

El Ministerio de Salud de Chile – en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población – ha formulado este Plan, el cual es el 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 y psiquiatría del país, y se señalan, en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los chilenos.

## **Introducción**

- 1. CAPÍTULO 1 Valores y Principios**
- 2. CAPÍTULO 2 Intersectorialidad**
- 3. CAPÍTULO 3 Programa**
  - 3.1 Promoción y Prevención**
  - 3.2 Trastorno Hiperactivo/de la Atención**
  - 3.3 Violencia**
  - 3.4 Depresión**
  - 3.5 Esquizofrenia**
  - 3.6 Alcohol y Drogas**
  - 3.7 Alzheimer**
- 4. CAPÍTULO 4 Red**
- 5. CAPÍTULO 5 Familiares y Usuarios**
- 6. CAPÍTULO 6 Financiamiento**
- 7. CAPÍTULO 7 Regulación**
- 8. CAPÍTULO 8 Aportes, Consenso y Compromisos**
- 9. CAPÍTULO 9 Conclusiones**
- 10. Anexo 1 Conferencia Nacional**
- 11. Anexo 2 Conferencia Dr. Wassilenki**
- 12. Referencias Bibliográficas**
- 13. Autores y Colaboradores**

**“Aquí esta el hombre enfermo,  
respira,  
no lo dejen solo,  
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**

## **I. Capítulo 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 mejorías 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. Grupo nuevo 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 estos 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 y preventivas 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.

## **II. Capítulo 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, O.N.G. 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 resolutiveas 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.
- 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 50.000 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 guías clínicas y protocolos actualizados 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 FONASA, ISAPRES y MUTUALES



## 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 la protección lograda mediante capacidades individuales y apoyos sociales adecuados.”

### 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 antagónicos, 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 la 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 Estupefacentes (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 período 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, 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 (CORECES), 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 mas 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 (CORECES).

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

Los espacios públicos y las agrupaciones formales e informales que las personas comparten 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 déficits 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 que proporcionen las 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, resolutiva 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 incurren 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 sobreesidos 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 sobreseídas, 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 sobreseídas.
- 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 INDIGENAS

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 (CORECES).

### 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 psiquiatría ambulatoria, clínicas 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).



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

El programa describe el conjunto de actividades para realizar 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 Comunes de Prevención, Organizaciones de Usuarios y / o

---

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

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 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 PSICOSOCIAL 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 MEDICA 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 MEDICA 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.
- **INTERVENCION 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.
- **INTERVENCION / 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 1, 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 :

- **CONSULTORIA 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

---

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

periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por servicio de urgencia.

- ➔ **CONSULTA PSIQUIATRICA** : 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.

#### **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.

- ➔ **CONSULTORIA 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

---

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

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.

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 PSIQUIATRICA**, 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 PSICOLOGICA CLINICA**, 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.
- **INTERVENCION 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.
- **DIA COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA**, atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción, durante al menos 4 horas al día, sin pernoctar.
- **DIA COMUNIDAD TERAPEUTICA EN INTERNACION**, atención realizada por equipo especializado en problemas de adicción en régimen cerrado.
- **DIA HOSPITALIZACION 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.
- **DIA CAMA DE HOSPITALIZACION DE CORTA Y MEDIANA ESTADIA**, realizada por el equipo de psiquiatría clínica de un Servicio de Psiquiatría de un Hospital, durante 24 horas al día.
- **DIA 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	CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL*	Equipo de Salud General	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria
2	CONSULTA MEDICA 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	INTERVENCION / 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	CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL**	Atención Primaria	Profesionales del equipo de salud general
		Otros Servicios Clínicos	Profesionales de otros servicios clínicos
		Servicios de Urgencias	Profesionales de atención de urgencia
9	CONSULTA PSIQUIÁTRICA	Paciente / familiares	Psiquiatra
10	PSICODIAGNÓSTICO	Paciente	Psicólogo
11	CONSULTA PSICOLÓGICA CLINICA	Paciente/ familiares	Psicólogo clínico
12	CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA	Paciente Familiares/ cuidadores	T. Ocupacional, Enfermera, Asistente Social de Equipo de Psiquiatría
13	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA	Pacientes Familiares y/o Cuidadores	
14	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL	Paciente	Psicólogo Clínico Psiquiatra
15	DIA COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA	Paciente	Equipo Comunidad Terapéutica
16	DIA COMUNIDAD TERAPEUTICA EN INTERNACION	Paciente	Equipo Comunidad Terapéutica
17	DIA HOSPITALIZACIÓN DIURNA	Paciente	Equipo Clínico Psiquiátrico
18	DIA CAMA HOSPITALIZACIÓN DE CORTA / MEDIANA ESTADÍA	Paciente	
19	DIA CAMA HOGAR PROTEGIDO	Paciente	Equipo del Establecimiento

\*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

**Cuadro resumen**

**ACTIVIDADES Y ACCIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**

<i>ACTIVIDAD / PRESTACION</i>		<i>ACCIONES</i>	
1	<b>CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL</b>	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación Alta o referencia a atención especializada	
2	<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	
3	<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	
4	<b>VISITA DE SALUD MENTAL (♣♣)</b>	<b>Domiciliaria</b>	Evaluación y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
		<b>Laboral</b>	Evaluación y diagnóstico social y laboral Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
		<b>Escolar</b>	Evaluación y diagnóstico social y escolar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
5	<b>INTERVENCION / ACTIVIDAD COMUNITARIA (♣♣)</b>	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación	
6	<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL o GRUPAL (♣♣)</b>	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	
7	<b>CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL (♣♣)</b>	<b>Con Equipo Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria</b> Atención conjunta de pacientes y/o familiares Reuniones clínicas y de coordinación	
8	<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL (♣♣)</b>	<b>Equipo de Salud General</b>	Atención conjunta de pacientes y/o familiares Reuniones clínicas y de coordinación
		<b>Profesionales de otros Servicios Clínicos</b>	
		<b>Equipo Servicio de Urgencia</b>	
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 CLINICA</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>DIA COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA</b>	Entrenamiento en habilidades para la vida en comunidad Actividades y terapias grupales con pacientes y familiares	
16	<b>DIA COMUNIDAD TERAPEUTICA EN INTERNACION</b>	Entrenamiento en habilidades para la vida en comunidad Actividades y terapias grupales con pacientes y familiares	
17	<b>DIA HOSPITALIZACIÓN DIURNA</b>	Evaluación y diagnóstico Actividades y terapias individuales y grupales con pacientes y familiares Administración de terapias farmacológicas	
18	<b>DIA 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>DIA 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 resolutivez 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.

## **Prioridad programática**

### **PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD MENTAL**

#### **I. ANTECEDENTES**

1. La promoción y prevención representan, en los últimos años, una estrategia sanitaria orientada a la modificación de los determinantes de la salud, principalmente focalizados 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.

