabilitación vocacional. Gente discapacitada debido a una enfermedad mental es capaz de encontrar trabajo y si se les provee con un apoyo intensivo pueden conservar sus empleos y funcionar en la comunidad. Así la ayuda al empleo es la quinta área.

**El área número seis es la de Autoayuda e Iniciativas de Usuarios.** En la última década esta área se ha desarrollado cada vez más en EEUU. Estamos comenzando a tener evidencia de que los programas de autoayuda e iniciativas de Usuarios ofrecen alternativas eficaces a los servicios formales de salud mental. La autoayuda se refiere al modelo tradicional de gente con enfermedades y discapacidades similares que se reúnen para ofrecerse apoyo mutuo. En EEUU hay grupos como Recuperación, Neuróticos Anónimos o "Crece", que es un movimiento muy amplio de autoayuda, que permiten a la gente con distintos tipos de enfermedades mentales reunirse periódicamente en grupos y apoyarse mutuamente. Hay alguna evidencia de estudios descriptivos de que estos grupos reducen los niveles de depresión y angustia entre sus miembros, y que algunos grupos en particular, permiten a sus participantes aumentar sus contactos sociales para conseguir más apoyo para cada uno.

La otra área Iniciativas de Usuarios es un desarrollo más reciente e implica la provisión de recursos a grupos de consumidores de los servicios de salud mental permitiéndoles hacerse cargo del desarrollo económico. Esto significa que grupos de individuos discapacitados por enfermedades mentales pueden recibir becas del gobierno o del sector privado para empezar a formar empresas u otro tipo de actividades productivas. En Ontario, la provincia más grande de Canadá con 10 millones de habitantes, el gobierno destinó 3 millones de dólares para iniciativas de Usuarios y 42 diferentes grupos de Usuarios de toda la provincia pudieron emprender proyectos de desarrollo económico. Esto implica a 300 usuarios, todos discapacitados en algún grado debido a enfermedades mentales. Cuando se evaluó este programa dos años después se encontró que aquellas 300 personas involucradas en las iniciativas redujeron dramáticamente su uso de servicios formales de salud mental, su uso de servicios de hospitalización se redujo sustancialmente así como se redujo el uso de servicios de crisis y de hospital de día.

En otras palabras, hay evidencia de que si se permite a la gente discapacitada por enfermedades mentales participar e involucrarse en actividades productivas habrá menos necesidad de servicios de salud mental formales. Por tanto esta nueva área en desarrollo de apoyo a iniciativas de usuarios está siendo cada vez más importante en los sistemas de servicios de salud mental y es visto como un componente esencial de un plan de servicios de salud mental en la mayoría de las regiones y jurisdicciones. Por tanto esta es la sexta área importante: autoayuda e iniciativas de usuarios. De tal modo que al pensar en su región y en desarrollar un plan de salud mental deberían preguntarse ¿tenemos algún programa que promueva la autoayuda y las iniciativas de consumidor?. Porque esto reduciría la dependencia de programas de salud mental formales mucho más caros.

**La última área es la de Autoayuda Familiar.** Esto implica que los programas deben desarrollarse para permitir a los familiares de personas con enfermedades mentales severas trabajar juntos, apoyarse mutuamente y ser representantes o solicitantes en nombre de sus parientes mentalmente enfermos. En Canadá tenemos grupos, como la "Sociedad de Esquizofrenia" para familiares de personas con esquizofrenia. En EEUU hay una organización muy grande llamada "Alianza Nacional por los Enfermos Mentales" que consiste en familiares de gente con todo tipo de enfermedades mentales severas y cuentan con un grupo muy poderoso de abogacía para el mejoramiento de los servicios de salud mental.

La evidencia de la eficacia de las organizaciones de autoayuda de familiares no es abundante porque se han hecho muy pocos estudios acerca del impacto de estas organizaciones. La poca evidencia que hay muestra que los familiares involucrados aumentan sus conocimientos acerca de la enfermedad de su pariente y también reducen el nivel de angustia y aprenden mejores técnicas de comportamiento al enfrentar situaciones de crisis. Pero el número de estudios en esta área es muy pequeño y los que hay son de naturaleza descriptiva, así que al igual que se necesitan más trabajos en el área de crisis también se requieren más trabajos en esta área para demostrar su eficacia.

Por lo tanto, estas son las siete claves a tener en cuenta cuando se está ideando un plan de servicios para personas con enfermedades mentales severas. ¿Tenemos servicios de Seguimiento de Casos en funcionamiento? Y en particular ¿tenemos equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario para los que están más discapacitados?. Esta es la primera pregunta. La segunda pregunta es ¿tenemos buenos servicios de respuesta a crisis para ofrecer atención inmediata de la forma menos invasora para la gente en situaciones de crisis?. La tercera pregunta es ¿tenemos buenas alternativas a la hospitalización de las personas?. ¿tenemos hospitales de día, programas de tratamiento en el hogar, modelos de atención compartida?. Es decir, alternativas reales a la hospitalización. La cuarta pregunta es si tenemos buenos programas de vivienda que sean flexibles. La quinta pregunta sería ¿tenemos programas de rehabilitación vocacional?. La sexta es si estamos ofreciendo apoyo a la autoayuda y a las iniciativas del usuario. La última pregunta es si tenemos organizaciones de familiares de autoayuda en funcionamiento para ayudar a las familias a ser recursos del sistema de salud mental. Estos son los siete sistemas de apoyo esenciales para los cuales hay evidencia de efectividad en la literatura científica.

En cuanto a los cuatro tipos de estrategias necesarias para implementar estos siete sistemas de servicios y apoyos. **Lo primero que se necesita es una política de salud mental clara.** Esta tiene que ser una visión común compartida por todo un país o una región acerca de lo que se quiere lograr en ese país o región para las personas con enfermedades mentales severas.

Y esta política debe tener objetivos medibles y cuantificables ¿qué servicios queremos que estén funcionando en un año, en cinco años, en diez años?. Este es un plan nacional que necesita tener objetivos que se puedan evaluar al ir avanzando, para ver si se están logrando los objetivos fijados al principio.



Para que esta política sea eficaz debe haber un sistema de "entrada de aire" en el desarrollo de la política. Esto significa que los que toman de decisiones en el gobierno, profesionales del campo de la salud mental, usuarios de servicios de salud mental y familiares, todos deben participar en el proceso de desarrollo de la política. La política debe tener un plan de implementación. No puede ser solo un plan sino que debe especificar como se va a implementar el plan. Las siete cuestiones fundamentales deben ser abordadas con una visión moderna para el desarrollo de los servicios de salud mental. Si se está empezando a pensar como poner en marcha estos servicios la primera pregunta a hacerse es ¿tenemos una visión clara de lo que queremos hacer y es esa visión compartida por todos los elementos participantes en el sistema de salud mental?

**El segundo tema es, si vamos a reformar nuestro sistema de salud mental, es el asunto de cómo va a ser administrado el sistema y como va a ser financiado,** y si uno mira alrededor del mundo hay dos temas claves que emergen en lo que tiene que ver con gobierno y financiamiento.

El primer tema es que en el área de salud mental debe haber un único y adecuado mecanismo protector de fondos. Debe haber una cantidad de dinero del presupuesto de salud estatal que debe estar destinada a servicios de salud mental y estos deben estar protegidos. Si el presupuesto para servicios de salud mental no está protegido, la experiencia mundial es que ese dinero empieza a desviarse de los servicios de salud mental hacia otro tipo de servicios de salud o sociales. Así que cada vez más hay un reconocimiento de la necesidad de una autoridad de salud mental como una estructura de gobierno que proteja los fondos de salud mental. En algunas partes del mundo esto toma la forma de una comisión de salud mental, un cuerpo gubernamental que es responsable de mantener y destinar una cantidad fija de dinero para servicios de salud mental protegiendo ese dinero de las necesidades de otro tipo de servicios sociales y de salud. **Generalmente es necesario destinar el 10% del presupuesto general de salud a servicios de salud mental para así poder implementar un sistema adecuado de apoyo y servicios.** Creo entender que eso es mucho más de los que se destina aquí en Chile.

Por eso, además de una política clara de objetivos, una autoridad de salud mental y un sistema protector de fondos, si uno va a cambiar y mejorar el sistema de salud mental **es necesario hacer un compromiso de estructura para la evaluación.** Una evaluación debe hacerse en tres niveles distintos, debe comprometerse a evaluar servicios a nivel del paciente ¿están los usuarios satisfechos con los nuevos servicios?. ¿Están funcionando mejor en la comunidad?. ¿Está disminuyendo la dependencia en atención hospitalaria?. ¿Está mejorando su nivel de síntomas?.

También tiene que estar uno dispuesto a una evaluación a nivel del programa ¿Están funcionando eficazmente los programas?. ¿Están ofreciendo suficiente apoyo los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario a las personas más severamente enfermas de la comunidad?. ¿Permiten los programas de vivienda mantener una residencia estable sin tener que cambiarse de lugar de residencia frecuentemente?.

El tercer nivel de evaluación es el sistema. ¿Está nuestro sistema disminuyendo el nivel de discapacidad en la población?, ¿Consideramos que las personas con enfermedades mentales severas disminuyen su nivel de discapacidad y son capaces de funcionar más eficazmente en la comunidad?. Estos son los tres niveles de evaluación necesarios: nivel de cliente, nivel de programa y nivel de sistema. Además debe haber un compromiso para permitir la evaluación interna y externa. Esto implica, por ejemplo, que el gobierno o la autoridad regional debe tener una estructura para evaluar los servicios, debe haber una disposición a tipos más formales de evaluación externa como universidades u otra clase de entidades evaluadoras para informar al gobierno estatal o regional de la eficacia de estos programas y servicios.

**La última estrategia, a nivel del sistema, tiene que ver con recursos humanos.** Si uno va a cambiar el sistema basado en la institucionalización a otro basado en la comunidad requiere de una estrategia para ayudar a la fuerza de trabajo a cambiar de un modelo institucional a uno comunitario. Esto implica que deben desarrollarse ofertas de empleo en la comunidad para las personas que han trabajado en el sector institucional. Debe haber un compromiso de formar a los profesionales y técnicos en espacios comunitarios en oposición a los espacios institucionales y hay un reconocimiento creciente de que debería haber oportunidad para los usuarios de servicios de salud mental de actuar como proveedores, de tener un papel trabajando en sistemas de salud mental informales basados en la comunidad.

Estas son las cuatro estrategias que pueden ayudar a implementar estos siete tipos de apoyos y servicios en un plan de salud mental. Políticas claras con visión compartida por todos los involucrados, mecanismos para mantener y desarrollar los fondos adecuados, sistema de evaluación y estrategias de recursos humanos.

Estos son los cimientos que permitirían implementar esos siete tipos de servicios y apoyos para los cuales hay suficiente evidencia que beneficiarían a las personas con enfermedades mentales severas. Este fue el trabajo que hicimos para el gobierno federal en Canadá. Este trabajo está siendo implementado en las diez provincias de ese país. Hace solo una semana tuvimos una conferencia nacional en la que todas las provincias explicaron su experiencia con este enfoque que ha sido muy exitoso en nuestro país así que lo he considerado como algo que pueden considerar al pensar en el desarrollo de su propio plan nacional.

**Gracias por su atención.**

## ANEXO 3

### CATASTRO DE ORGANIZACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES ENTORNO A SALUD MENTAL

ORGANIZACIÓN	REPRESENTANTE	DIRECCION	FONO Y FAX
<b>ASOCIACION NACIONAL DE FAMILIARES Y AMIGOS DE DISCAPACITADOS PSIQUICOS (ANAFADIS)</b>	Georgina Sepúlveda	Miraflores 590 Of. 9 Santiago Centro	Fono : 6300775

#### Organizaciones afiliadas a ANAFADIS

ORGANIZACIÓN	REPRESENTANTE	DIRECCION	FONO Y FAX
Agrupación de Familiares, Amigos de Personas con Discapacidad Psíquica Peñalolén	Bernarda Valeria M.	El Archipiélago # 6937 Peñalolén	Casa: 2925341 Pizzeria: 2794285
Agrupación de Familiares de Discapacitados de causa Psíquica	Diana Díaz Vallejos Luis Fernández E	Ramón Freire # 790 Plenilunio #1420 Villa las Flores. Maipo	Casa: 5578668 Casa: 7417347
Agrupación de Familiares y Amigos de Personas afectadas de Patologías Psíquicas.	Juan Álvarez Avalos		
Unión de Familiares de Discapacitados Psíquicos - UFADIS - Estación Central	Elsa Acuña Parada	Soto Mayor # 55 Dpto. 404 A	Casa: 6813704
CORFAPES. Corporación de Familiares y Amigos de pacientes Esquizofrénicos	Alvaro Contreras V.	Virelnato # 124 Santiago	Fono: 2224278
Agrupación de Familiares y Amigos " Unión y Esperanza" Quinta Normal	Digna Tobar T.	Martínez de Rozas # 4957	Casa: 2917897
Agrupación de Familiares y Amigos " Nueva Vida " Lo Prado	Lidia Bello Pacheco	Ingeniero Giró # 6131 V. M Rodríguez Lo Prado	Casa: 7795839
Agrupación de Familiares y Amigos de Discapacitados Psíquicos. Cerro Navia	Heriberto Orostica C.	Loyola # 6485 Unidad Vecinal N° 5 Cerro Navia	Casa: 7758003
Agrupación de Familiares de Discapacitados de Renca	Sra. Mireya Vera	La Concepción 1250	Casa: 6416967
Organización "Esfuerzo por la Vida" Pudahuel	Mirta Catalán	Los Silos # 9026 Poblac. Tte. Merino Pudahuel	Casa: 6458154
Agrupación de Padres de Pacientes Esquizofrénicos APPE	María Molina Vidal	Santa Filomena # 185 Recoleta	Fono: 7771607

Asociación de Familiares Comunidad Terapéutica de Pedro Aguirre Cerda	Georgina Sepúlveda S.	Gerónimo de Alderete # 3454. La Florida	Casa: 2866584
Agrupación de Familiares Policlinico Hospital Barros Luco	Berta Vega Barrera	Campo Lindo # 6252	Casa: 5259490
Agrupación de Familiares de Pacientes Psiquiátricos Hospital El Peral AFAPS	Andrea Cáceres Vallejos	Fidias # 1198 block B Dpto. 203 Villa Olímpica	Casa: 2384345
Centro de Apoderados de Familiares de Discapacitados Psíquicos - CAFADIS-	Raúl Vignón Sánchez	Pedro Aguirre Cerda # 8075 San Ramón	Fono: 5267890
Centro de Amigos de Salud Mental (CASAM)	Domingo León Avila	Cerro Alvarado # 1598 Sta. María de la Estrella La Florida	Casa: 2817336
Agrupación de Familiares de Discapacitados Psíquicos. Hospital El Pino	Mercedes Burgos Camis	Av. Colón # 0878 block 12 Dpto. 31 Villa Colón San. Bernardo	Casa: 8793122
Agrupación de Usuarios " Somos Capaces"	Daniilo Pantescu	Recoleta # 2969 Recoleta	Fono: 6227308
ASPAUT, Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas.	Magdalena Avalos	José Miguel Carrera # 2820 San Miguel	Fono: 5515114 Fax: 5544693
<b>Arica:</b> Organización Comunitaria de Ayuda al Enfermo Mental Crónico.	Georgina Luque Arias.	Almirante Latorre # 1175. Arica	Casa: 58-230030
<b>Iquique:</b>	Orlando Medina	José Joaquín Pérez #	Casa: 57-425273

Agrupación de Familiares y Amigos de Discapacitados de causa Psíquica	Aravena.	1369 Iquique.	
<b>Antofagasta:</b> ADSALUM Amigos de la Salud Mental.	Mirna Ávila Michea	Las Margaritas #1313 V. La Florida Antofagasta	Casa: 55-227716
<b>Copiapó:</b> Asociación de Pacientes con Discapacidad Psíquica. AFAPADIS	Bianca Padilla Grellet	Atacama # 220 Copiapó	Casa: 52-212265 Fax: 52-214959
<b>Los Vilos:</b> Asociación de Personas con Esquizofrenia, sus Familiares y Amigos. APEFA	José Ulloa	Arauco 500 Los Vilos	Casa: 53-541061
<b>La Serena:</b> Agrupación " Nueva Familia"	Enrique Segovia Aracena	Manuel Bulnes # 2943 V. Monte Grande- La Serena	Fono: 51-293589
<b>Valparaíso:</b> Corporación de Familiares Dr. Carlos Bresky	María Victoria Vargas	Casilla #4023 Valparaíso.	Fono:32-211147
<b>Viña del Mar:</b> Cosam - Hospital Gustavo Fricke	María Cecilia Gómez Terapeuta Ocupacional	Las Heras # 1504 Forestal Viña del Mar	Fono: 32-630262
<b>San Felipe - Los Andes</b> Centro de Padres y apoderados de pacientes Psiquiátricos. Hop. Philippe Pinel de Putaendo	Eva del Carmen Arzola	Rupanco # 139 Villa Sta. Claus. La Florida Santiago.	Casa: 2214346
<b>Rancagua:</b> Agrupación de Familiares y de Personas con Discapacidad Psíquica. AFADIPS	Rosa Valdés Pozo	Av. Eucalipto # 1172 V. Eucalipto . Rancagua	Casa: 72-215106 Fono: 72-228922
<b>Talca:</b> Agrupación de Familiares y Amigos de Discapacitados Psíquicos.	Mónica Pereira	31 Oriente 12 _ Sur #3222 Talca.	Fono: 71-243105
<b>Chillán:</b> Corporación de familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos de Chillán.	Marta Lascani Solar Ruth Gutiérrez . As. Social	Hospital Herminda Marín Chillán	Casa: 098735494 Fono: 42-208006 Fax: 42-221599
<b>Concepción:</b> Corporación de Ayuda al Paciente Esquizofrénico y Familia. CAPEF	Ana María Del Real P.	Colocolo # 685 Concepción	Fono: 41-228890 Fax: 41-252008
<b>Talcahuano:</b> Agrupación de Familiares de Pacientes Esquizofrénicos.	Juan Antonio Tiznado	Centro de Rehabilitación " Luz de Luna" Unidad de Salud Mental Hosp. Las Higueras Talcahuano.	Fono: 41-501513 Fax: 41-591356
<b>Osorno:</b> Agrupación de Familiares de Usuarios Esquizofrénicos.	Frida Catalán	German Urbe#1435 Osorno.	Fono 64-259250 Fax: 64-259228
<b>Puerto Montt:</b> Agrupación de Familiares de Enfermos Psiquiátricos	Ema Valderrama V.	Nueva Oriente # 655 Pob. Manuel Rodríguez Pto. Montt.	Casa: 65-251928
<b>Punta Arenas:</b> Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Psiquiátricos.	Marcela Morrison M.	Las Heras # 0825 Punta arenas	Casa: 61-263844