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 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 Ottawa, 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 PREVENCION 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 PREVENCION

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

Existe evidencia también de que es posible 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 pueden 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 PREVENCION 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 en 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, para ser realizadas por los equipos de salud con la asesoría y apoyo de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorios, con :

a) organizaciones comunitarias, profesionales de otros sectores, autoridades y medios de comunicación locales como una forma de 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, actividades 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:

- 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

## PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

- **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**  
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
------------------------------------	--	---	-------------------------	---	---------------------------------	----



## V. PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **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**  
Consultorios de especialidades, Centros de Referencia en Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), 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**  
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	Nº DE ORGANIZACIONES O GRUPOS	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR GRUPO U ORGANIZ. / AÑO
<b><u>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</u></b>						
con equipos de salud general de APS	Aumento de la capacidad resolutiva  Coordinación	Reuniones técnicas para la planificación y coordinación de las acciones de promoción Actividades conjuntas con grupos	Equipo de Salud Mental y Psiquiatra Ambulatorio	1	2	1



**Prioridad Programática:**

**NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCION  
(THA)**

***El Trastorno Hiperkinético / 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 hiperkinético / 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 hiperkinético / 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 hiperkinético, con el fin de realizar una intervención y un tratamiento precoz al niño y su familia.



## II. ATENCION PRIMARIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCION

- **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 medico 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 página.....)**

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 DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS HIPERCINETICOS / DE LA ATENCIÓN**

Demanda estimada : 12 por cada 1.000 niños entre 5 y 15 años

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b>CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Niños con probable Trastorno Hiperkinético / de la Atención	Realizar diagnóstico Iniciar o modificar tratamiento	Evaluación médica, diagnóstico 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	Médico General Pediatra	100	0,5	3
	Complementar diagnóstico	Examen Parasitológico deposiciones T3, T4, TSH		10 10		
	Farmacoterapia, al menos 3 meses después del diagnóstico	Metilfenidato Pemolina Anfetamina		50 5 5		
<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>INTERVENCION PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Familias, con o sin los niños	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

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b><u>INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA</u></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><u>CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL</u></b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	Aumento de la capacidad resolutive 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 Diagnostico 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 página.....)**

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

- **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 HIPERCINETICOS / DE LA ATENCION**

Demanda estimada : 2.4 por cada 1.000 niños de entre 5 y 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	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO
<b>CONSULTORÍA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos	Aumentar la capacidad resolutive 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 Ambulatorio	100	0,5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Niños con trastorno hiperactivo/ de la atención	Realizar diagnóstico Iniciar 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 general	Psiquiatra	100	0,5	3
	Complementar diagnóstico	Electroencefalograma Nivel plasmático de T.S.H., T3, T4		10 10		
	Farmacoterapia	Metilfenidato Pemolina Anfetamina Amitriptilina Imipramina Tioridazina Haloperidol		70 5 5 5 5 5 5		
<b>CONSULTA PSICOLOGICA CLINICA</b>						
Niño con THA Y / o su familia	Realizar psicodiagnóstico Modificar factores psicológicos	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades	Psicólogo clínico	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>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>						
Grupos de niños con THA	Adquirir destrezas sociales y autocontrol Desarrollar autoestima	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	Psicólogo clínico Psiquiatra	40	0,33 (6 niños en 2 horas)	6
<b>INTERVENCION 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



**Prioridad Programática:**

**TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA VIOLENCIA**

**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 Psicósomáticos 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 se encuentra asociada 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. ATENCION 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 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. 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 página.....)**

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  
5 por cada 1.000 personas mayores de 65 años

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b>CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas afectadas por violencia intrafamiliar	Realizar diagnóstico	Evaluación médica y diagnóstico: 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 acogida o primera respuesta					
	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	Evaluación y diagnóstico psicosocial (evaluación de escalada 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 Matrona Asistente Social Psicólogo Otro	100	0,5	6
	Modificar factores psicosociales  Definir procedimientos judiciales, policiales etc					
<b>INTERVENCION 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 Matrona Técnico paramédico	60	0,25  (8 personas en 2 horas)	8

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
En el domicilio de personas <b>con riesgo vital</b> 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 autoayuda 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>CONSULTORIA DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	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. ATENCION 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 consultorías 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 página.....)**

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 DE MUJERES, HOMBRES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Demanda estimada : 12 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 65 años  
1 por cada 1.000 personas mayores de 65 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 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 Ambulatorio	100	0,5	1
<b><u>CONSULTA PSIQUIATRICA</u></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 psicoterapéutico / psicosocial según diagnóstico Alta o referencia a Equipo de Salud General	Psiquiatra	100	0,5	4
	Farmacoterapia	Ansiolíticos Antidepresivos Neurolépticos		20 20 20		
<b><u>PSICODIAGNOSTICO</u></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

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b><u>CONSULTA PSICOLOGICA</u></b>						
Personas afectadas por violencia intrafamiliar compleja y para personas agresoras referidas por ley 19.325	Modificar factores psicológicos	Evaluación y diagnóstico psicológico Psicoeducación, apoyo emocional	Psicólogo clínico	100	0,5	6
<b><u>PSICOTERAPIA GRUPAL</u></b>						
Personas afectadas y/o familias por violencia intrafamiliar compleja y para personas agresoras referidas 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

**Prioridad Programática:**

**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.
- 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 período 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. ATENCION PRIMARIA DE LAS PERSONAS CON DEPRESION

- **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 medico 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 demandarán efectivamente atención de salud.
  
- **Actividades / Prestaciones (Ver página.....)**

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 persona 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 PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
<b>CONSULTA MEDICA 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 Diazepan		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 psicosocial: 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 PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
<b>INTERVENCION 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 ( 8 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 hrs)	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 General	Aumentar la capacidad resolutive del equipo de Atención Primaria Coordinación	Reuniones clínicas y de coordinación Atención conjunta de pacientes y/o familiares	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	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 comorbilidad psiquiátrica y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general y/o atendidas en servicio de urgencias 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 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 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 página.....)**

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	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION 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, Equipo de Servicios de Urgencia	Aumentar la capacidad resolutive 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 Ambulatorio	100	0,5	1
<b>CONSULTA PSIQUIÁTRICA</b>						
Personas referidas por síntomas y/o diagnóstico de depresión mayor	Diagnóstico Tratamiento Reforzar adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Información, apoyo y orientación Indicación tratamiento psicoterapéutico / psicosocial 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 Computada Electroencefalograma Pruebas hepáticas Creatinemia Sreening de drogas		20 10 10 5 5 10 2 5 10 10 5		1