<b>CORPORACION ALZHEIMER CHILE</b>	M. Eugenia Humeres	General Parra 674 Oficina D Providencia Santiago	Fono: 2360846 Fax:2363278
------------------------------------	--------------------	--	------------------------------

<b>Unión Nacional de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Mental (UNPADE)</b>	Enrique Norambuena	Manuel Montt 2051 Providencia, Santiago	Fono 2055990 2055965 Fax 2256731
---	--------------------	--	--

## FILIALES de UNPADE

CIUDAD	PRESIDENTE	DIRECCIÓN	TELEFONO
Arica	Eduardo Bolívar	Pob. Juan Noé - Psje. 9 - Casa 1095	58 - 245444 58 - 250461 fax
Iquique	Aura Peña Marginez	Av. Aeropuerto 2852 COVINA	57 - 441701 57 - 413862 fax
El Salvador	Oswaldo Villar Sanchez	Wheek Wright 605	52 - 474420 Of. 52 - 472689 Dom. 52 - 474595 fax
La Serena	Zenovia Anais	Gustavo Arqueros/ Elias Jacob s/n Pob. Fco. de Aguirre	51 - 2111290 51 - 225636 Of. 51 - 202571 fax
Coquimbo	Cecilia Valera	Enrique 901 - Esq. Blanco	51 - 3100359 51 - 328236 foncfax
San Felipe	Rosa Castro Aranda	Joaquín Oliva 161 - Casilla 5 - Hmna Sarmiento 924 (corresp.)	34 - 910492 Dom. 34 - 515613 fonofax
Los Andes	Claudio Ramirez De A.	Pob. Los Castaños - Casa 78 - Casilla 183	34 - 422417 Dom. 34 - 422438 fonofax
San Antonio	Cesar Echaniz Echaniz	Angamos 1926 Pob. Libertad	35 - 283947 35 - 211278
Valparaíso	Luisa Muñoz Parra	Cuevas 39 Cerro Cordillera - Gobernador Viel	32 - 237483 32 - 254310 fax
Melipilla	Luciano Alvarez	Vicuña Mackenna 1352	8313119 8324305 fax 8313016 Sra. Betty
Talagante	Lina Jara T.	Los Huiliches 1655 - Villa Arenas	8153841 8153841 fax 8152350 Kiosco
San Fernando	Aida Arce	Andrés Bello 910	72 - 713741 Dom. 72 - 713686 fax
Pichilemu	Marta Elena Urzua P.	J. Joaquín Prieto 519	72 - 814102 72 - 841387 72 - 841102 fax
Curico	M. Angelica Rojas Palma	Estado 470	75 - 319545 75 - 319167
Talca	Eugenio Denegri Morales	2 Oriente 854	71 - 222441 71 - 237665 fax
Chillan	Iris Abarzúa	Pob. IANSA casa 2	42 - 222933 42 - 216120 fax
Los Angeles	Marcela Petersen	Bombero Fco. Roseco 1406 - Pob. Stgo. Bueras	43 - 321331 43 - 321 766
Concepcion	Ana Vidangos De Aguilar	Manuel Rodriguez 159	41 - 228778 41 - 223603 Dom.
Temuco	Hector Guíñones	Lautaro 379	45 - 210260 fonofax
Valdivia	Jorqu Ampuero	Escuela Especial F 51 José Muñoz Hermsilla s/n	63 - 217885 63 - 217802 fax
Puerto Montt	Aida Pérez	Río Baker 9 - Pichipelluco	65 - 258406 filial 65 - 256138 Dom. 65 - 273830 fax
Punta Arenas	Humberto Enrique Ruffat	Tie. Serrano 044 Casilla 1534	61 - 242 885 61 - 226427 fax
Santiago	Enrique Norambuena	Avda. Manuel Montt 2051 - Providencia	02 - 2055990 02 - 2690629

<b>Agrupación de Padres de Niños con Epilepsia (APADENE)</b>	Elba Cabrapán	Antonio Varas 360. Hosp. Luis Calvo Mackenna Providencia, Santiago	2357711 3401817
--	---------------	--	--------------------

**Asociación Chilena de Padres y Amigos de Niños Autistas (ASPAUT)**

CIUDAD	REPRESENTANTE	DIRECCION	TELEFONO
En Santiago	Magdalena Avalos	J. M. Carrera 2820	5515522 5515114 Fax 5544693
En Rancagua	Karen Giraudo	Freire 239	411149
En Viña del Mar	María I. Ponce (secretaria)	Sta. Inés / Gorrión Pob. Libertad	
En Concepción	José Álvarez	Parque Laguna Grande San Pedro	376238
En Chillán	Sofía Pelech	Arauco 253	231034
En Temuco	Enomisa Barra	O'Higgins 076	271964
En Osorno	Juan Reyes Guajardo	Calle Magallanes 2548	254518
En Valdivia	Santos Velásquez	Villa Progreso 286	210201
En Puerto Montt	Rebeca González	Padre Harter 577	271964
En Punta Arenas	Beatriz Parra Miranda	García Lorca 0473 Pob. Gobernador Viel	212996

**Organizaciones de Usuarios en Apoyo al Programa de Reparación y Atención Integral de Salud y Derechos Humanos (PRAIS)**

CIUDAD	REPRESENTANTE	DIRECCION	TELEFONO
Iquique	Eduardo Sánchez		470811
Antofagasta	Juan Canales Fuenzalida	Luis Undurraga 162, Depto. 43	470535
Coquimbo	Fredy Colina	Ibisco 226, Villa San Luis, Sinderport, Lomas de San Andrés	262235 262356 314226
Santiago	Miguel Rojas	Esmeralda 1014 Valle de Azapa, Renca	6425118
	Hilda Saldivar		5210404
Valparaíso	Valena Restamales	Pedro Rosales 53 Sto. Domingo Playa Ancha	345314
Talca	Eliana Badillo	Jardín del Valle 30 Sur 17 Poniente N° 01018	211175
Concepción	Yola Concha	Calle Central 398 Villa San Valentín	480896
	Enrique Rebolledo		320494
Osorno	Guillermo Herrera	Amunátegui 572	258085
Valdivia	Pedro Meila Contreras	Isla San Francisco 2590 Villa Los Leones	214843
Punta Arenas	Nelso Reyes Ojeda	Av. España 1592	242992

**Organizaciones de Rehabilitados Alcohólicos y Narcóticos**

CIUDAD	REPRESENTANTE	DIRECCION	TELEFONO
Alcohólicos Anónimos (AA)	María Teresa Vilches	Bellavista 0330	Fono: 7771010 Fax : 7779013
ALANON	Georgio Sobrero	Providencia	Fono : 2299396
(Agrupación de familiares de AA)		Elena Pinto 7662	Fax : 2422855
Unión Comunal de Rehabilitados	Luis Avendaño Muñoz	Vitacura	Fono : 2867832
Alcohólicos de La Florida (UCRA)		Alonso de Ercilla 1290	2867834 (c)
Programa Multifamiliar en Dependencias de la Comuna de Renca	Galvarino Coñopán	La Florida	Fono : 6460504
Narcóticos Anónimos	Iván Quezada	Domingo Sta. María 4331 Renca	Fax : 6412016 Fono : 6892691
Unión de Rehabilitados Alcohólicos de Chile (URACH)	Rolando Urzúa	Herrera 722 Santiago Centro	Fono : 6813877 6455817(c) Fax : 6813877

**Clubes afiliados a la Unión de Rehabilitados Alcohólicos de Chile**

I.- REGION	CLUB	COMUNA	DOMICILIO
1.-	C.A.R.A.	Arica	Real Armada 1556 Pob. Edo. Frei - Fono: 288231
2.-	Renacer	Iquique	Patricio Lynch 1416 Fono:

II. REGION:	CLUB	COMUNA	DOMICILIO
1.-	El Despertar Del Norte	Antofagasta	Psje. Bolivia 4166 Pob. Oriente Fono: 225469
2.-	Un Renacer Maravilloso	Tocopilla	Guillermo Matta 1448 Fono:
3.-	6 De Julio	Antofagasta	Bellavista 4256 Pob. Norte Fono: 267724
4.-	Centro Sur	Antofagasta	Consultorio Fono:

IV. REGION	CLUB	COMUNA	DOMICILIO
1.-	Norte Verde	Ovalle	Miraflores 121 Fono:
2.-	Una Luz Al Camino	Vicuña	San Martín 131 Fono:
3.-	Nueva Esperanza	Andacollo	Calle Matadero 736 Fono:
4.-	Renacimiento	La Serena	Nicaragua C/ Brasil Compañía Alta
5.-	Unión Victoria	La Serena	Av. Independencia C/ Cardenal Caro

V. REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Nuevo Despertar	San Felipe	San Martín 202 fono: 511719 (secretario)
2.-	Los Gallos	Valparaíso	Subida Washington 80 final
3.-	Esfuerzo y Voluntad	Quillota	Las Rosas 591 Población Pedro de Valdivia
4.-	Vida Nueva	San Antonio 4	Av. Barros Luco 1518
5.-	Unión y Fe	Valparaíso	Freire 443 -3er. piso
6.-	El Esfuerzo	La Calera	Balmaceda 946 (Lautaro esq / Victoria)
7.-	Los Placerinos	Valparaíso	Bartolomé Vivar 526 Cerro Los Placeres
8.-	La Amistad	Peñablanca	Pedro Monti 315 fono: 954389
9.-	Hare Haka Ora Taina	Isla de Pascua	Tuu Kohu s/n Rapa Nui Hangá Rca
10.-	Ciudad El Sol	Quilpué	Berlin 678 población El Retiro
11.-	Honor y Esperanza	Valparaíso	Subida Vallejos 78 Cerro La Cruz
12.-	Viña del Mar	Viña del Mar	Viana 131
13.-	Familia Unida	Putendo	Casilla 12 - Portales s/n
14.-	Esperanza Y Futuro	Cabildo	Av. Humeres N° 602 - Costanera Sur N°10 Fono: 761591
15.-	Paz Y Bien	Viña Del Mar	Carrera 325 Recreo Fono 625268
16.-	El Retorno	Los Andes	San Rafael N°1.000

17.-	Nuevo Amanecer	Rinconada	Alborada S/Nº Rinconada De Los Andes
18.-	Estrella De La Costa	Con Con	Pob. Esperanza 10 (Pob. Villa Con Con 80) Fono: 813030
19.-	Nueva Vida	Olmué	A Social Sra. Olga Mena Consultorio 27 Granizo Sede Cruz R.
20.-	Vientos De Amanecer	Llay Llay	Carlos Cruz Nº50

VI REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Dr. Alberto Esposito	San Fernando	Valdivia-852
2.-	Nuevo Porvenir	Placilla	Pob. Luis Cruz Martinez La Concepción 152
3.-	Lolol	Lolol	A. Social Alejandro Alcota I. Municipalidad
4.-	Heriberto Soto	San Fernando	Villa Centinela Dr. Maturana 1209
5.-	Nueva Vida	Rancagua	Armando Jaramillo Nº21
6	Nuevos Horizontes	Peralillo	Consultorio
7.-	Cóndores De Sta. Cruz	Santa Cruz	Av. Diego Portales 625 Fono. 822541 Consultorio
8.-	San Jose De La Palmilla	La Palmilla	I. Municipalidad Juan Guillermo Day Juan Guillermo Day
9.-	Nueva Vida	Marchigüe	Laureano Cornejo 410 11 De Sept.

VII. REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1	Arda Talca	Talca	2 Oriente Nº831 Casilla 16
2	Arda Curicó	Curicó	Estado 131
3	Arda San Clemente	San Clemente	Carlos Silva Renar 151
4	Arda Mutrumegaña 429	Constitución	Egaña 429
5	Arda Linares	Linares	Valentin Letelier 1377
6	Arda Parral	Parral	Union 450
7	Arda Licantén	Licantén	Psje. Ciro Boetto S/Nº Loteo Munc.
8	Arda Teno	Teno	Dr. Faundez 330 Pob. Los Copihues
9	Arda Nueva Vida	Curepto	Manuel Rodriguez 27 Fono: 690082
10	A.F.R.A.T.	Talca	4 Norte 862 Fono: 227183
11	Arda San Javier	San Javier	Pulluquén 2815
12	Arda Cauquenes	Cauquenes	O'higgins S/Nº
13	Sta. Rosa De Lontue	Lontue	Casilla 10 Parroquia Villa Prat
14	Arda Villa Prat	Villa Prat	Calle Prat 658 Sagrada Familia
15	Arda Empedrado	Empedrado	I. Municipalidad Gral. Alcercera S/N
16	Juan XXIII	Rio Claro	Pob. Diego Portales S/N Cumpeo
17	Villa Alegre	Villa Alegre	Francisco Antonio Encina 141 Fono: 381585
18	Arda Higuera	Sagrada Familia	Casilla 15 Lontue
19	Nueva Esperanza	Talca	Balmaceda S/N Maule



20	Arda Nuevo Amanecer	Molina	Parroquia
21	Luz Y Alegría	Parral	Balmaceda S/N - Fono: 381585
22	Arda Maule	Maule	Correo = I. Municipalidad
23	San Rafael	Talca	San Rafael

VIII REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1 -	Concepción	Concepción	Victor Lamas 80 Hospital Psiquiátrico
2.-	Arda Chillan	Chillan	Almirante Riveros 108 Pob. Maipu Fono: 223152
3.-	C.A.P.	Talcahuano	Los Cerezos 3635 Villa San Martin Fono: 591168
4.-	El Porvenir	Lota	Av. Matta 398 Lota Bajo
5.-	San Carlos	San Carlos	Nuble 727
6.-	Nuevo Despertar	Penco	Cochrane 4 Fono: 452599
7.-	Los Copihues	Concepción	Los Copihues 555 Villa Nonguén Fono: 313151
8 -	Nuevo Despertar	Concepción Barrio Norte	Juan De Dios Rivera 1050 Barrio Norte
9.-	Mulchén	Mulchén	Fuenzalida 355 Fono:
10.-	Liberación Obrera	Talcahuano	Medio Camino Esmeralda Fono: 416907
11.-	Nueva Vida	Tome	Brasil 1010
12 -	La Nueva Estrella	Talcahuano	Bulgaria 2945 Hualpencillo
13.-	Un Futuro Feliz	Talcahuano	Malaquias Concha 901 San Vicente
14.-	Nueva Esperanza	Arauco	Caupolicán 771
15 -	Manuel Buñes	Buñes	Carlos Palacios S/N
16.-	Talcahuano	Talcahuano	Serrano 34
17.-	Nuevo Futuro	Tome	Daniel Vera 1635 Población Municipal. Sector California
18.-	Los Angeles	Los Angeles	Arturo Prat 300
19 -	Nuevo Porvenir	Lebu	Calle Andres Bello Sin
20.-	Pedro Parra	Lota Alto	Curicó 03 Población Calero Sur
21 -	Nuevo Amanecer	Curanilahue	Arturo Prat 901
22 -	Florida Del Rosario	Florida	Eleuterio Ramirez S/N
23.-	Arda Quillón	Quillón	Juan Paulino Flores 345 Casilla 91
24.-	Coquén	Quirihue	Maipu 146
25.-	San Sebastián	Yumbel	Carrera 235 Villa San Pedro
26 -	Acción y Esfuerzo	Coronel	Mercado Municipal
27.-	Pal Pal	Pemuco	San Martin S/N Casilla 11
28.-	Reflexión	Talcahuano	Curacautin Esq. / Puerto Saavedra 120 Población Rene Schneider
29.-	Nuevo Renacer	Cañete	Av. Pedro De Valdivia Población Sargento Aguayo
30.-	Esfuerzo y Verdad	Concepción	Chiguay Sin Consultorio Chiguayante