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)				
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO	
Continuación Consulta Psiquiátrica	Farmacoterapia	Amitriptilina		20		180	
		Imipramina		20			
		Fluoxetina		40			
		Moclobemida		5			
		Sertralina		5			
		Trazodona		5			
		Clomipramina		5			
		Diazepam		5			90
		Alprazolam		5			90
		Clorpromazina		5			90
		Haloperidol		5			90
		Carbonato de Litio		10			180
Acido Valproico		5		180			
Carbamazepina		5		180			
<b>PSICODIAGNOSTICO</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 de problemas	Psicólogo clínico Psiquiatra	5	0,75	6	
<b>PSICOTERAPIA GRUPAL</b>							
Personas en tratamiento por depresión mayor	Modificar factores psicológicos	Psicoterapia específica para depresión : cognitiva conductual, interpersonal y de resolución de problemas	Psicólogo clínico Psiquiatra	5	0,33 (6 personas en 2 horas)	12	
<b>DIA CAMA HOSPITALIZACION 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	Equipo clínico	1	24	15 días	
		Terapia electro convulsivante	Psiquiatra Anestésista	0,5	0,25	8	

**Prioridad Programática:**

**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, y 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 página.....)**

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 PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
<b>CONSULTA MEDICA 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 Interconsulta a Psiquiatra	Médico General	100	0,5	2
	Farmacoterapia para alivio sintomático en espera de atención de especialidad	Clorpromazina Haloperidol Trihexifenidilo		50 50 60		15
<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 PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
<b>CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL</b>						
Seguimiento de personas con esquizofrenia estabilizada	Prescribir tratamiento Refuerzo de adhesión al tratamiento	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones terapéuticas y prescripción farmacológica Psicoeducación (información al paciente y familiares) Interconsulta a Psiquiatra	Médico General	100	0,5	4
	Farmacoterapia indicada por especialista	Clorpromazina Haloperidol Neuroléptico de depósito (Flufenazina decanoato) Trihexifenidilo		35 35 50 25		365 365 12 365
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Personas en tratamiento por Esquizofrenia estabilizada y sus familiares	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, A. Social, Enfermera	75	0,5	8
<b>INTERVENCION PSICOSOCIAL GRUPAL</b>						
Familias de pacientes en tratamiento por esquizofrenia estabilizada	Entregar de apoyo emocional / información. Incentivar comportamientos de autoayuda Estimular la participación en agrupaciones de familiares.	Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades y comportamientos de autoayuda Actividades de rehabilitación social y laboral Motivación para participar en grupos de usuarios y familiares	Psicólogo A. Social Enfermera	50	0,25  (8 personas. en 2 hrs)	4

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
<b>INTERVENCION / 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	Asist. Social Enfermera U. Médico	50	0,1  (20 personas en 2 horas)	3
<b>VISITA 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 Ambulatorio	Aumentar la capacidad resolutive 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 Diagnostico 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 del Schizophrenia Bulletin.
  
- **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 página.....)**  
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

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TECNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO</b>
<b>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud General, Profesionales de otros Servicios Clínicos, Equipo de Servicios de Urgencia	Aumentar la capacidad resolutive 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 Ambulatorio	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 adhesión al tratamiento	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Psicoeducación y apoyo emocional del paciente y su familia Información, apoyo y orientación Indicación tratamiento psicoterapéutico y farmacológico Referencia a Equipo de Salud General	Psiquiatra	100	0,5	6
	Complementar el diagnóstico	Hemograma THS GGT Uremia Glicemia Orina Completa VDRL VIH 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
<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION</b>						

(Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
Continuación Consulta Psiquiátrica	Farmacoterapia	Clorpromazina: IM		5		15
		Haloperidol: IM		10		15
		Zuclopentixol Acutard: IM		2,5		5
		Diazepam: IM		2,5		5
		Lorazepam: IM		5		5
		Clorpromazina :Oral		20		365
		Haloperidol: Oral tabl		30		365
		Haloperidol: Oral got		2,5		90
		Orfenadrina: IM		2,5		3
		Trihexifenidilo: Oral		35		365
Flufenazina dec.:IM		50		12		
		Haloperidol dec.:IM		10		12
	Farmacoterapia última generación	Clozapina* : Oral		5		365
		Risperidona : Oral		2,5		365
		Olanzapina		1		365
		*Hemograma : prevención agranulocitosis por clozapina		5		15
<b>PSICODIAGNOSTICO</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 psicosocial 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 PROGRAMACION**  
(Estimación Promedio)



CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº 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 (Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica) 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 si misma	Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, comportamientos de autoayuda, 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 reinserción 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	Asistente Social Terapeuta Ocupacional Enfermera Psicólogo	20	0,25 (8 personas en 2 horas)	24
				<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>		

CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/ AÑO
<b>DIA HOSPITALIZACION 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 HOSPITALIZACION</b>						
CORTA ESTADIA para pacientes en tratamiento por esquizofrenia	Compensar sintomatología en forma rápida Prevenir daño a si 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
MEDIANA ESTADIA para pacientes en tratamiento por esquizofrenia	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 O RESIDENCIA PROTEGIDA</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 entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y domésticas	Equipo del establecimiento	10	24	365

**VARIABLES PARA PROGRAMACION**  
(Estimación Promedio)

CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACION DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº 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>INTERVENCION / 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	Asist. Social Terapeuta Ocupacional Enfermera	50	0,1 (20 pers.. x 2 hrs)	3

**Prioridad programática:**

**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. ATENCION 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 biopsicocial ni comorbilidad psiquiátrica).

- **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**

- \* 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 página.....)**

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 LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
<b>CONSULTA MEDICA 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.	Evaluación médica y diagnóstico Indicación y prescripción farmacológica Psicoeducación (información al paciente y familia). Derivación y motivación a grupo de autoayuda Alta o referencia para atención especializada	Médico general	100	0,5	6
	Complementar diagnóstico	Hemograma Glicemia VDRL y VIH GGT Pruebas Hepáticas Radiografía Tórax Radiografía de miembros o cráneo Electrocardiograma		50 25 10 50 25 10 10 10		1
	Farmacoterapia	Diazepan Clordiazepóxido Lorazepam (IM) Vitamina B1 (IM) Haloperidol (oral e IM) Clorpromazina (oral e IM) Disulfirano Imipramina Fluoxetina		33 10 5 40 10 10 20 5 20		5 5 3 3 10 10 365 180 180

			VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
<b>CONSULTA DE SALUD MENTAL</b>						
Control de 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 al persona y familia) Motivación para la incorporación y adherencia a grupo de autoayuda	Psicólogo Matrona Enfermera Asistente Social	50	0,5	6
<b>INTERVENCION 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 LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL 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 inserción	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>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	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 General	10	0.5	1



### III.- ATENCION 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 urgencias 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 consultorías 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 página.....)**

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 LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
<b>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</b>						
Equipos de salud de Atención Primaria, de otros servicios clínicos y de urgencias	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 Mental y Psiquiatría Ambulatorio	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 psicoterapéutico 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	0,75	6

			VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
Continuación Consulta Psiquiátrica	Complementar diagnóstico	Hemograma	Psiquiatra	80		1
		Glicemia		40		
		Sedimento urinario		20		
		Electrolitos plasmáticos		20		
		VDRL y VIH		20		
		Hepatitis B y C		5		
		GGT		60		
		Pruebas hepáticas		30		
		Creatinemia		20		
		Sreening de drogas		20		
		Electrocardiograma		10		
		Tomografía Axial Computada		5		
		Electroencefalograma		5		
		Radiografía de tórax		10		
		Radiografía de miembros o cráneo		10		
TSH	10					
Pruebas de coagulación	5					
	Farmacoterapia	Diazepam		33		15
		Clordiazepoxido		10		15
		Fluoxetina		20		180
		Imipramina		5		180
		Sertralina		5		180
		Trazodona		5		180
		Moclobemida		5		180
		Lorazepam (IM)		10		3
		Clonazepan		5		15
		Clorpromazina (oral e IM)		10		20
		Haloperidol (oral e IM)		10		20
		Carbonato de Litio		5		180
		Acido Valproico		2		180
		Carbamazepina		2		180
		Vitamina B1 (IM)		40		3
		Disulfirano		20		365
		Pellet Disulfirano		5		2

			VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL 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 Psicoterapia breve focal	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 y plan de tratamiento de cada persona	Psicólogo Clínico Psiquiatra	20	0.33 (6 personas en 2 horas)	48
<b>INTERVENCION 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 A. Social Enfermera Terapeuta Ocupacional Técnico en rehabilitación	20	0.25 (8 personas en 2 horas)	24

			VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
<b>CONSULTA PSICOLOGICA CLINICA</b>						
Personas en tratamiento	Apoyo emocional Reforzar 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. Reforzar calidad de prestaciones.	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación en habilidades terapéuticas, asesoría y coordinación 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	Reforzar adherencia al tratamiento. Reforzar 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 LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)						
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
<b>VISITA DE SALUD MENTAL</b>						
A personas con recaídas o en reinserción social en su domicilio o lugar de trabajo	Evaluar condiciones psicosociales Motivación a tratamiento. Apoyar a la red social	Evaluación y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades Entrevista personas con problemas de alcohol y/o drogas y familiares Entrevista a red de apoyo (laboral o educacional)	Asistente Social Enfermera Terapeuta Ocupacional Técnico en rehabilitación	5	2	1
<b>DIA HOSPITALIZACION DIURNA (O COMUNIDAD TERAPEUTICA AMBULATORIA)</b>						
Personas con dependencia de mayor severidad	Permitir y monitorear desintoxicación. Contener conducta impulsiva. Intensificar procesos psicoterapéuticos.	Evaluación y diagnóstico. Actividades y psicoterapias individuales y grupales con pacientes y/o familiares Administración de terapias farmacológicas. Terapias familiares.	Equipo Hospital de Día o Comunidad Terapéutica	10	6 a 8 horas diarias	120

			VARIABLES PARA LA PROGRAMACIÓN (Estimación Promedio)			
CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	TECNICO O PROFESIONAL	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA AL AÑO
<b>DIA CAMA HOSPITALIZACION CORTA ESTADIA</b>						
Personas con dependencia severa	Monitorear proceso de desintoxicación. Contener conducta impulsiva. Tratar comorbilidad psiquiátrica	Evaluación y diagnóstico. Actividades y psicoterapias individuales y grupales con personas con dependencia severa y familiares . Administración de terapias farmacológicas	Equipo Servicio Psiquiatría	5	24	30
<b>DIA CAMA COMUNIDAD TERAPEUTICA RESIDENCIAL</b>						
Personas con dependencia severa	Reeducar en un nuevo estilo de vida. Estimular y educar para la rehabilitación y reinserción social.	Aprendizaje de vida en comunidad. Actividades y psicoterapias grupales. Terapias familiares.	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 cómo 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 página.....)**

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 DEMENCIA**

**Demanda estimada : 50 por cada 1.000 personas mayores de 65 años**

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b>CONSULTA MEDICA 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 Vit B12 Urocultivo, Radiografía de tórax		25 25 25 1 1 1 5 1 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

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>
<b>INTERVENCION 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>INTERVENCION / 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>CONSULTORIA DE SALUD MENTAL</b>						
Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio	Aumentar la capacidad resolutive 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**

La atención especializada en **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, Nº 5, Mayo 1997)*.

- **Forma de acceso a la atención.**

- \* Mediante consultorías 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 sobrevivencia 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 página.....)**

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 LA ATENCION DE PERSONAS AFECTADAS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIA**

Demanda estimada : 6.25 por cada 1.000 personas mayores de 65 años

			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
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>						
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 Ambulatorio	100	0,5	1
<b>CONSULTA PSIQUIATRICA / NEUROLOGICA</b>						
Personas con Demencia	Realizar diagnóstico psiquiátrico, de comorbilidad y de la red familiar social de apoyo Indicar tratamiento Controlar evolución clínica	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Información, apoyo y orientación a la familia Indicación tratamiento psicoterapéutico / psicosocial según diagnóstico Apoyo emocional a familiares Referencia a Equipo de Salud General	Médico psiquiatra Neurólogo	100	0,5	4
	Complementar diagnóstico	Hemograma Sedimento urinario Uremia Urocultivo Glicemia G.Gt T.S.H VIH Acido fólico VDRL Nivel Vitamina B12 Electroencefalograma T.A.C. de cerebro		25 25 25 12 25 6 12.5 5 5 12.5 2 10 20		1

						<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>	
<b>CON QUIENES</b>	<b>OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICO O PROFESIONAL</b>	<b>% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS</b>	<b>N° DE ACTIVIDADES POR PERSONA / AÑO</b>	
Continuación Consulta Psiquiátrica y Neurológica	Farmacoterapia	Haloperidol Trazodone Fluoxetina Sertralina Carbamazepina		30 10 20 10 10		180	
<b>PSICODIAGNOSTICO</b>							
Personas con demencia	Realizar diagnóstico de nivel de deterioro y funciones conservadas	Test específicos organicidad e inteligencia	Psicólogo	20	2	1	
<b>INTERVENCION 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 Ocupac. Enfermera Asistente Social	5	0,25 ( 8 personas en 2 hrs)	4	
<b>DIA CAMA HOSPITALIZACION 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>DIA CAMA HOSPITALIZACION CORTA ESTADIA</b>							
Personas con Demencia y problemas conductuales severos que superan capacidad de la	Protección Realizar tratamiento Intensivo	Evaluación y diagnóstico Actividades, terapia con familiares Intervención psicosocial individual y grupal familiar Farmacoterapia	Equipo clínico	5	24	15	

familia						
			<b>VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)</b>			
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 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



## IV.- RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

### 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 ofrezcan 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, entendiendo 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 TECNICA PARA LA ORGANIZACION DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**

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 garantizar 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
<b>PROMOCION</b>	<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>
<b>PREVENCION</b>	<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>
<b>TRATAMIENTO</b>	<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>
<b>REHABILITACION</b>	<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>

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

<sup>1</sup> Todas estas prestaciones están consideradas en el Programa de Salud Mental y Psiquiatría.