31.-	Carampangue	Carampangue	Vicente Millán S/N
32.-	Buscando La Felicidad	Talcahuano	Portales 12 Pob. Gaete
33.-	Nuevo Mundo	Laja	Balmaceda. 292
34.-	San Jorge	Yungay	Psje. El Natri Sin Esquina Chipana
35.-	Un Futuro feliz	Los Alamos	O'Higgins 390
36.-	San Ignacio Los	San Ignacio	Carreras 933
37.-	Boca Sur	Concepción	Coronel Patifo 674 Boca Sur San Pedro
38.-	Bio Bio	Concepción	Eleuterio Ramirez 150

IX.-REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Nielol	Temuco	5 Oriente 2725 Pueblo Nuevo
2.-	Cravilla	Villarrica	Saturno Epulef 1268 Casilla 409
3.-	Nahuelbuta	Angol	Calle Ilabaca S/N Hospital Viejo
4.-	Nuevo Amanecer	Lonquimay	Bernardo O'Higgins 1060 Casilla 25
5.-	Paz Y Amor	Angol	Silecia 459 Población Alemania
6.-	Confraternidad	Nueva Imperial	Av. Bernardo O'higgins 589
7.-	Nuevo Esfuerzo	Carahue	Población Teniente Merino Aysén 585

X REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Alborada	Los Muermos	Arturo Prat S/N
2.-	Zona Austral	Valdivia	Hernando De Magallanes 2585
3.-	Nuevos Horizontes	Puerto Montt	Eñaña 701 Fono: 259074
4.-	Nueva Vida	Rio Negro	Avda. La Paz S/N
5.-	Ferrovianos	Valdivia	Honduras 322 Población Los Jazmines
6.-	Nueva Vida	Ancud	Arturo Prat 1016
7.-	Nuevo Despertar	Puerto Montt	Quellón S/N Población Antonio Varas
8.-	Nueva Esperanza	Caibuco	Arturo Prat 350
9.-	Bonanza	Llanquihue	Pob. Esperanza, Cachurra Esq /Teniente Merino
10.-	Orfelina Hernández	Puerto Montt	Avda. Los Sauces Esq / Manzanal Pob. Mirasol - Fono: 255735
11.-	Sol Naciente	Puerto Montt	Inmaculada Esq/San Antonio Población Techo Para Todos
12.-	Alegre Despertar	Frutillar Alto	Cristino Winckler 61
13.-	Aguas Claras	Paillico	O'higgins 888 Casilla 175
14.-	Nueva Esperanza	Puyehue	Arturo Prat S/N Entre Lagos
15.-	Nuevo Porvenir	Osorno	Ángulo, 461
16.-	Nuevo Porvenir	Puerto Varas	Errazuriz Sin Puerto Chico Casilla 227
17.-	Chiloé Despierta	Castro Chiloé	Antonio González 592
18.-	Nuevo Hogar	Quellón	Miramar 700 Fono: 379

19.-	Nuevo Amanecer	Osorno	Av. Real 820 Rahue Fono: 242017
20.-	Nueva Vida	Lanco	Valparaíso S/N
21.-	El Lucero	Puerto Octay	Muñoz Gamero 308
22.-	Nuevo Porvenir	Fresia	Sa.N Martín 346
23.-	El Redentor	Purranque	Manue L. Bulnes 347
24.-	Renacer	La Unión	Los Carreras 352
25.-	Vida Nueva	Puerto Montt	Calle Bajo Pisagua Sin Pob. Tte. Menino
26.-	Senda Feliz	Panguipulli	Calle Cruz Cooke Sin
27.-	El Despertar	Osorno	O'higgins 887 Casa Del Deporte
28.-	Renacer	Maulin	O'higgins S/N
29.-	Los Pioneros	Chaiten	Almirante Riveros 905 Casilla 69
30.-	Los Isleños	Achao	Ricardo Jara S/N Casilla 101
31.-	Cruz Del Sur	San José Mariquina	Arturo Prat 184
32.-	Nuevos Horizontes	Valdivia	Guillermo Frick 451
33.-	Nueva Senda	Río Bueno	Casa Furniel S/N
34.-	Renacer	Ancud	Almirante Latorre Población Pedro Montt S/N

XI REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Coyhaique	Coyhaique	Pedro Aguirre Cerda 172fono: 231722
2.-	Rumbo Nuevo	Aysén	Cruz Roja - Sargento Aída 762
3.-	Nuevo Horizonte	Cochranne	Av. Bernardo O'Higgins S/N Aysén

XII REGION	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Los Calafates	Punta Arenas	Serrano 443 Fono: 265352
2.-	Tierra del Fuego	Porvenir	Daniel Briceno 944
3.-	Torres del Paine	Puerto Natales	Ovejero 389

R.M.	CLUB	COMUNA	DIRECCION
1.-	Abstemios De Chile	Santiago Centro	Libertad 558 Fono: 6811397
2.-	Amor Y Voluntad	Talagante	O'Higgins 158
3.-	Arda Cordillera	Puente Alto	Diagonal Sur 102 Fono: 8515933
4.-	Arda Nataniel	Santiago Centro	Copiapo 779 Fono: 2228558
5.-	Buen Consejo	Estacion Central	Gaspar De Orense 173 Fono: 2228558
6.-	Cóndores de Chile	El Bosque	Santa Sara 11970 Fono: 5280803
7.-	El Nido de los Pájaros Alegres	La Pintana	Gobernador Muñoz Gamero 1538 Fono: 5421531
8.-	Esperanza Y Progreso	Pudahuel	San Pablo N°8965 Fono: 6452744
9.-	José Maria Caro	Lo Espejo	Av. Maipo 7129 Pob. José Maria Caro
10.-	La Palmilla	Conchalí	Aviador Acevedo 1646 Fono: 7362063
11.-	La Victoria	P. Aguirre Cerda	Ranquil 4753 Fono: 5515075
12.-	Las Condes	Las Condes	Diaguitas 911 Fono: 5532647
13.-	Las Dos Palmeras	San Joaquín	Teniente Soto 322 Fono: 5532647
14.-	Lo Prado	Lo Prado	Los Canelos 831 Fono: 7751591
15.-	Los Buenos Amigos	Lo Prado	Ricardo Vial 8099
16.-	Mi Nueva Vida Una Esperanza	Cerrillos	Av. Las Torres 7362 Fono: 5571787
17.-	Nueva Aurora	Melipilla	Ortuzar 1381 Fono: 8329010
18.-	Nuevo Amanecer	El Monte	Pasaje Fresia 795 Población El Esfuerzo
19.-	Nuñoa	Macul	Nueva Joaquin Rodriguez3585-G Fono: 2935245
20.-	Nuevo Hogar	P. Aguirre Cerda	Av Maipo 6379 Pob. Valledor Sur Fono: 5533807
21.-	Progreso a Una Nueva Vida	Est. Central	Aeropuerto 1011 Fono: 7410689
22.-	Renacer a La Vida	Est. Central	Luis Infante Cerda 5,500
23.-	San Bernardo	San Bernardo	12 De Febrero, 386 Fono: 8792400
24.-	Renca	Renca	Balmaceda 4020
25.-	Recreación y Cultura	Peñaflor	Rucalemu 2 N° 0305
26.-	Amigos Triunfadores	San Ramón	Alhuc N°8542
27.-	Provincial Del Maipo	San Bernardo Nos	Pablo Burchard N°4604 Fono: 8572446

# **Referencias Bibliográficas**



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADVISORY NETWORK ON MENTAL HEALTH: Review of Best Practices in Mental Health Reform. Health Systems Research Unit, Clarke Institute of Psychiatry. Publications Health Canada, Ottawa, Ontario, 1998.
2. ALVARO J.; TORREGROSA J. Y GARRIDO A.: Estructura social y salud mental. En Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Siglo XXI de España Editores. Madrid. 1992.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Practice Guideline for Treatment of Patients with Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. Washington, 1995
4. ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R.; ACUÑA, J.; GONZALEZ, I.; HORVITZ, M.: A Public Health Study of Psychiatric Disorders, Drugs Abuse and Health Behaviour. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 1999.
5. BRODATY, H.; PETERS, K.: Cost Effectiveness of a training program for dementia carers. Int. Psychogeriatric, 1991.
6. CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION: La Promoción de la Salud Mental en la Práctica: Un documento sobre las prácticas de Promoción de Salud Mental de las Divisiones y Ramas Regionales de la Asociación de Salud Mental de Canadá a lo largo de Canadá. Plan Nacional para la Promoción de la Salud Mental. Oficina Nacional, Toronto, Ontario, 1998.
7. CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION Mental Health Promotion. A Policy Framework. Working Towards a National Plan for Promoting Mental Health. October, 1998.
8. CERQUEIRA, M.T.: Promoción de la Salud: Evolución y nuevos rumbos. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 120(4), O.P.S., Washington, D.C., 1996.
9. CHISWICK, D.; COPE, R.: Seminars in Practical Forensic Psychiatry. Royal College of Psychiatrist (Great Britain). Redwood Press, Trowbridge, Wiltshire, 1995
10. COHEN, H.; NATELLA, G.: Trabajar en Salud Mental, La Desmanicomialización en Rio Negro. Argentina, 1994.
11. COMISION DE EVALUACION DE ATENCION PRIMARIA: Evaluación de la Atención Primaria. Departamento de Atención Primaria. División de Salud de las Personas. Santiago, 1997
12. CONCHA B., M.; RODRIGUEZ N., L.; AGUILERA S., X.; GONZALEZ W., C.: Estudio de Costo Efectividad. Informe Final. Tomo I. Ministerio de Salud, 1998.

13. CORDERO A., M.: El Modelo Gravitacional: Una Propuesta para Construir Redes de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría. Hacia una Salud Mental y una Psiquiatría al Servicio de las Personas. Chile, 1998.
14. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES NORTHERN IRELAND: Drug Misuse and Dependence - Guideline on Clinical Management. Department of Health Scottish Office Department of Health Welsh Office. Norwich, U.K. 1999.
15. DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL, U. DE HARVARD: Salud Mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Oxford University Press. O.P.S., 1995.
16. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO: Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Promoción de la Salud mental en la Comunidad Autónoma del país Vasco. Dirección de Asistencia Sanitaria. Vitoria -Gasteiz, Bilbao, 1990.
17. DESJARLAIS, R. et al: Chapter 3: Suicide in World Mental Health, 1995.
18. DIEZ ME.: Cambios en el marco jurídico y legal de la enfermedad mental. En García J.; Espino, A. y Lara, L.: "La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo". Ediciones Díaz de Santos, Madrid 1998
19. DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD: Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades Indígenas. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 1998.
20. DIVISION DE INVERSIONES Y DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL: Estudio de Red Asistencia: Guía Metodológica. Ministerio de Salud. Chile 1997.
21. DIVISION DE INVERSIONES Y DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL: Sistematización Estudios de Red Asistencial de Salud. Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial. Informe País - Chile. Documento 14. Ministerio de Salud. Chile 1999.
22. DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS: Estrategias Innovadoras en Salud: La Reforma Programática y Financiera Chilena. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Nacional de Salud. Chile, 1998.
23. DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS: Criterios, Estándares de calidad e Indicadores de las Prioridades de Salud País: Compromisos de Gestión Ministerio de Salud. Chile, 1998.
24. DURLAK, J.; WELLS, A.: Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. American Journal of Community Psychology, Vol. 25, N° 2, 1997



25. ESPEJO, E.; FUENTES, R.: Promoción de Salud desde la Perspectiva de la Nueva Salud Pública. Cuaderno Médico Social XL, 1, 1999/ 25 - 30
26. EVANS, R.; BARER, M.; MARMOT, T.: ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Díaz de Santos, Madrid, 1996.
27. FERNANDEZ RIOS, I.: Manual de Psicología Preventiva. Teoría y práctica. Siglo XXI, 1994
28. GABBARD, G.: Treatment of Psychiatric Disorders. 1995
29. JOFFE, R. et al.: Antidepressant treatment of depression, a metaanalysis. Canadian Journal Psychiatry, 41: 613, 1996.
30. LARA, L.; LOPEZ, M.: La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En García J.; Espino, A. y Lara, L.: "La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo". Ediciones Diaz de Santos, Madrid 1998.
31. LEHMAN, A.; STEINWACHS, D.: At Issue: Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. Schizophrenia Bulletin, 24 (1): 1-10, 1998.
32. LEHTINEN, V.; RIIKONEN, E.; LAHTINEN, E.: Promotion of Mental Health on the European Agenda. National Research Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Helsinki, 1998.
33. LEIGHTON, A.: Community Mental Health and information underload. Community Mental Health Journal, Vol. 26. N°1, February 1990
34. LOPEZ, M.; LAVIANA, M.: Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas. En García J.; Espino, A. y Lara, L.: "La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo". Ediciones Diaz de Santos, Madrid 1998
35. LUBIN, H. et al.: Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms. American Journal Psychiatry, 155:9, 1998.
36. MALLA, A.; NORMAN, R.: Facing the Challenges of Intervening Early in Psychosis. Annals. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Vol. 32, 7, pp394-397. 1999.
37. MARI, J.; STREINER, D.: Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Library, Issue 3, 1997.
38. METTIFOGO, D.; MARTÍNEZ, V.; COVARRUBIAS; FERNÁNDEZ, E.; ZEPEDA, M.; GEORGE, M.: Estudio sobre la situación de la Salud Mental de los jóvenes urbanos de los noventa. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. 1998.

39. MINISTERIO DE SALUD; COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.; CONSEJO REGIONAL SANTIAGO: Plan estratégico para el desarrollo de la red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental. Comisión MINSAL, Colegio médico de Chile y Consejo Regional Santiago, 1998
40. MINISTERIO DE SALUD; SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA: Memoria Primer Encuentro Nacional, Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. Organización Panamericana de la Salud, O.M.S., Saavedra, 1997.
41. MINOLETTI, A.; CASTRO, L. y cols. : Orientaciones para un Programa Comunal de Prevención del Uso Indebido de Drogas y Alcohol. Intendencia Región Metropolitana y Ministerio de Salud. Santiago, Chile, 1995
42. MINOLETTI, A.; LOPEZ, C. y cols.: Las Enfermedades Mentales en Chile. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 1999.
43. MORALES, G. y colaboradores: Evaluación del Plan Regional de Promoción de la Salud en la Región Metropolitana (1998-2000) Secretaria Ministerial de Salud de la Región Metropolitana. 1999.
44. NATIONAL ADVISORY MENTAL COUNCIL: Health Care Reform for Americans with Severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Council. American Journal Psychiatry 150:10, USA, 1993.
45. NATIONAL INSTITUTE DRUGS ABUSE: The drug abuse treatment outcome study. U.S.A 1997
46. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
47. O.M.S.: PREVENCIÓN PRIMARIA. Mental Health Promotion. A Policy Framework. Working Towards a National Plan for Promoting Mental Health.
48. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Programas de Atención Psiquiátrica en la Comunidad: Experiencias Latinoamericanas. Cuaderno N°1, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, Septiembre, 1994.
49. PAEZ, D. y colaboradores. Salud Mental y Factores Psicosociales. Fundamentos. Siglo XXI. 1985.
50. P.N.U.D.: Desarrollo Humano en Chile, 1998. Desarrollo Humano en Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Chile, 1998.
51. PROGRAMA DE SALUD MENTAL, OPS: Guía para el Desarrollo de Programa de Comunicación Social. Iniciativa para el Control de los Trastornos Afectivos. División

de Promoción y Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1999.

52. RIOSECO, P.; VIELMA, M.; VICENTE, B.; CRUZAT, M.; SALDIVIA, S.; MEDINA, E.: Estudio Epidemiológico Psiquiátrico Transcultural en la Comunidad Pehuenche del Alto Bio-Bío, Perspectiva Ética. Revista de Psiquiatría, Año X, Vol. 4., Chile, 1993.
53. RODRÍGUEZ - MARÍN, J.: Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental. En Alvaro J., Torregrosa J., Garrido, A. 1992.
54. RUTTER, M: Beyond longitudinal Data: Causes, Consecuences, Changes and Continuity Journal of Consulting and Clinical Psychology, Enero, 1994
55. SHATZVERG, A.; NEMEROFF, C.: Testbook of Psychopharmacology. 1995.
56. SOCIEDAD CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, XII CONGRESO: Déficit Atencional. Tema monográfico I. Informe de estudios presentados, 1993.
57. SOLIMANO C., G.; PEPPER B., S: Perspectivas de la Red Asistencial de Salud en Chile. Corporación de Salud y Políticas Sociales, Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile, 1999.
58. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION. The national treatment improvement. U.S.A., 1997
59. THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and other Dementias of Late Life. American Psychiatric Association . Vol. 154, 5, 1997
60. THE WORLD BANK. Disease Control Priorities in Developing Countries. 1993
61. THE WORLD BANK AND PARTNERS: Mental Health and Development: What can the World Bank do? Washington D.C., 1998.
62. TRUCCO, M.; VALENZUELA, P: Una batería de cuestionarios para el estudio de estrés ocupacional. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Año 52, Vol. 36, N°3, Julio - Septiembre, 1998
63. TRUCCO, M: Promoción de la Salud Mental en el Ambito Laboral. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Mental y Estilos de Vida Saludables. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Washington, D.C. Junio de 1998.
64. UNIDAD DE CALIDAD Y REGULACION: Rol Regulador del Ministerio de Salud:

Fundamento, Definición y Procedimiento. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Chile, 1999.

65. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. División Programas de Salud. Depto. Programas de las Personas. 1993
66. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Norma Técnica: Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Serie MINSAL. Normas Técnicas y administrativas, 1999.
67. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Norma Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipercinéticos en la Atención Primaria. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1997
68. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Programa de Reparación y Atención Integral de Salud y Derechos Humanos. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1991.
69. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas para la Calificación de Beneficiarios PRAIS. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1993.
70. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Protección de los Niños y Atención Integral de Maltrato Infantil. Sociedad Chilena de Pediatría, Universidad de Chile, UNICEF Ministerio de Salud MINSAL, 1993.
71. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1994.
72. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1998.
73. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1998
74. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas Técnicas y Metodología de Aplicación para Terapia Electroconvulsivante (Modificada). Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1993.
75. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Guía Metodológica: Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención. Departamento Programa de las Personas.

División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1998.

76. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Orientaciones de Apoyo para Profesionales y Técnicos que realizan Examen de Salud Preventivo del Adulto. Detección y Educación Inicial para personas con síntomas de probable Depresión. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1998.
77. UNIDAD DE SALUD MENTAL - PROGRAMA DEL ADULTO : Depresión, Demencia e Insomnio. Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1999.
78. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1993
79. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Manual para formar Agentes de Prevención en Alcohol y Drogas: "Con los Jóvenes". Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1993
80. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas de Calidad de Atención para personas con problemas de Drogas y Alcohol. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1995
81. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas Técnicas para la Prescripción Racional de Benzodiazepinas. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1995.
82. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Manual : Orientaciones para un Programa Comunal de Prevención del Uso Indebido de Drogas y Alcohol. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1995.
83. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Reglamento para los establecimientos de rehabilitación de las personas dependientes de sustancias psicoactivas a través de la modalidad comunidad terapéutica. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1995.
84. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Orientaciones Generales respecto del procedimiento a seguir en relación a la Ley 19.336. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1995.
85. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1996.
86. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Manual para la Prevención. "Sin drogas.....más libres".

- Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1996.
87. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Reglamento sobre el Ejercicio de la actividad de Técnico en Rehabilitación de personas con dependencia a drogas. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud 1998
  88. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas Técnicas e Instrumento de Evaluación de Discapacidad e Integración Social. Ley N°19.284. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1995.
  89. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas Técnico Administrativas para el Funcionamiento de los Hogares Protegidos (Norma en elaboración). Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud
  90. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan. (En trámite de aprobación). Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud
  91. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Normas Técnicas: Epilepsia, Diagnóstico y Tratamiento. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud 1990
  92. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Manual de Trastornos Emocionales. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud 1993
  93. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Manual de Prevención, Detección y Manejo de Problemas de Salud Mental en la Escuela. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1997.
  94. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Cómo ayudar a niños y niñas después de un desastre. Guía práctica de profesores. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud 1998.
  95. UNIDAD DE SALUD MENTAL: Guía Conductas Saludables en el Ambiente Pre Escolar. Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, 1999.
  96. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: Mental Health, United States, 1996. Center of Mental Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, Maryland 1996
  97. VICENTE, B.; RIOSECO, P.; VIELMA, M.; URIBE, M.; BOGGIANO, G.; TORRES, S.: Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. Revista de

98. WOLFEN.; HELMINIAK, T.; MORSE, G.; CALSYN, R.; KLINKENBERG, D.; TRUSTY, M: Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal Psychiatry* , 154:3, p. 341-348, 1997.
99. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Schizophrenia and public health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Nations for Mental Health. WHO, Geneva, 1997
100. WORLD HEALTH ORGANIZATION: The global burden of disease. Summary. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global burden of disease and injury series. World Health Organization. Harvard School of Public Health. World Bank. 1996.
101. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Supporting governments and policy-makers. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Nations for Mental Health. WHO, Geneva, 1998





**Autores y  
Colaboradores**



**El Equipo Técnico y Profesional de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud es responsable de la redacción final de este documento:**

Alberto Minoletti Scaramelli	Psiquiatra Jefe Unidad
Carmen López Stewart	Psiquiatra Sub Jefa Unidad
Walter Brokering Alacid	Psiquiatra
Luis Flores Pizarro	Trabajador Social
Myriam George Lara	Psicóloga
Patricia Jiménez Polti	Psicóloga
Verónica Monreal Alvarez	Psicóloga
Patricia Narvaez Espinoza	Enfermera y Matrona
Alfredo Pemjean Gallardo	Psiquiatra
Ximena Rayo Urrutia	Trabajadora Social
María Elena Varela Alamos	Psicóloga
Silvia Yermani Valenzuela	Periodista
Cecilia Cañete Castillo	Secretaria
Viviana Lebil Legue	Secretaria
Roberto Rojas Rojas	Técnico en Programación
Enrique Quiroz Durán	Auxiliar Administrativo
Adriana Dreckmann	SEREMI R. Metropolitana
Rafael Sepúlveda	Director Servicio Psiquiatría Hosp. Barros Luco /Trudeau

**Las siguientes Instituciones y organizaciones entregaron su insustituible aporte al documento, a través de representantes que participaron en los momentos y distintos niveles de consulta, análisis y elaboración:**

Georgina Sepúlveda	Asociación Nacional de Familiares y
Elsa Acuña	Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica - ANAFADIS
Rosita Riveros	Corporación Alzheimer
Julieta Montebruno	id.
Miguel Rojas	Corporación Metropolitana de Beneficiarios PRAIS
Cecilia Tessini	Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas
Grecia Atineos	Padres de Niños Autistas - PANAUT
M. Angélica Ríoseco	Alcohólicos Anónimos
Giorgio Sobrero	Familiares de Alcohólicos Anónimos AL-ANON
Rolando Urzúa	Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile URACHI
Mario Vergara	Consejo Nacional de Consumidores y Usuarios
María Inés Winkler	Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos
Victor Labbé	Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos
Ricardo García	Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia
Juan Sepúlveda	Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia
Juan Maass	Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Eduardo Medina	Sociedad Chilena de Salud Mental
Carlos Urrutia	Colegio de Psicólogos de Chile
Enrique Accorsi	Colegio Médico de Chile A.G.
Ricardo Peña	Colegio Médico de Chile/ Consejo Regional Santiago
María Isabel Aravena	Colegio Terapeutas Ocupacionales de Chile
Carmen Gloria de las Heras	id.
Gladys Corral	Colegio de Enfermeras de Chile
Elizabeth Troncoso	Colegio de Enfermeras de Chile
Luis Hormazábal	Escuela de Medicina, Universidad de Chile

Ramón Florenzano  
Martin Cordero  
Ana María Arón  
Laura Rueda  
Paula Soto  
Lily Ríos  
Patricio Cornejo  
Fany Pollarolo  
Rafael Caviedes  
René Merino Blanco  
René Merino Gutiérrez.  
Ignacio Morlans  
Mauricio Gómez  
Iris Boisier  
Oscar Acevedo

José Ancan  
Luis Ibacache  
Carolina Berrios  
Patricia Cofré  
María Angélica Dazkalakis  
Francisca Díaz  
Archivaldo Donoso  
Joel Espina  
Alicia Espinoza  
Luis Fornazzari  
Patricio Fuentes  
María Angélica Fuenzalida  
Carmen Gloria Greve  
Tatiana Hormazábal  
María Isabel Huerta  
Daniel Martínez  
Mariano Montenegro  
Rosa María Olave  
Danilo Ríos  
Lina Rottman  
Juan Salinas  
Marcela Sandoval  
Sofía Valenzuela  
Guillermo Vergara  
Vilma Ortiz  
Laura Zambrano  
Andrea Poblete  
Lucy Poffald  
Irma Rojas  
Marcos Barricentos  
Marcela Oyarzún  
Francisco Aliste  
Alfonso Correa  
Jorge Seguel  
Mariela Maurerria  
Irma Pérez

Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes  
Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile  
Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile  
Escuela de Terapeutas Ocupacionales Universidad de Chile  
id.  
Escuela Enfermería Universidad de Chile  
Comisión de Salud - Cámara Diputados  
Comisión de Familia - Cámara Diputados  
Asociación de Isapres de Chile A.G.  
id.  
id.  
Director Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak  
Director Hospital Psiquiátrico El Peral  
Directora Hospital Psiquiátrico P. Pinel  
Director Hospital Psiquiátrico Salvador -  
Unidad de Salud Mental Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio  
PRAIS S. Salud Metropolitano Occidente  
Hospital Barros Luco Trudeau  
Hospital Félix Bulnes  
Hospital Luis Calvo Mackenna  
Servicio Salud Metropolitano Norte  
Consultorio Salvador Bustos  
Hospital José Joaquín Aguirre  
PRAIS S. Salud Metropolitano Sur  
Hospital Félix Bulnes  
Centre for Addiction and Mental Health, Ontario, Canadá  
Instituto Nacional de Geriatria  
PRAIS S. Salud Metropolitano Sur  
COSAM Pudahuel  
Hospital Luis Calvo Mackenna  
Hospital Luis Calvo Mackenna  
Hospital Psiquiátrico El Peral  
S. Salud Metropolitano Norte  
COSAM Ñuñoa  
S. Salud Metropolitano Occidente  
COSAM Melipilla  
Hospital Exequiel González Cortés  
Consultorio El Bosque  
Consultorio Recreo  
CRS Hospital El Pino  
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense  
PRAIS S. Salud Metropolitano Sur Oriente  
Unidad Salud Mental S.S. Metrop. Oriente  
Unidad Salud Mental S.S.M. Occidente  
Unidad Salud Mental S.S.M. Sur  
Unidad Salud Mental S.S. M. Norte  
Unidad Salud Mental S.S. M. Central  
Unidad Salud Mental S.S. M. Sur Oriente  
Unidad Salud Mental S.S. Arica  
Unidad Salud Mental S.S. Iquique  
Unidad Salud Mental S.S. Antofagasta  
Unidad Salud Mental S.S. Atacama