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 prioridades 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 instituciones 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 (Corta Estadía).
- El número de camas del Servicio de Rehabilitación (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 contrarreferencia; 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 irrogue 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 sobreesídas 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 resolutive. 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.
3. **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 10.000 a 14.000 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 resolutivez 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 recibirán 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 20.000 a 28.000 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 sobreseídos 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 requiere 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 PSIQUIATRIA 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 equipo. 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



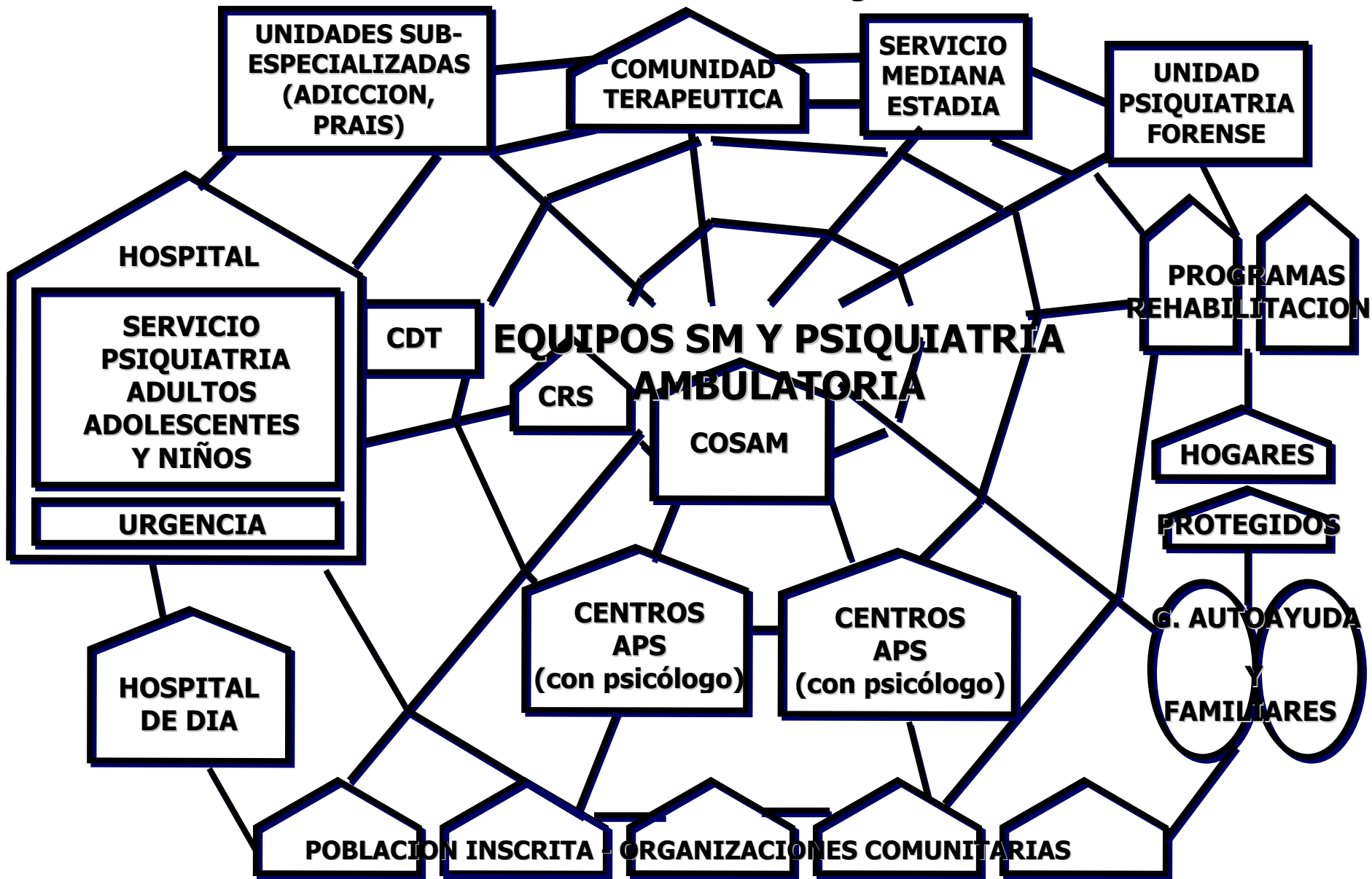
población y de los factores de riesgo y protectores, que se exprese en un programa para abordarlos en forma sistemática y costo efectiva.

- **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 ente 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.

# PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA : CHILE 2000

## RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA



## **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 desinstitucionalización, 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 auto ayuda, 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 un significativo descenso 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 habilidades 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 considerar y estudiar el 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 fortalezas.
- 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 nascentes 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 familiares 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)

## 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 alcanzan al 1,2 % 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		\$ 8.348.776.037
Camas Psiq.Hospitales Grales		\$ 1.711.626.620
Sistema Nacional de Psiquiatría Forense		\$ 876.681.000
Consultas Psiquiátricas		\$ 1.317.555.000
Clozapina		\$ 375.273.000
Campañas Sanitarias	Depresión	\$ 42.000.000
	Prioridades Salud	\$ 44.190.000
	Violencia y Maltrato	\$ 10.000.000
	Tabaco, alcohol y drogas	\$ 51.000.000
Atenciones S.M. en APS		738.551.027
Promoción Salud Mental		\$ 475.600.000
Fondo Apoyo a Política y Plan Salud Mental		\$ 1.602.249.750
Fondo Centros Alcohol		\$ 153.386.000
<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>1,39</b>

**1. Deben aumentarse los recursos para salud mental del 1,39 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 costeo 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 Diagnostico 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, educación 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)

<b>PRIORIDADES</b>	<b>COSTO TOTAL (en miles de pesos)</b>
Trastornos Hipercinéticos	1.099.785
Trastornos S. Mental asociados a Violencia	7.557.587
Depresión	4.073.996
Ezquizofrenia	13.272.041
Demencias	1.471.770
Dependencia a sustancias	12.594.620
Urgencia Psiquiátrica	1.252.714
Promoción y Prevención	18.230.520
Apoyo a Organizaciones de Usuarios y Fliares.	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.



## **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 Tarjetón

□ **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**
- 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.
  - 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.
- **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 resolutiveidad , 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.

## 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%	Otros profesionales de salud	5,2%
Psicólogos	17,0%	Familiares organizados	12,0%
Enfermeros/as	8,6%	Parlamentarios, artistas	14,6%
Asistentes Sociales	5,7%	Periodistas, estudiantes, etc	
Técnicos y Auxiliares	2,1%		

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 Area 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). Permitted, 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 psicóticas, 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 legítimas. 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”.



## IX. CONCLUSIONES

**“La ciencia no es todo lo que media entre una hermosa idea y una dura realidad”**

Anónimo del siglo XXI

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 en esfuerzos similares, 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 es un aspecto tan básico del bienestar, y en estos tiempos, expresa 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, a pesar de todo, 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, aspiración que trasciende con mucho lo que un gobierno puede hacer, incluso lo que un Estado puede proponerse, debe llegar a ser una forma de vida para un mundo que tiene el desafío de sobrevivir al siglo XX.

## **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 manutención 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.
- ◆ Que son prestadores de servicios, altamente involucrados con los procesos patológicos y con su tratamiento y rehabilitación. Son agentes comprometidos con la reinserción social plena de las personas con enfermedades mentales.

## ANEXO 2

### **“COSTO EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS”.**

Conferencia del Dr. Donald Wassilenki

En las postrimerías del siglo XX, y en un mundo cada vez mas 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 Magíster 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 subjefe de programas y planificación del mismo departamento. El Dr. Wassilenski es miembro de la sociedad Psicoanalítica canadiense y ha publicado mas de 100 artículos y editado dos libros. En los últimos 10 años ha estado fuertemente involucrado en las políticas publicas 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 mas 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 hacia 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 mas 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 mas 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 si y al fin el hombre dice “Se lo que os estáis preguntando ¿Cual 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 evidencias 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, desordenes severos del ánimo y desordenes 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 estabamos interesados en que tipo de programas y apoyos beneficiaban a la gente con problemas mentales severos. También estabamos 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 Practica: “Actividades y programas que están fundados en la mejor evidencia posible sobre que 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 esta basado en evidencia y mostró su efectividad es el Apoyo Individual y el Seguimiento de Caso.** 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 esta 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 desordenes severos del animo. 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 esta 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 pero es si es un espacio donde la persona en crisis puede pasar un periodo de tiempo recibiendo atención hasta que la crisis pase. El siguiente componente es el departamento de **urgencias 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 departamento de urgencias 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, urgencias del hospital 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 si 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 departamento de urgencias de un hospital general se pueden reducir las admisiones en los servicios de psiquiatría. En términos de Mejor Practica 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 estos pacientes de larga estadía?.

Existe suficiente evidencia en el Reino Unido y EEUU que demuestra que pacientes de larga estadía 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 estadía 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 estadía 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 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 en tratamiento en su hogar que 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 estadía 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 como 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 comunitario 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 mucho más rígido. Y ahora empezamos a ver evidencia de que este modelo más flexible es más eficaz porque crea mas viviendas potenciales en la comunidad. La otra cuestión importante es que han empezado a surgir en las ciudades 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 deslizar 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 esta 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 mas 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 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 Usuario**. 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 iniciativa de Usuario 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 Usuario 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 externo.

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 abogados 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 de consumidor. La última pregunta es si tenemos organizaciones 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 el sobre de 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 fijada 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 y consumidor** ¿están los consumidores satisfechos con los nuevos servicios?, ¿Están funcionando mejor en la comunidad?, ¿Esta disminuyendo la dependencia en atención hospitalaria?, ¿Esta 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 mas 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 mas 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.

## 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 Río 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 – Guidline 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. 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.
18. DESJARLAIS, R. et al: **Chapter 3: Suicide** in World Mental Health, 1995.
19. 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
20. 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.
21. DIVISION DE INVERSIONES Y DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL: **Estudio de Red Asistencia: Guía Metodológica.** Ministerio de Salud. Chile 1997.
22. 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 1997.
23. 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.
24. 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.

25. DURLAK, J.; WELLS, A.: **Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review.** American Journal of Community Psychology, Vol. 25, Nº 2, 1997
26. ESPEJO, F.; FUENTES, R.: **Promoción de Salud desde la Perspectiva de la Nueva Salud Pública.** Cuaderno Médico Social XL, 1, 1999/ 25 – 30
27. EVANS, R.; BARER, M.; MARMOT, T.: **¿Por qué alguna gente está sana y otra no?.** Díaz de Santos, Madrid, 1996.
28. FERNANDEZ RIOS, I.: **Manual de Psicología Preventiva.** Teoría y práctica. Siglo XXI, 1994
29. GABBARD, G.: **Treatment of Psychiatric Disorders.** 1995
30. JOFFE, R. et al. : **Antidepressant treatment of depression, a metanalysis.** Canadian Journal Psychiatry, 41: 613, 1996.
31. 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 Díaz de Santos, Madrid 1998.
32. 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.
33. 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.
34. LEIGHTON, A.: **Community Mental Health and information underload.** Community

Mental Health Journal, Vol. 26. N°1, February 1990

35. 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 Díaz de Santos, Madrid 1998
36. LUBIN, H. et al.: **Eficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms.** American Journal Psychiatry, 155:9, 1998.
37. 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.
38. MARI, J.; STREINER, D.: **Family intervention for schizophrenia.** The Cochrane Library, Issue 3, 1997.
39. 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.
40. 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
41. 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.

42. 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
43. MINOLETTI, A.; LOPEZ, C. y cols.: **Las Enfermedades Mentales en Chile.** Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 1999.
44. MORALES, G. y colaboradores: **Evaluación del Plan Regional de Promoción de la Salud en la Región Metropolitana (1998-2000)** Secretaría Ministerial de Salud de la Región Metropolitana. 1999.
45. 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.
46. NATIONAL INSTITUTE DRUGS ABUSE: **The drug abuse treatment outcome study.** U.S.A.1997
47. 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.
48. O.M.S.: PREVENCIÓN PRIMARIA. **Mental Health Promotion. A Policy Framework.** Working Towards a National Plan for Promoting Mental Health.
49. 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.
50. PAEZ, D. y colaboradores. Salud Mental y Factores Psicosociales. Fundamentos. Siglo XXI, 1985.



51. P.N.U.D.: **Desarrollo Humano en Chile, 1998.** Desarrollo Humano en Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Chile, 1998.
52. 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.
53. RIOSECO, P.; VIELMA, M.; VICENTE, B.; CRUZAT, M.; SALDIVIA, S.; MEDINA, E.: **Estudio Epidemiológico Psiquiátrico Transcultural en la Comunidad Pehuenche del Alto Bío-Bío, Perspectiva Ética.** Revista de Psiquiatría, Año X, Vol. 4., Chile, 1993.
54. RODRÍGUEZ – MARÍN, J.: **Estrategias de Afrontamiento y Salud Mental.** En Alvaro J., Torregrosa J., Garrido, A. 1992.
55. RUTTER, M: **Beyond longitudinal Data: Causes, Consequences, Changes and Continuity** Journal of Consulting and Clinical Psychology, Enero, 1994
56. SHATZVERG, A.; NEMEROFF, C.: **Testbook of Psychopharmacology.** 1995.
57. SOCIEDAD CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, XII CONGRESO: **Déficit Atencional.** Tema monográfico I. Informe de estudios presentados, 1993.
58. 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.
59. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION. **The national treatment improvement.** U.S.A., 1997

60. 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
61. THE WORLD BANK. **Disease Control Priorities in Developing Countries.** 1993
62. THE WORLD BANK AND PARTNERS: **Mental Health and Development: What can the World Bank do?** Washington D.C., 1998.
63. 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
64. 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.
65. 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.
66. UNIDAD DE SALUD MENTAL: **Políticas y Plan Nacional de Salud Mental.** División Programas de Salud. Depto. Programas de las Personas. 1993
67. 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.

68. 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
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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
75. 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.

76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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
80. 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
81. 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
82. 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.

83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. 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
89. 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.
90. 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

91. 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
92. 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
93. UNIDAD DE SALUD MENTAL: **Manual de Trastornos Emocionales.** Departamento Programa de las Personas. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud 1993
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. 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

98. 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 Psiquiatría, XI/4/ 194-202; Chile 1992VICENTE, 1992
99. WOLFF, N.; 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.
100. WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Schizophrenia and public health.** Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Nations for Mental Health. WHO, Geneva, 1997
101. 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.
102. WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Supporting governments and policy-markers.** Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Nations for Mental Health. WHO, Geneva, 1998

## AUTORES

### EQUIPO REDACTOR :

#### Equipo Técnico y Profesional de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud

Alberto Minoletti Scaramelli	Psiquiatra Jefe Unidad
Carmen López Stewart	Psiquiatra Sub Jefa Unidad
Walter Brockering 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

#### Destacamos el valioso aporte de diversas instituciones, cuyos representantes colaboraron en los distintos niveles de elaboración, análisis y consulta :

Georgina Sepúlveda	Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica (ANAFADIS)
Elsa Acuña	ANAFADIS
Rosita Riveros	Corporación Alzheimer
Julieta Montebruno	Corporación Alzheimer
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 Rioseco	Alcohólicos Anónimos
Giorgio Sobrero	AL-ANON (Familiares de Alcohólicos Anónimos)
Rolando Urzúa	Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH)
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 la Adolescencia
Juan Sepúlveda	Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia
Juan Maass	Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Eduardo Medina	Sociedad Chilena de Salud Mental
María Inés Winkler	Colegio de Psicólogos de Chile
Carlos Urrutia	Colegio de Psicólogos de Chile
Enrique Accorzi	Colegio Médico de Chile A.G.



Ricardo Peña	Colegio Médico de Chile/ Consejo Regional Santiago
María Isabel Aravena	Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile
Carmen Gloria de las Heras	Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile
Gladys Corral	Colegio de Enfermeras de Chile
Elizabeth Troncoso	Colegio de Enfermeras de Chile
Luis Hormazábal	Escuela de Medicina , Universidad de Chile
Ramón Florenzano	Escuela de Medicina , U. De Los Andes
Ana María Arón	Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile
Laura Rueda	Escuela de Terapeutas Ocupacionales U. De Chile
Paula Soto	Escuela de Terapeutas Ocupacionales U. De Chile
Lily Ríos	Escuela de Enfermería Universidad de Chile
Patricio Cornejo	Comisión de Salud Cámara de Diputados
Fany Pollarolo	Comisión de Salud Cámara de Diputados
Rafael Caviedes	Asociación de Isapres de Chile A.G.
René Merino Blanco	Asociación de Isapres de Chile A.G.
René Merino Gutiérrez	Asociación de Isapres de Chile A.G.
Ignacio Morlans	Director Instituto Psiquiátrico J. Horwitz Barak
Mauricio Gómez	Director Hospital Psiquiátrico El Peral
Iris Boisier	Directora Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel
Oscar Acevedo	Director Hospital Psiquiátrico Salvador
José Ancan	PRAIS S.S. Metropolitano Occidente
Rafael Sepúlveda	Hospital Barros Luco Troudeau
Luis Ibacache	Hospital Barros Luco Troudeau
Carolina Berríos	Hosp. Félix Bulnes
Patricia Cofré	Hosp. Luis Calvo Mackenna
María Angélica Dazkalakis	S.S. Metropolitano Norte
Francisca Díaz	Consultorio Salvador Bustos
Archivaldo Donoso	Hosp. José Joaquín Aguirre
Joel Espina	PRAIS S.S. Metropolitano Sur
Alicia Espinoza	Hospital Felix Bulnes
Luis Fornazzari	Centre for Addiction and Mental Health, Ontario, Canadá
Patricio Fuentes	Instituto Nacional de Geriátría
María Angélica Fuenzalida	PRAIS S.S. Metropolitano Sur
Carmen Gloria Greve	COSAM Pudahuel
Tatiana Hormazabal	Hosp. Luis Calvo Mackenna
María Isabel Huerta	Hosp. Luis Calvo Mackenna
Daniel Martínez	Hospital Psiquiátrico El Peral
Mariano Montenegro	S.S. Metropolitano Norte
Rosa María Olave	COSAM Ñuñoa
Daniilo Ríos	S.S. Metropolitano Occidente
Lina Rottman	COSAM Melipilla
Juan Salinas	Hosp. Exequiel González Cortés
Marcela Sandoval	Consultorio El Bosque
Sofía Valenzuela	Consultorio Recreo
Guillermo Vergara	CRS Hospital El Pino
Adriana Dreckmann	Seremi Salud Región Metropolitana
Laura Zambrano	PRAIS S.S. Metropolitano Sur Oriente
Andrea Poblete	Unidad Salud Mental S.S.Metrop. Oriente
Lucy Poffald	Unidad Salud Mental S.S.Metrop. Occidente
Irma Rojas	Unidad Salud Mental S.S. Metrop. Sur
Marcos Barrientos	Unidad Salud Mental S.S. Metrop. Norte
Marcela Oyarzún	Unidad Salud Mental S.S. Metrop. Central
Francisco Aliste	Unidad Salud Mental S.S. Metrop. Sur Oriente
Alfonso Correa	Unidad Salud Mental S.S. Arica
Jorge Seguel	Unidad Salud Mental S.S. Iquique
Mariela Maureria	Unidad Salud Mental S.S. Antofagasta

Irma Pérez  
Claudia Alvarez  
Hector Cameratti  
Lucrecia Villarroel  
Carlos Sjoberg  
Marianela Becker  
Paulina Bassi  
Juan Carlos Ibáñez  
Maritza Riquelme  
Adriana San Martín  
Oriana Jara  
Ximena Campos  
Marian Delgado  
Javier Díaz  
Loreto Lorca  
Silvia Delfín  
Vivian Garay

Unidad Salud Mental S.S. Atacama  
Unidad Salud Mental S.S. Coquimbo  
Unidad Salud Mental S.S. Viña del Mar – Quillota  
Unidad Salud Mental S.S. O'Higgins  
Unidad Salud Mental S.S. Maule  
Unidad Salud Mental S.S. Ñuble  
Unidad Salud Mental S.S. Bío Bío  
Unidad Salud Mental S.S. Concepción  
Unidad Salud Mental S.S. Arauco  
Unidad Salud Mental S.S. Talcahuano  
Unidad Salud Mental S.S. Araucanía Sur  
Unidad Salud Mental S.S. Araucanía Norte  
Unidad Salud Mental S.S. Valdivia  
Unidad Salud Mental S.S. Osorno  
Unidad Salud Mental S.S. Llanchipal  
Unidad Salud Mental S.S. Aysén  
Unidad Salud Mental S.S. Magallanes

Acuña Salcedo Claudio  
Aguilar Torres Silvia  
Aguirre Caro Magdalena  
Aguirre Vergara Juan Marcos  
Ahumada Bustos Luisa  
Alegria Aguirre Doris  
Alegria Leonardo  
Almonte Carlos  
Alvarado Fernando  
Alvarado Sergio  
Alvarez Luis  
Alvarez Geording Caludia  
Amira Alejandra  
Aylwin Erwin  
Arancibia Vaccaro Cristian  
Aravena B. Rogelio  
Aravena Quezada Ema  
Araya Antonio  
Araya José  
Arias L. Andrea  
Armijo Maureira  
Arzola Eva  
Arroyo Natalia  
Avendaño Cecilia  
Badilla Grellet Blanca  
Balbontín Ana  
Barceló Patricia  
Barraza Delia  
Barría Javier  
Barriga C. Lautaro  
Barriga Osorio Marcela  
Bascuñan Sotomayor Jaime  
Basualto Pavez María Elena  
Bobadilla Nora  
Bobadilla Rebeca  
Brandell Thompson Angelica  
Buratti Castro Ruth  
Caballero R. Gloria  
Cabello Quezada Erika  
Campos Patricio  
Cancec Iturra Enrique  
Carniglia Claudia

Carrasco Valdes Mabina  
Castañeda Maureen  
Catalán María  
Césped Mauricio  
Cespedes Pino Rafael Leopoldo  
Cordero Claudio  
Coronel Beethoven  
Cortes Leticia  
Cova Solar Felix  
Chet Vine Carolina  
Chiang Roberto  
Del Real Perez Ana María  
Diaz Vallejos Diana  
Escobar Enrique  
Espinosa Leyton Marcela  
Estrada Larrain A.  
Fazzalori Jaqueline  
Fontecilla Silva Isabel Margarita  
Fuentes López Marcela  
Gajardo Vergara Rene  
Galarce A. Maritza  
Gazmuri Vergara Beatriz  
Girardi Krohner Andrea  
Godoy Miguel  
Gómez B. Bernardo  
Gonzalez Espinoza Jorge  
Gonzalez Gonzalez Silvia  
Graffiga M. José  
Günther Nelly  
Gutierrez María Estrella  
Guzmán Luciana  
Henriquez Retamal Carlos  
Hernández Tapia Liliana  
Hernández Luis  
Herrera A. Edita  
Herrera Osorio Eduardo  
Hoffmann R. Patricia  
Hormitha Cordero Ronaldo  
Huneus Teresa  
Jiménez Mercedes  
Jimenez Adasme Flor  
Jorquera Susana

Lara Orellana Marcela  
Leiva Zegers Fernando  
Letelier Rosa  
Levin T. Jorge  
Lizana Leiva Rosa  
López Soussa Silvia  
Llánten María  
Madariaga Alvarez María  
Marconi Juan  
Márquez Ana  
Márquez Verónica  
Martinez Lidia  
Maureira Jofre Mariela  
Medina Burú Sonia  
Melo Diaz Gabriel  
Meza Werner Rodrigo  
Molina Gustavo  
Molina Juan  
Molina M. Raquel  
Montt Veas Matilde  
Morgado Allende María Cecilia  
Moscoso Gatica Odalie  
Mujica Pérez Paula  
Muñoz León Katty  
Muñoz Sergio  
Navarro Rosa  
Oberreuter Lavin Marianela  
Olivares Bastidas Gladys  
Opazo Raquel  
Orellana Tripeado Fabiola  
Ormeño E. Walter  
Osorio Gómez Rosa Angelica  
Palacios Cortes María  
Palma Aliaga Lucia  
Palma Cristian  
Palominos Gonzalez Jaime  
Pascual Juan Pablo  
Parra Arias Jorge  
Peña Roloff Sylvia Anita  
Peralta Astrid  
Pereda Viviana  
Perez Arredondo Marta Adriana

Perez L. Daniza  
Pérez Luis  
Pezoa Sergio  
Pizarro Garcia Carlos  
Prato Juan  
Predes Sepúlveda Juan  
Quezada Carlos  
Quiman J. Rolando  
Ramírez Sandra  
Raña Jorge  
Rapiman Sepulveda Juan  
Rebolledo Canales Oriana  
Rey Ricardo  
Reyes Francisca  
Reyes Pamela  
Riffo L. Sylvia  
Ríos M. Lily  
Riquelme Luis  
Riquelme Raul  
Riveros Espiñeira María Elena  
Rodríguez Marta  
Rojas Carlos  
Rojas Garcia José Luis

Rona Rehberger Eva  
Romero Jorge  
Rosales Gonzalez Tirsa  
Ruiz Ana María  
Sainz Mariana  
Saldivar Olivares Hilda  
Salinas Cecilia  
San Martín Adriana  
San Martín Nelly  
Sanchez Contreras Sebastian  
Saravia Crespo Victoria  
Sepúlveda Ana María  
Sepúlveda Díaz Hugo  
Sepúlveda Silva Georgina  
Silva F. Luis  
Snow Wally  
Soto Carmen  
Soto Marlene  
Soto Reyes Paula  
Sozol L. S.  
Tapia Sandra  
Tapia Ugarte Sofía  
Tobar Digna

Toledo C. Juan  
Toledo Virginia  
Torres Ximena  
Troncoso Flores Elizabeth  
Urra Martinez Zenón  
Urrutia Mila  
Valderrama R. Verónica  
Valdes Pozo Rosa  
Valenzuela Ivan  
Valeria Miranda Bernarda  
Vargas Gonzalez Hector  
Vásquez Alicia  
Vega Blanca  
Veliz Ramos Olga  
Velofo Figueroa paula  
Venegas David  
Vidal C. Mario  
Vidal Naranjo Yolanda  
Villarino Ana  
Villarroel Andrade Lucrecia  
Weber B. Alvaro  
Vuskovic Cristian  
Zaldivar Hilda