Claudia Alvarez	Unidad Salud Mental S.S. Coquimbo
Hector Cameratti	Unidad Salud Mental S.S. Viña del Mar - Quillota
Lucrecia Villarroel	Unidad Salud Mental S.S. O'Higgins
Carlos Sjöberg	Unidad Salud Mental S.S. Maule
Mariana Becker	Unidad Salud Mental S.S. Ñuble
Paulina Bassi	Unidad Salud Mental S.S. Bio Bio
Juan Carlos Ibáñez	Unidad Salud Mental S.S. Concepción
Maritza Riquelme	Unidad Salud Mental S.S. Arauco
Adriana San Martín	Unidad Salud Mental S.S. Talcahuano
Oriana Jara	Unidad Salud Mental S.S. Araucanía Sur
Ximena Campos	Unidad Salud Mental S.S. Araucanía Norte
Marian Delgado	Unidad Salud Mental S.S. Valdivia
Javier Díaz	Unidad Salud Mental S.S. Osorno
Loreto Lorca	Unidad Salud Mental S.S. Llanquihue
Silvia Delfín	Unidad Salud Mental S.S. Aysén
Vivian Garay	Unidad Salud Mental S.S. Magallanes

Muchos de los que hicieron posible este documento con su aporte de conocimientos, experiencias, propuestas y críticas, sin las cuales este documento no habría sido posible:

Acuña S. Claudio  
 Acuña Julia  
 Aguilar T. Silvia  
 Aguirre C. Magdalena  
 Aguirre V. Juan Marcos  
 Ahumada B. Luisa  
 Alegria A. Doris  
 Alegria Leonardo  
 Almonte Carlos  
 Alvarado Fernando  
 Alvarado Sergio  
 Alvarez Luis  
 Alvarez G. Claudia  
 Amira Alejandra  
 Aylwin Erwin  
 Arancibia V. Cristian  
 Aravena B. Rogelio  
 Aravena Q. Ema  
 Araya Antonio  
 Araya José  
 Arias L. Andrea  
 Armijo Maureira  
 Arzola Eva  
 Arroyo Natalia  
 Astorga Ignacio  
 Avendaño Cecilia  
 Badilla G. Blanca  
 Bahamondes Andrea  
 Balbontin Ana  
 Barceló Patricia  
 Barraza Delia

Barria Javier  
 Barriga C. Lautaro  
 Barriga O. Marcela  
 Bascuñan S. Jaime  
 Basualto P. María Elena  
 Baxter Ronald  
 Binimelis Claudia  
 Bobadilla Nora  
 Bobadilla Rebeca  
 Bolzman Rodolfo  
 Brandell T. Angélica  
 Buratti C. Ruth  
 Caballero R. Gloria  
 Cabello Q. Erika  
 Campos Patricio  
 Cancec I. Enrique  
 Carniglia Claudia  
 Carrasco V. Mabina  
 Castañeda Maureen  
 Catalán María  
 Céspedes Mauricio  
 Céspedes P. Rafael L.  
 Cordero Claudio  
 Coronel Beethoven  
 Cortés Leticia  
 Cova S. Félix  
 Chet V. Carolina  
 Chiang Roberto  
 Del Real P. Ana María  
 Díaz V. Diana  
 Escobar Enrique

Espejo Francisco  
 Espinosa L. Marcela  
 Estrada Larrain A.  
 Estuardo Claudio  
 Fazzalori Jacqueline  
 Fontecilla S. Isabel M.  
 Fuentes L. Marcela  
 Fuentes Ximena  
 Gajardo V. René  
 Galarce A. Maritza  
 Gazmuri V. Beatriz  
 Girardi K. Andrea  
 Godoy Miguel  
 Gómez Alejandro  
 Gómez B. Bernardo  
 González E. Jorge  
 González G. Silvia  
 Graffigna M. José  
 Günther Nelly  
 Gutiérrez María Estrella  
 Guzmán Luciana  
 Henríquez R. Carlos  
 Hernández T. Liliana  
 Hernández Luis  
 Herrera A. Edita  
 Herrera O. Eduardo  
 Hoffmann R. Patricia  
 Hormitha C. Ronaldo  
 Huneeus Teresa  
 Jiménez Mercedes

Jiménez A. Flor  
Jorquera Susana  
Lafferte Carlos  
Lara O. Marcela  
Leiva Z. Fernando  
Letelier Rosa  
Levin T. Jorge  
Lizana L. Rosa  
López S. Silvia  
Llánten María  
Madariaga A. María  
Madariaga Carlos  
Marconi Juan  
Márquez Ana  
Márquez Verónica  
Martínez Lidia  
Mauriceira J. Mariela  
Medina B. Sonia  
Melo D. Gabriel  
Meza W. Rodrigo  
Molina Gustavo  
Molina Juan  
Molina M. Raquel  
Monasterio Hernán  
Montt V. Matilde  
Morgado A. María C.  
Moscoso G. Odalie  
Mujica P. Paula  
Muñoz L. Katty  
Muñoz Sergio  
Navarro Rosa  
Oberreuter L. Marianela  
Olivares B. Gladys  
Opazo Raquel  
Orellana T. Fabiola  
Ormeño E. Walter  
Osorio G. Rosa A.  
Palacios C. María  
Palma A. Lucía  
Palma Cristian  
Palominos G. Jaime

Pascual Juan Pablo  
Parra A. Jorge  
Paz Rodrigo  
Peña R. Sylvia Anita  
Peñailillo Ximena  
Peralta Astrid  
Pereda Viviana  
Pérez A. Marta Adriana  
Pérez L. Daniza  
Pérez Luis  
Pezoa Sergio  
Pizarro G. Carlos  
Prato Juan  
Predes S. Juan  
Quezada Carlos  
Quiman J. Rolando  
Ramirez Sandra  
Raña Jorge  
Rapiman S. Juan  
Rebolledo C. Oriana  
Rey Ricardo  
Reyes Francisca  
Reyes Pamela  
Riffo L. Sylvia  
Rios M. Lily  
Riquelme Luis  
Riquelme Raúl  
Riveros E. María Elena  
Rodríguez Marta  
Rojas Carlos  
Rojas G. José Luis  
Rona R. Eva  
Romero Jorge  
Rosales G. Tirsia  
Ruiz Ana María  
Sainz Mariana  
Saldivar O. Hilda  
Salinas Cecilia  
San Martín Adriana  
San Martín Nelly  
Sánchez C. Sebastián

Saravia C. Victoria  
Sepúlveda Ana María  
Sepúlveda Díaz Hugo  
Silva F. Luis  
Schlechter Snow Wally  
Soto Carmen  
Soto Marlene  
Soto R. Paula  
Sozól L. S.  
Tapia Sandra  
Tapia U. Sofía  
Tardito Sonia  
Tobar Digna  
Toledo C. Juan  
Toledo Virginia  
Torres Ximena  
Troncoso E. Elizabeth  
Urria M. Zenón  
Urrutia Mila  
Valderrama R.  
Valdés P. Rosa  
Valenzuela Iván  
Valenski Julio  
Valeria M. Bernarda  
Vargas G. Héctor  
Vásquez Alicia  
Vega Blanca  
Véliz R. Olga  
Veloso F. Paula  
Venegas David  
Vidal C. Mario  
Vidal N. Yofanda  
Villarino Ana  
Villarroel A. Lucrecia  
Voight Fernando  
Vukocic Juan  
Weber B. Alvaro  
Vuskovic Cristian  
Zaldivar Hilda

Pedimos disculpas a todos aquellos cuyos nombres no aparecen, tal vez porque no hemos sido lo suficientemente acuciosos en su registro.

2668

WM105  
M665  
2. ed.  
2001

CENTRO DE DOCUMENTACION  
MINSAL/OPS/OMS



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud