

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

Antrop  
561  
2001  
2

**REFORMA PSIQUIATRICA EN CHILE**  
ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL EN  
PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA REFORMA DE SALUD MENTAL EN  
RELACIÓN AL TRATO HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ANTROPÓLOGA SOCIAL

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CS SOCIALES  
BIBLIOTECA  
1. Carrera Pinto 1045  
Fono: 6787717

ALUMNA: MARISOL INTRIAGO LEIVA  
PROFESORA GUÍA: XIMENA BUNSTER BUROTTO

SANTIAGO, 2001

## INDICE

EPÍGRAFE.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
INTRODUCCION.....	3
1.- CONTEXTO DEL PROBLEMA.....	4
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3.- JUSTIFICACION.....	7
4.- OBJETIVOS.....	8
4.1.- Objetivo General.....	8
4.2.- Objetivos específicos.....	8
5.- ORGANIZACIÓN DEL TEXTO.....	9
<b>CAPITULO I</b>	
ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN CHILE.....	10
1.- La Salud y la Enfermedad en la Sociedad Occidental.....	10
2.- La Salud Mental en Chile.....	18
a) Salud Mental y Psiquiatría antes de 1990.....	18
b) Salud Mental después de 1990.....	26

## **CAPITULO II**

<b>DISCUSION TEORICA.....</b>	<b>64</b>
1.- Cultura como Sistema Simbólico.....	64
2.- Representaciones Sociales.....	67
3.- Salud y Medicina.....	69
a) Salud y Enfermedad Mental.....	69
b) Sistema Médico.....	71
4.- Antropología Médica.....	77
a) Origen y Desarrollo.....	77
b) Antropología Médica y Salud Mental.....	80
5.- Enfermedad Mental según Foucault.....	88

## **CAPITULO III**

<b>METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION.....</b>	<b>96</b>
1.- Herramientas de Investigación.....	96
2.- Método de Análisis.....	101

## **CAPITULO IV**

<b>ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>102</b>
1.- Análisis.....	102
2.- Presentación de la Información.....	106

## **CAPITULO V**

**CONCLUSIONES.....153**

**1.- Conclusiones.....153**

**3.- Epílogo.....166**

**BIBLIOGRAFIA.....169**

### **ANEXO 1**

**REGLAMENTO PARA LA INTERNACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES  
MENTALES.....175**

### **ANEXO 2**

**ACUERDO DE SANTIAGO.....197**

### **ANEXO 3**

**DECLARACION DE CARACAS  
DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE PSIQUIATRICO.....200**

## EPIGRAFE

"En la vida de hoy, el mundo sólo pertenece a los estúpidos, a los insensibles y a los agitados. El derecho a vivir y a triunfar se conquista hoy con los mismos procedimientos con que se conquista el internamiento en un manicomio: la incapacidad de pensar, la amoralidad y la hiperexcitación"

Libro del Desasosiego  
Fernando Pessoa

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos quienes hicieron posible la realización de este trabajo, tanto a los profesionales de salud que me brindaron su tiempo y colaboración, así como sus valiosas opiniones. Particularmente, quiero agradecer a mi familia, por su paciencia y por el espacio, a mis amigas Marcela y Katia, por su apoyo, y a César, mi vida, por su constante presencia, comprensión y amor en este duro año.

## INTRODUCCION

La Salud Mental en Chile es un tema que ha sido tratado desde varios puntos de vista. Dependiendo de las teorías psicológicas de moda, a los enfermos mentales se les ha encerrado, exiliado, liberado, abandonado. La realidad de los enfermos mentales en nuestro país, sin embargo, supera el puro análisis psicológico. Estudios de prevalencia<sup>1</sup> indican que hoy en Chile, 4 de cada 10 personas ha sufrido, sufre o sufrirá una enfermedad mental. Para responder a esta situación, derivada del cambio en los estilos de vida, se han requerido todos los esfuerzos, tanto del Estado como de los particulares, de las instancias intelectuales y científicas, y de la misma población. A éstos esfuerzos se les engloba en un proceso llamado Reforma de Salud Mental o Psiquiátrica

Cuando me enfrenté por primera vez al tema de la Reforma Psiquiátrica en Chile, lo hice bajo el único supuesto de que ésta se estaba realizando de manera programada y coordinada desde el nivel central del Estado. No podía esta más equivocada. Este proceso, surgido desde diversos sectores vinculados a la salud mental, ha tenido sinnúmero de nacimientos y muertes, y hoy, dado que se realiza dentro del proceso más global de la Reforma de la Salud, se enfrenta nuevamente al estancamiento.

Los actores de esta reforma son variados. Desde el Estado, particularmente la Unidad de Salud mental del Ministerio de Salud, profesionales de la salud, agrupaciones de familiares y usuarios, organizaciones de apoyo a los enfermos mentales, se intenta lograr una mejor atención para las personas que sufren de trastornos mentales. En este trabajo se pretende revisar, a través de la experiencia de uno de estos actores, los profesionales de la salud, las dificultades y los logros de este proceso de reforma, con una mirada, por supuesto, antropológica.

---

<sup>1</sup> Minsal: Enfermedades Mentales en Chile Magnitud y Consecuencias, 1999, pág. 137

## 1.- CONTEXTO DEL PROBLEMA

La Reforma de Salud Mental en Chile es hoy un conjunto de esfuerzos generados por diversos sectores por lograr un cambio en la atención de las personas que sufren de trastornos mentales. Este cambio se presenta con fuerza en medidas como la deshospitalización de los enfermos mentales, con el consiguiente cierre o reutilización de las infraestructuras destinadas para la internación permanente de dichas personas. Esto significa que las personas que sufran trastornos mentales, independiente de su gravedad, recibirán atención ambulatoria en los centros de salud comunes a toda la población, con hospitalizaciones sólo en casos de cuadros agudos. Estas personas no vivirán más en hospitales, sino en sus casas, con sus familias, y deberán recibir un trato que les permita lograr la mejor calidad de vida que les sea posible<sup>2</sup>.

A lo largo de más de 10 años distintos actores vinculados a la salud mental han trabajado para llevar a cabo estas metas. Y aún no lo han logrado. El último plan desarrollado por el Ministerio de Salud propone resultados reales para el año 2005<sup>3</sup>, pero ha habido otros planes. Uno de los objetivos comunes de todos ellos es la reinserción de las personas con enfermedades mentales a la comunidad, como miembros activos y participativos de la sociedad, y es aquí donde surge el interés de la Antropología. El estigma que recae sobre las personas que sufren un trastorno mental es que **ya no pueden** ser miembros activos de la sociedad, y son puestos en manos de profesionales de la salud, especializados en ellos. Además del problema permanente de nuestro sistema de salud, la falta de financiamiento<sup>4</sup>, un cambio como el que pretende la Reforma Psiquiátrica exige que la persona que sufre un trastorno mental sea tratada de manera diferente tanto por el personal de salud como por la población. El primer paso ha sido el que involucra al personal de salud. Es necesario que ellos aborden al tratamiento de las personas con trastornos en todos los estamentos de atención, lo cual genera una fuerte exigencia para un

---

<sup>2</sup> Minsal: Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000, pág. 9

<sup>3</sup> *ibidem*, pág. 158.

<sup>4</sup> *ibidem*, pág. 157.



sector que ya presenta signos de desborde. Sin embargo, a mi parecer, la respuesta que este sector presente sin duda será una fuerte señal para la comunidad, puesto que en el personal de salud es donde recae una gran parte de la responsabilidad en la construcción de la representación social de los enfermos mentales. El conocimiento de la experiencia y de la representación que del proceso de Reforma tiene este sector, puede ser de ayuda para el logro del objetivo de ésta: cambiar y mejorar el tratamiento de la persona con trastorno mental en Chile, ayudándolo a incorporarse como un sujeto social en su comunidad.

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la situación expuesta en el punto anterior, el problema que se presenta ante la investigadora es cómo, en el marco de una Reforma Psiquiátrica impulsada por el Estado, el personal de salud enfrenta y realiza un cambio en el trato al enfermo mental, y por lo tanto en su representación social.

Un cambio como el anterior implica un análisis de la política del Estado chileno hacia las personas que sufren trastornos mentales, pues esta política ha definido la imagen y el trato que éstos deben recibir, de parte de las instancias de salud así como de la población general. La representación cultural del enfermo mental se ha construido en gran parte en relación a estas políticas, y por consiguiente a la atención de salud pública de la cual es objeto.

La Antropología, en su rama de la Antropología Médica ha puesto gran atención en la medicina como motor de la generación de representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad<sup>5</sup>. Sin embargo, la relación entre el Estado y los sistemas públicos de salud con la generación de representaciones de salud y enfermedad no ha sido tan exhaustivamente investigada. Este trabajo pretende mostrar cuál es la representación de este proceso que tiene el personal de salud, en el caso específico de la enfermedad y salud mental.

---

<sup>5</sup> de Miguel, J.: Introducción al campo de la Antropología médica, en "Antropología Médica en España", 1980, pág. 15.

### 3.- JUSTIFICACION

Los estudios sobre el trato a los enfermos mentales en Chile, provienen básicamente de la medicina, la psiquiatría y la psicología. Si bien la antropología<sup>6</sup> ha generado algunos trabajos importantes en relación a la representación cultural de los enfermos mentales y la enfermedad mental, el actual contexto de cambio que involucra la Reforma Psiquiátrica es razón suficiente para iniciar nuevos estudios en el área, y especialmente en la relación de las políticas de Estado con la representación cultural de los enfermos y las enfermedades mentales. ◀

El presente estudio pretende explorar, desde la Antropología, esta relación, y entregar alguna luz sobre la manera en que el uno de los actores más involucrados en este proceso representa y genera el cambio en el tratamiento, y por tanto, la representación del enfermo mental. La información que entregue puede ser valiosa para una mejor implementación del proceso de Reforma, que espero, efectivamente, logre cambiar la imagen y el trato de las personas que hoy sufren trastornos mentales en nuestro país, tanto de parte del sistema de salud, con todas sus instancias, como de la población, en el ámbito familiar, laboral y comunitario. ✓

---

<sup>6</sup> González, S.: Estudio exploratorio de la distancia social hacia los enfermos mentales en el sector poblacional, 1982, pág. 68.

#### 4.- OBJETIVOS

##### 4.1.- Objetivo general:

Realizar una investigación exploratoria sobre la representación social de la implementación de la reforma psiquiátrica; particularmente sobre el trato y representación del enfermo mental, entre el personal de salud que lo trata.

##### 4.2.- Objetivos específicos:

- a) Revisar antecedentes sobre la salud mental y el trato al enfermo mental en Chile antes de la Reforma Psiquiátrica.
- b) Realizar una investigación sobre los cambios planteados por la Reforma Psiquiátrica en relación a este trato del enfermo mental.
- c) Explorar la representación social en el personal de salud del impacto de la Reforma Psiquiátrica en el trato del enfermo mental.

## 5.-ORGANIZACIÓN DEL TEXTO

La presente Memoria de Título esta organizada en 5 partes. La primera, de antecedentes generales, pretende dar una mirada al tratamiento, en Chile, por parte del Estado y las políticas públicas, del que han sido objeto en nuestro país los enfermos mentales, antes y durante la implementación del proceso de Reforma Psiquiátrica, así como el ordenamiento jurídico que se refiere a ellos.

La segunda parte consiste en una revisión teórica de material generado por las Ciencias Sociales, en especial la Antropología, en relación al tema de la de la enfermedad mental. Se encontrarán aquí las bases para abordar el análisis, como el concepto de Cultura, Representación Social, Salud y Enfermedad.

La tercera parte se refiere a la metodología y técnicas con que se realizó investigación, así como la caracterización del grupo investigado. La cuarta parte consiste en el análisis y la presentación de la información; y la final y quinta parte, agrupa la interpretación y conclusiones obtenidas en este estudio.

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

#### 1.- LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD OCCIDENTAL

Al referirse a la salud y enfermedad mental, como todo en la vida social, uno se enfrenta con el hecho de que la simple definición de ellas ha estado y aún está en permanente discusión y cambio. De la definición que manejemos, dependerá la imagen y representación de aquellos que sufren trastornos o enfermedades mentales.

Para la O.M.S. la vida mental se define como "experiencia interior ligada a la experiencia interpersonal de grupo", combinando las experiencias cognitivas (percepciones, procesos mentales); afectivas (emociones, estados de ánimo, sentimientos); y relacionales (la manera en que la gente interactúa con los otros y con el medioambiente)<sup>7</sup>.

Este concepto se produce por el reconocimiento de los factores sociales y económicos, relaciones, ambientes físicos y organizacionales, en la vida de las personas. La salud mental se ha transformado en un recurso que capacita al individuo "... para interactuar con el grupo y con las oportunidades e influencias del medio ambiente. En ese contexto la salud mental es definida como "la capacidad de los individuos, grupos y el medio de interactuar mutuamente de manera de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la obtención de metas individuales y colectivas compatibles con la justicia así como el establecimiento y la preservación de condiciones de igualdad fundamental" (**Psychosocial and Mental Health Aspects of Woman's Health**. Ginebra: World Health Organization, 1993, p.2)<sup>8</sup>

En el ámbito de las clasificaciones, la más usada para referirse a las enfermedades mentales en este momento en el mundo occidental, y que ha

---

<sup>7</sup> Torres, C.: La otra mirada de la salud mental, 1996, pág. 1.

<sup>8</sup> Ibidem, pág. 1.

adoptado nuestro país oficialmente<sup>9</sup>, es la CIE-10, la Clasificación Internacional de Enfermedades-10, elaborada por la O.M.S. Esta organización ha participado activamente en la elaboración de esta clasificación, destinada a mejorar el diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales, desde el año 1960, año en que se desarrolló la CIE-8<sup>10</sup>.

En este contexto, la misma O.M.S. considera que el trabajo realizado para el logro de la confección de la CIE-10 no se detiene allí. "Una clasificación es una guía para ver el mundo en un momento determinado. No hay duda de que el progreso científico y la experiencia del uso de estas pautas requerirá al cabo del tiempo su revisión y puesta al día"<sup>11</sup>

Además de la clasificación y definición de la salud y enfermedad mental, es indispensable manejar el factor de la relación médica, es decir la relación que se produce entre el enfermo y el médico, que se desprende de un tercer factor: la cultura.

En la sociedad occidental, esta relación médico-enfermo en la Grecia Clásica era técnica, aunque diferenciada según el tipo de persona que enfermara<sup>12</sup>, esclavo o libre, rico o pobre, curable o incurable. Esta situación varía en la Europa de la Edad Media con la aparición y difusión del cristianismo. Las novedades se refieren a:

- 1.- *La condición igualitaria del tratamiento.* Respecto de la asistencia médica ya no hay diferencia entre griegos y bárbaros, ni entre hombres libres y esclavos...
- 2.- *La valoración terapéutica y moral de la convivencia del dolor...*
- 3.- *La asistencia médica más allá de las posibilidades del arte; por lo tanto, la incorporación metódica del consuelo a la operación del médico y el cuidado de los enfermos incurables y moribundos...*

<sup>9</sup> Minsal: Reglamento para la internación de personas con enfermedades mentales, 2001, Título I, Artículo 6º.

<sup>10</sup> Trastornos mentales y del comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales (CIE-10) 1999, Internet

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> Laín, P.: El médico y el enfermo, 1969, pág. 15 - 16.

4.- La *asistencia gratuita*, sólo por caridad, al enfermo menesteroso...

5.- La *incorporación de prácticas religiosas cristianas* -la oración, la unción sacramental- al cuidado de los enfermos." [Laín, 1969: 56-57]

Laín refiere que la relación médica durante esta época, se comprende dentro del precepto cristiano de la filantropía, lo que significa ver en el enfermo nada menos que al propio Cristo. "Pero en la ejecución práctica de ese precepto (la filantropía) hubo durante la Edad Media dos modos netamente distintos entre sí: uno más puramente cristiano, la medicina monástica; otro más secularmente medieval, la práctica médica en las ciudades" [Laín, 1969: 60], aunque en ningún caso se utilizaron los conocimientos técnicos de la medicina de los griegos y árabes, sino hasta el siglo XII<sup>13</sup>, cuando crece el nivel intelectual de los autores se hacen más densas e influyentes las instituciones científicas.

"Tres hábitos principales inspiraron -con predominio cambiante de uno o de otro- la asistencia al enfermo en los monasterios de la Alta Edad Media: el empirismo terapéutico, la caridad cristiana y la superstición milagreira." [Laín, 1969: 70]

Al ir adquiriendo la sociedad medieval, una mayor estructura y consistencia, e ir diferenciándose, feudal en el campo, burguesa en las ciudades, ocurren dos fenómenos: la regulación jurídica del ejercicio médico, y el establecimiento de diferencias sociales en el mismo tratamiento, según los pacientes fueran ricos o pobres<sup>14</sup>. "La sociedad y el Estado iban configurando más y más la relación personal entre el médico y el paciente." [Laín, 1969: 99]

En relación a los enfermos mentales, para Capponi, en su libro "PSICOPATOLOGIA Y SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA", las autoridades cristianas medievales "...se plantean perplejas y temerosas ante la enfermedad mental. Era frecuente que los locos se dedicaran a cavilaciones teológicas. El problema era si se estaba frente a un santo o un demonio. Es San

---

<sup>13</sup> Ibidem, pág. 62 - 64.

<sup>14</sup> Ibidem, pág. 95 - 97.



Agustín quien formula y sistematiza los principios medievales de la psicología humana, fundiendo Dios y alma, teología y psicología, y marcando así el tratamiento de la psicología para toda la Edad Media... Las perturbaciones psíquicas las padecen los herejes. Algunos considerados como enfermos eran tratados con exorcismos" [Capponi, 1987: 25-26]

Para el mismo autor, durante la Edad Moderna se "...concibe al enfermo mental, al anormal, a la luz de su propia fe, pero esta vez no es fe en Dios sino en si mismo, en su capacidad de dominar y controlar el mundo, acicateado por el fascinante mundo del progreso que le ofrece la ciencia y la técnica. Es la perspectiva de la época clásica, cristalizada en todo su esplendor en la ilustración y la revolución industrial<sup>15</sup>.... La psiquiatría se constituye como una rama más de la ciencia médica cuando surge la noción de enfermedad mental. Esto tiene fecha, en 1793, Pinel "rompe las cadenas" de los alienados y los consagra como enfermos.... El gesto elocuente de Pinel y su llamado a ver al "loco" como a un enfermo, es seguido por varios compatriotas, naciendo las primeras descripciones médicas de enfermos mentales (...) Mientras la psiquiatría nacía en Francia, los alemanes fieles a su sentido práctico construían hospitales que desde el punto de vista funcional y administrativo eran excelentes. Esto les permitió archivar ordenadamente cuantiosa información que daría lugar a la delimitación de cuadros clínicos, muchos de los cuales perduran hasta hoy como tales" [Capponi, 1987: 43]

Para los siglos XIX y XX, Laín refiere que en lo tocante a la enfermedad, la medicina "... lleva en su seno con creciente firmeza las tres siguientes convicciones:

- 1.- No hay enfermedades mortales o incurables "por necesidad"; Las dolencias que hoy parecen incurables, la medicina del mañana las curará.
- 2.- No hay enfermedades de aparición necesaria, todas en principio son evitables.

---

<sup>15</sup> Capponi, 1987, pág. 26

3.- El progreso de la técnica permite una penetración asintótica, así diagnóstica como terapéutica, en la realidad de la alteración morbosa” [Laín, 1969: 112]

Esta postura existista en relación a las enfermedades va a ser puesta en duda, en opinión de Laín, por la “introducción del sujeto” en el pensamiento y quehacer médico, a través de la aparición de las neurosis<sup>16</sup>. “La protesta del enfermo contra esta pura objetivación tiene un nombre: es la *neurosis*. El aumento indudable de la frecuencia del fenómeno neurótico desde los últimos lustros del siglo XIX tuvo ante todo una causa histórica y social, cuyos ingredientes principales fueron, a mi juicio, dos: por una parte, la mayor exigencia habitual a que la capacidad somática y psíquica del individuo iba siendo sometida; un *stress* de carácter social; y, por otra, la crisis histórica de la cultura burguesa..” [Laín, 1969: 135]

Por otro lado, un factor importante para la comprensión de la relación médico-enfermo, es la aparición del Hospital: “Este comenzó siendo el conjunto arquitectónico y funcional de una enfermería y una farmacia; conjunto al cual se le han ido sucesivamente añadiendo -no contando las diversas instalaciones terapéuticas, quirófanos, etc.- las salas de autopsias (siglos XVII y XVIII), el laboratorio químico (primera mitad del siglo XIX) y el laboratorio bacteriológico (segunda mitad del siglo XIX). Pues bien, durante el siglo XX, el hospital se “socializa” en su estructura, se proyecta funcionalmente hacia el medio humano que la rodea (departamentos de asistencia social, visitantes sociales, etc.), y es, por otra parte, “sociológicamente” concebido y estudiado.” [Laín, 1969: 225]

La asistencia médica también se socializa: “Han entrado en crisis la práctica privada de la medicina y la asistencia hospitalaria tradicional. Rápidamente está desapareciendo en todos los países el viejo “hospital de beneficencia”. Salvo en las zonas de la sociedad de mayor holgura económica o más alto nivel político, el enfermo suele ser atendido por algún “Seguro de

---

<sup>16</sup> Laín, 1969, pág. 126.

Enfermedad". Tal es el marco que hoy con más frecuencia se establece en la relación médica." [Laín, 1969: 228-229]

Para los sistemas de asistencia médica cabe decir:

- 1.- Que en ellos se mezclan de manera diversa y nunca muy armoniosa la asistencia libre -el ejercicio de la medicina sin previo contrato entre el médico y el enfermo- y al asistencia asegurada.
- 2.- Que en la mayor parte de ellos rige, aunque sea con restricciones, el principio de la libre elección del médico por el enfermo.
- 3.- Que la asistencia socializada, pese a las numerosas críticas, muchas veces justificadas, que de ella se hacen, ha supuesto un formidable progreso en el cuidado médico de las clases proletarias.
- 4.- Que, con todo, no parece que se haya llegado a abolir por completo al tradicional diferencia entre la "medicina para ricos" y al "medicina para pobres".[Laín, 1969: 233]

Con respecto a la relación médico-enfermo, Laín recalca una situación importante: "Arrolladoramente frecuente va siendo en la sociedad (...) el médico que trabaja al servicio de una institución, estatal o no, encargada de dar asistencia técnica a los enfermos; por tanto, como funcionario de esa institución. El "yo funcional" desde el que el terapeuta contempla y trata ahora a sus pacientes puede muy bien ser llamado *ego fungens* (*fungor*: desempeñar un cargo); y si no median otros intereses más profundos y personales, en el enfermo se ve ante todo su condición de *objeto operante* en la sociedad, su papel de pieza eficaz en la máquina social". (el destacado es nuestro)[Laín, 1969: 107-108]

En relación al funcionario administrativo, este "... debe sustraerse a la tentación de confundir la "gestión" con la "posesión". El fin principal de la organización asistencial es la ayuda médica, y los protagonistas de ésta son el enfermo y el médico. Pocas cosas son tan perturbadoras de la asistencia médica socializada como esa viciosa conversión de los administradores de un servicio público en los propietarios de él." [Laín, 1969: 241]

"Respecto de la relación entre el médico y el enfermo, la actual medicina socializada dista mucho de ser satisfactoria. Muy concisamente expuestas, he aquí las principales causas que determinan este hecho.

- 1.- La escasez de tiempo a cada enfermo, por parte del médico que le atiende.
- 2.- La deficiencia de estímulos e incentivos, no sólo de orden económico, que por lo general ofrece al médico al organización asistencial.
- 3.- En no pocos casos son insatisfactorios el sistema de la prestación del servicio, por restricción excesiva en la libertad de elección de médico y en el área de los recursos diagnósticos y terapéuticos que el médico puede legalmente prescribir.
- 4.- Es defectuosa, por lo general, la formación social del médico. Hay muchos países en que la educación no suscita en medida suficiente la moral cooperativa del individuo. Y, por otra parte, las Facultades de Medicina son con frecuencia ciegas o miopes frente a los variadísimos problemas que hoy plantea la relación entre la enfermedad y la sociedad.
- 5.- No menos defectuosa es, de ordinario, la formación civil y social del enfermo." [Laín, 1969: 241-242]

En el siglo XX, para Laín desde fuera, la relación entre el médico y el enfermo "... adopta en el mundo actual formas muy distintas: el consultorio privado, la sala del hospital, el consultorio público de una institución asistencial localizada... La asistencia al enfermo suele tener como protagonista el "equipo"; así lo requiere la complejidad técnica de la medicina actual. Pero esa asistencia ha de realizarse necesariamente en una serie de actos médicos -diagnósticos unos, terapéuticos otros-, en los cuales *uno* de los miembros del equipo, sea internista, cirujano, fisioterapeuta o psicoterapeuta, se pone en relación personal y directa con el paciente." [Laín, 1969: 149] y el fin último de esta relación debe ser siempre lograr la salud del enfermo.

En cualquier circunstancia, ya sea la enfermedad física o mental, y rara vez van separadas, es importante destacar que **"La figura que en cada caso particular adquiere la relación entre el médico y el enfermo depende ante**

todo de la circunstancia histórica y social en cuyo seno ambos se han encontrado entre sí, de la actitud personal del paciente ante su enfermedad, ante la medicina y ante el médico y de la de la personal posición de éste frente al ejercicio de su arte y respecto del paciente que en aquel momento lo requiere". (el destacado es nuestro)[Laín, 1969: 160]

## 2.- LA SALUD MENTAL EN CHILE

### a) Salud Mental y Psiquiatría antes de 1990.

Los enfermos mentales en Chile, durante la Colonia, fueron objeto de los mismo tratamientos que en Europa. Hasta el siglo XVIII la clasificación de los pacientes los distinguía en tres clases: furiosos, deprimidos y tranquilos<sup>17</sup>.

“Los primeros eran simplemente conducidos a las cárceles, donde según la nomenclatura técnica se les *amansaba* con ayunos, palos y duchas frías; se les colocaba al cepo, y si el amansamiento no daba resultados eran atados a una cadena corta, fija en la base del muro. Las mujeres excitadas eran llevadas a los conventos donde existían calabozos especiales para su reclusión. Estos calabozos también existieron en el Hospital San Juan de Dios de Santiago y se conservaron, naturalmente que con otro destino, hasta el día de su demolición.

“Los deprimidos eran asistidos en su propio domicilio y se les aislaba en una habitación totalmente separada del resto de la familia y ocultos a sus relaciones.

“Los tranquilos, los que no constituían un peligro social, alternaban en la vida normal de la familia y de los vecinos.”<sup>18</sup>

Sin embargo, existen registros de casos que indican que también fueron abandonados a su suerte; quemados por el Santo Oficio, acusados de herejía; que viviendo con sus familias, les provocaron angustia y sufrimiento, además de ser reclusos en los hospitales, conventos y monasterios del país hasta el fin de sus días<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> El destino de los enfermos mentales en Chile durante la Colonia, 1995, pág. 81.

<sup>18</sup> Ibidem, pág. 81.

<sup>19</sup> Ibidem, pág. 83 – 89.

"Cuando los enfermos eran personas de recursos se les enviaba al Hospital de San Andrés de Lima", dado que en nuestro país no existía ninguna institución especializada en ellos, "...fundado a mediados del siglo XVI, por el clérigo Francisco de Molina, y en él se disponía de una enfermería para alienados, compuesta de numerosas alcobas que del pueblo recibieron el nombre de *loquerías de San Andrés*." <sup>20</sup>

Este hospital no fue más que una réplica de los hospitales cárceles que florecían en Europa desde el siglo XIV<sup>21</sup>. "Fray Juan Meléndez, contemporáneo de la época, refiere que un enfermo de elevada situación social "se le llevó a la Loquería de San Andrés para que allí lo curasen" y allí le tenían en un cepo "atadas las manos, porque hacía pedazos los vestidos" (Meléndez, Fray Juan: *Tesoros verdaderos de Indias*, Roma, 1681).<sup>22</sup>

Los juicios de interdicción, según está documentado también, tampoco duraban mucho tiempo. Existen registros de casos en donde en no más de 21 días una persona fue declarada sin juicio y despojada de todos sus derechos legales<sup>23</sup>.

Es en el siglo XIX, durante la República, cuando se fundó en Chile el primer establecimiento hospitalario en Chile para la atención, asistencia y reclusión de los enfermos mentales. Denominado Casa de Orates (orate significa de las oraciones) de Nuestra Señora de Los Angeles; quedó definitivamente instalado en el mes de octubre de 1852.<sup>24</sup>

El primer médico de la Casa de Orates fue el doctor Lorenzo Sazie, posteriormente Decano de la Facultad de Medicina. Además "se contrató en el extranjero un especialista con el fin de que se dedicara exclusivamente al tratamiento de los enfermos mentales."<sup>25</sup>

---

<sup>20</sup> Ibidem, pág. 81.

<sup>21</sup> Ibidem, pág. 82.

<sup>22</sup> Ibidem, pág. 82.

<sup>23</sup> Ibidem, pág. 93.

<sup>24</sup> Ahumada, H.: Plan nacional de defensa de la salud mental, 1954, pág. 179.

<sup>25</sup> Ibidem, pág. 180.

"Este médico fue el doctor Guillermo Benham. El primer psiquiatra chileno fue el doctor Carlos Sazie, diplomado en Francia, y quien posteriormente, debido al escaso porvenir profesional de la psiquiatría, en ese entonces, se dedicó a la Medicina Interna.

"Es digna de mencionar la labor administrativa desarrollada en 1877 por el administrador de la Casa de Orates, don Pedro Nolasco Marcoleta. El fue quien estableció los primeros talleres de reeducación de los alienados, siendo en realidad el precursor en nuestro país de la laborterapia como tratamiento para la recuperación de esta clase de enfermos." [Ahumada, 1954: 179-180]

"Cuando era Director de la Casa de Orates don Francisco Echeñique, adquiere una quinta agrícola en la localidad de El Peral, cercana a Puente Alto, para destinarla a la readaptación de los enfermos crónicos mediante el trabajo y las labores agrícolas. En 1928 se funda en este predio la institución denominada Open Door Nacional, con el fin de aplicar a los enfermos crónicos la terapia ocupacional...

"Durante el Gobierno del Excelentísimo señor Juan A. Ríos M., se crea un pabellón anexo al Open Door Nacional donde funciona el Instituto de Reeducación Mental, con capacidad para 100 enfermos. Este Instituto, que el legislador estableció en la Ley de alcoholes, con el objeto de promover la reeducación y readaptación de los enfermos que sufren toxicomanía y especialmente los alcohólicos crónicos..." [Ahumada, 1954: 182-183]

Durante los años 50, en nuestro país existía también en la Avenida Portugal el Hospicio Nacional, dedicado a la atención de personas con retardo mental y ancianos. En otras ciudades del país también existían establecimientos de ese tipo, pero más pequeños. También existían clínicas psiquiátricas particulares, que recibían a sus enfermos en calidad de pensionistas<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Ibidem, pág. 183.



También en esta época, existía un llamado Centro de Higiene Mental, dependiente de la Universidad de Chile, que correspondía a una Clínica de Psiquiatría Infantil. "Es un consultorio externo que desarrolla una fructífera labor como clínica de conducta y centro de higiene mental. No tiene asistencia hospitalaria. Igualmente se hace higiene mental en los consultorios externos del Manicomio Nacional y en las Policlínicas de Neuro-Psiquiatría Infantil que dependen de los Hospitales de Niños Roberto del Río y Hospital Arriarán. Desde el punto de vista de la investigación científica relacionada con los problemas de higiene mental, debemos mencionar al Instituto de Psicología dependiente del Instituto Pedagógico de la Universidad de Chile, la Clínica de Psiquiatría Infantil señalada y las clínicas universitarias dependientes de la Facultad de Medicina." [Ahumada, 1954: 183]

Por último, existían algunas instituciones privadas con relación a la asistencia psiquiátrica, "... como son la Sociedad Pro Alienados Profesor Augusto Orrego Luco, estructurada desde el punto de vista asistencia; y la Asociación Pro Salud Mental...." [Ahumada, 1954: 184]

Un informe, en relación a las condiciones económico sociales del Manicomio nacional, de la Cámara de Diputados en la época establecía deficiencias "...desde el punto de vista de la alimentación, vestuario, ropa de cama, atención médica y, en general, se refieren a la promiscuidad y abandono de los enfermos.

"Además establece las deficiencias del edificio, la estrechez de sus salas y patios, la falta de higiene y de baños para atender a los asilados y las condiciones de hacinamiento y promiscuidad en que viven, especialmente los reos y alienados delincuentes y el patio denominado número 5, donde se encuentran las mujeres epilépticas." [Ahumada, 1954: 180]

Las soluciones propuestas en dicha ocasión apuntaban a la ampliación de las dependencias de los establecimientos existentes y la construcción de

nuevos<sup>27</sup>. Como un Hospital Psiquiátrico Nacional, construido más tarde, en 1953<sup>28</sup>.

Sin embargo, a fines de esta década y durante mediados de los sesenta, surgieron en el mundo un conjunto de "...experiencias innovadoras respecto de los métodos tradicionales de trabajo en salud mental: la Sectorización, en Francia; la Antipsiquiatría Italiana; y el Movimiento de Salud Mental Comunitaria en Estados Unidos." <sup>29</sup>

También en Latinoamérica se desarrollaron experiencias de trabajo orientado al cambio social, con el objetivo de activar la participación de la comunidad en el enfrentamiento, solución y comprensión de sus problemas "...a través de experiencias participativas de desarrollo comunitario, fundadas en el modelo de la Educación Popular, las que se reconocen como los gérmenes de lo que actualmente se llama Psicología Social Comunitaria. En Chile, en la misma época, se recuerdan dos modelos de trabajo de relevancia: la Psiquiatría Intracomunitaria fundada por Marconi y la Salud Mental Poblacional fundada por Weinstein." [Barrientos, 1996: 22]

"Un factor influyente en el surgimiento de estos movimientos es la elaboración de un conjunto de **líneas críticas a la psicoterapia**, que discuten su eficacia, eficiencia y equidad como técnica de trabajo. Otro elemento común a estos movimientos es la **crítica al Hospital Psiquiátrico**: Se califica al manicomio como una institución antiterapéutica, amplificadora de la desviación y cronificadora de la enfermedad. Un tercer factor influyente fue el **desarrollo de la Salud Pública** que se venía produciendo desde los años cuarenta, reconocible por la adopción de categorías tales como la prevención (primaria, secundaria y terciaria), vulnerabilidad grupo de riesgo, etc." [Barrientos, 1996: 22]

---

<sup>27</sup> Ibidem, pág. 181.

<sup>28</sup> González, S., 1982, pág. 47.

<sup>29</sup> Barrientos, M.: Trabajo en salud mental en contextos comunitarios, 1996, pág. 21.

Se puede decir entonces que se desarrolló un movimiento que buscó "...cambiar los servicios cambiar los servicios psiquiátricos de estructura asilar, atenuar los efectos de las hospitalizaciones prolongadas y la desocialización que se origina en al ausencia de efectivas acciones de rehabilitación y reinserción social de los pacientes crónicos. En vez de ello se impulsa la creación de centros de atención extrahospitalarios y de carácter ambulatorio, así como la inserción de la atención psiquiátrica dentro de los canales de atención de salud en general, incluyendo camas de hospitalización en hospitales generales."<sup>30</sup>

"Una de las orientaciones conceptuales básicas se refiere a que la atención clínica debe hacerse considerando al paciente inserto en el seno de su familia y su comunidad e incluso, en conjunto con ellas.

"Otra se refiere a que el objetivo de la rehabilitación incide más en conseguir el nivel máximo de funcionamiento y adaptación, de parte del paciente y de su familia, después del alta y no sólo la externalización del paciente."<sup>31</sup>

En Chile, "... la atención ambulatoria, con diversificación de programas para las necesidades de los pacientes con cuadros no psicóticos o para los niños o adolescentes, en general ha mostrado un desarrollo tardío, frágil e insuficiente respaldo organizacional. La atención de los pacientes alcohólicos, ha tenido un desarrollo algo mayor, descansando no sólo en los servicios psiquiátricos sino que incorporando a equipos de salud general ya a grupos comunitarios de autoayuda."<sup>32</sup>

Las experiencias de tipo local en el tema han sido fruto de "... la orientación y esfuerzo de algunos equipos profesionales que de directrices de políticas generales. Por esa misma razón, los desarrollos tienden a ser transitorios y los resultados han descansado más en la formación de

---

<sup>30</sup> Minsal: Políticas y plan nacional de salud mental, 1993, pág. 6.

<sup>31</sup> Ibidem, pág. 6

<sup>32</sup> Ibidem, pág. 7

personal imbuido de criterios y experiencias innovadoras, que en el impacto sobre los índices de morbilidad de la población a cargo.

“Desde 1962 y en forma ininterrumpida, primero la Dirección General del Servicio Nacional de Salud y el Ministerio de Salud después, diferenciaron una Unidad o Sección, específicamente dedicada a la planificación de programas, planes y acciones en salud mental, en cuya formulación generalmente colaboraron otros organismos tales como universidades, sociedades científicas, etc. De esta forma, con cierta periodicidad se generaron propuestas con carácter de planes o programas nacionales, que aunque no siempre se han oficializado como tales, han influido en el quehacer de los servicios y establecimientos. Se pueden reconocer tales propuestas los años 1966, 1971, 1978, 1981 y 1990.”<sup>33</sup>

Dentro de las acciones de salud mental comunitaria, es importante reconocer el surgimiento de los Consultorios de Salud Mental Familiar. Su origen se remonta a la creación, en 1982, de la Comisión Nacional para el Estudio del Problema del Alcoholismo y la Drogadicción en Jóvenes. “Esta Comisión dio instrucciones a los municipios de la Región Metropolitana para que contratasen equipos profesionales de salud mental y creó los Centros de Adolescencia y Drogas. Su objetivo fue la prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción en adolescentes.” desarrollando una experiencia heterogénea en los “... sectores pobres y marginales de la Región Metropolitana. Los profesionales, organizados en equipos, dieron origen a una gran diversidad de enfoques y estrategias durante un largo periodo de varios años, en que cada grupo trabajó sin mucho conocimiento de lo que hacían los demás.”<sup>34</sup>

Sobre las debilidades de la atención de Salud Mental en Chile, en el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”, desarrollado en 1990 por la Unidad de Salud Mental, se reconocía por los estudios de prevalencia existentes, que alrededor del 20% de la población presentaba algún tipo de trastorno a su salud mental. Así mismo, se reconocía que la “... expresión asistencial

<sup>33</sup> Ibidem, pág. 7.

<sup>34</sup> Minsal: Centros comunitarios de salud mental familiar COSAM, 1994, pág. 10.

directa de esta realidad es escasa, puesto que genera sólo el 4-5% de la consulta ambulatoria de los establecimientos oficiales (mayoritariamente por neurosis). Su expresión asistencial indirecta es importante, en cambio, ya que se ha detectado que el 20-40% de la consulta de medicina general e interna de estos mismos establecimientos está asociada con tales problemas (trastornos funcionales y psicósomáticos, excluyendo neurosis y otros similares).<sup>35</sup>

Se consideraba en este plan, que una parte importante de estos problemas puede ser resuelta "... con acciones de baja complejidad, en un rango que se extiende desde manejar técnicas de apoyo psicológico durante la relación profesional-paciente, hasta el desarrollo de estrategias conjuntas con organizaciones comunitarias; estas técnicas deberían ser aplicadas por los diferentes integrantes del equipo general de salud, de acuerdo con sus roles profesionales específicos. Al prevención primaria de ellos, por otra parte, puede ser también abordada en forma diferenciada por estos mismos profesionales."<sup>36</sup>

Sin embargo, también reconoce una falencia en la preparación del profesional encargado de enfrentar y tratar tales trastornos: "... el médico general, en particular el recién egresado, y los demás profesionales miembros del equipo no reciben durante sus estudios básicos o de pregrado suficiente capacitación para hacer frente a este tipo de demanda asistencial y preventiva. Ellos con frecuencia también muestran una baja motivación y una actitud distanciadora de estos trastornos, a los cuales atienden apenas, tratan de referirlos de inmediato al especialista o simplemente le otorgan una atención precaria."<sup>37</sup>

Por otro lado, se reconoce también en este documento, la permanente insuficiencia de recursos especializados de Salud Mental y Psiquiatría, y su concentración en las regiones centrales del país<sup>38</sup>.

---

<sup>35</sup> Minsal: Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 1990, pág. 38.

<sup>36</sup> *Ibidem*, pág. 38.

<sup>37</sup> *Ibidem*, pág. 38.

<sup>38</sup> *Ibidem*, pág. 38.

Además de las falencias ya mencionadas, en opinión de diversos especialistas en psiquiatría, la salud mental chilena ha sido objeto también de un permanente escuelismo, es decir, de la adopción de las teorías de moda, con un fuerte impacto hoy de un modelo biológico, según Fernando Lolas y Julio Pallavicini. Lolas también se refiere a la falta de investigación: "No es que no tengamos", ... "pero deberíamos tener más. Investigación clínica hay, pero poca. Este es un problema que afecta a toda la medicina chilena. También nuestros estándares de calidad son muy febles. En psiquiatría es muy importante la creación local de conocimiento porque, a diferencia de otras especialidades, está culturalmente muy arraigada. Un cuadro psicótico en los mapuches chilenos, por ejemplo, no sólo tiene particularidades debidas a la etnicidad, sino también debidas al contexto cultural". Pallavicini agrega que es necesario un proceso de evaluación continua, de manera que se revalide la especialización<sup>39</sup>.

#### b) Salud Mental después de 1990.

Para comprender los distintos esfuerzos dirigidos a lograr una Reforma de Salud Mental, en la década de los 90, es necesario referirse al planteamiento del nuevo Estado democrático, acerca de su rol y las condiciones que enfrentaba. Con respecto a esto, en el documento "MODERNIZACION DEL ESTADO: LA VISION DEL GOBIERNO"<sup>40</sup> de Genaro Arriagada, se indica que el gobierno pone como punto esencial de su agenda la modernización, y por lo tanto, una redefinición, del rol del Estado: "Con ello ha querido decir que no sólo le interesa llevar adelante ciertas políticas sustantivas- en la economía, en lo social, en lo institucional- sino que, también, impulsarlas de una manera distinta a la forma en que hoy se hacen las cosas en el Estado. No sólo se trata de definir "qué hacer" sino, al mismo tiempo, cambiar el "cómo hacer."

"La urgencia de la definición surge de una suerte de vacío: el modelo de Estado interventor que imperó en el mundo durante buena parte del presente siglo fracasó o se agotó en todas sus versiones.

<sup>39</sup> El Mercurio: Camino de perfección, 12 de marzo 2000, pág. E13.

<sup>40</sup> Arriagada, G.: Modernización del estado: la visión del gobierno. 1994.

Para Arriagada, si bien el rol del Estado no debe ser más intervencionista, también debe ser más equilibrado que las concepciones liberales en boga durante la década de los 80. Si bien el Estado es menos eficaz que los privados en tareas como el manejo de la economía o las inversiones, es más eficaz en "...la gestión política, en la dictación de normas, en el respaldo a la equidad, en la prevención a la discriminación, en la prevención de la explotación o en la promoción de la cohesión social."

Se reconoce también las deficiencias que presentan en su organización y gestión, por lo que se percibe con urgencia la necesidad de introducir cambios para transformar al Estado en un instrumento útil, que se haga cargo de los problemas sociales y las exigencias de equidad social. Es necesario que el Estado de cuenta de la forma de trato predominante entre los agentes políticos y la gente: "... caracterizada por ser una relación de autoridad, profundamente asimétrica en favor del agente estatal, cualquiera fuera su posición jerárquica."[Arriagada, 1994]

Es necesario que el Estado actúe en relación a lograr que las personas se conciban como ciudadanos: "... es decir como titulares de unos derechos que pueden y deben exigir una relación con los agentes públicos mucho más simétrica, donde la gente juega un rol activo, demandante, reivindicativo y crítico."[Arriagada, 1994]

Esta concepción de las funciones del Estado y de las necesidades de la ciudadanía, se traduce en la acción de los servicios destinados a responder a las diferentes demandas de la gente. Para el Sistema de Salud los cambios que se enfrentan tienen relación a los cambios demográficos y de perfil epidemiológico. El desarrollo económico y social replantea el accionar del Ministerio de Salud, desde prevenir las muertes prematuras y aumentar los años de vida útil, hacia la promoción de la salud y crear las condiciones de pleno desarrollo de las potencialidades personales y grupales, con el objetivo de facilitar la participación de todas las personas en la "... generación recursos culturales y económicos y en la entrega de

servicios que permitan mejorar la calidad de vida para cada uno de nosotros.”<sup>41</sup>

En relación a la salud mental, el discurso oficial la considera “... indisolublemente unida en cada persona al bienestar físico, emerge como una preocupación creciente en que convergen los técnicos, el Estado, la Sociedad Civil y las personas todas.”<sup>42</sup>

Se opina que los factores que afectan negativamente la salud lo hacen más fuertemente en las poblaciones de nivel socioeconómico bajo, que el desarrollo económico estimula formas de vida que aumentan el consumo pero debilitan las maneras de convivencia tradicionalmente protectoras, sin dar tiempo a construir nuevas. Esto se traduce en el aumento de enfermedades mentales, perdiéndose más años de vida saludables por muerte o discapacidad<sup>43</sup>.

Este aumento se traduce en la mayor demanda de atención en los servicios de salud mental y psiquiatría. Dentro del Estado, y para muchos otras organizaciones vinculadas a la salud mental su mejoría y protección es prioritaria: “La importancia que el Ministerio de Salud otorga a la salud mental se expresa en la prioridad que asigna al desarrollo de un Programa Nacional y de un Plan de Desarrollo de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría”<sup>44</sup>

En relación a las deficiencias de la atención de la salud mental tradicional: “La crítica fundamental se refiere a que la intervención es generalmente tardía en el proceso de enfermedad y que por esta razón los recursos se dirigen exclusivamente a la atención clínica intrahospitalaria en desmedro de actividades tan importantes como la prevención y la rehabilitación. Los hospitales psiquiátricos han sido comunidades cerradas, desvinculadas del resto de las especialidades médicas y de la población. La existencia de los grandes hospitales psiquiátricos corresponde a una fase del desarrollo de

---

<sup>41</sup> Minsal: Enfermedades mentales en Chile magnitud y consecuencias, 1999, pág. 7

<sup>42</sup> Ibidem, pág. 8.

<sup>43</sup> Ibidem, pág. 7 - 8.

<sup>44</sup> Ibidem, pág. 8.



la psiquiatría como especialidad que ha sido dejada atrás por los avances del conocimiento y por nuevas formas de comunicación y relación entre los profesionales del sector y los usuarios de los servicios.”<sup>45</sup>

Los buenos resultados en diferentes partes del mundo, de modelos alternativos de atención, con menor internación psiquiátrica y cambios en relación al “... respeto y al consideración que requieren las personas afectadas por trastornos mentales”<sup>46</sup>, han impulsado un fuerte movimiento al interior del Estado por transformar los servicios de psiquiatría, integrándolos más a los Hospitales Generales, y dando prioridad a la resolutivez ambulatoria<sup>47</sup>.

Se busca generar una “... psiquiatría sectorizada, un servicio clínico que dispone de una amplia red ambulatoria y de atención cerrada ubicada en un hospital general”<sup>48</sup>, que ofrezca atención psiquiátrica en un sector geográfico en todos los niveles de prevención y atención.

En relación con esto, el primer “PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA”, elaborado en 1990 por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, plantea:

“La salud mental es el estado de bienestar emocional que posibilita un funcionamiento pleno y armonioso de la persona dentro de la sociedad de la que es parte, en sus aspectos afectivos, laborales y recreacionales. Este concepto incluye dos elementos polares en interjuego dinámico: uno, referido a la persona, en cuanto a su satisfacción consigo misma, con sus propias capacidades y con su desempeño social; y otro, surgido del medio social al cual esta persona pertenece, que valor su gestión individual. Tal interjuego fluctúa a lo largo del ciclo vital de cada ser humano, así como también de acuerdo con al evolución de su medio sociocultural de referencia”<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> Maas, J.: Proyecto occidente, 1996, pág. 53.

<sup>46</sup> Ibidem, pág. 53.

<sup>47</sup> Ibidem, pág. 53.

<sup>48</sup> Ibidem, pág. 53.

<sup>49</sup> Minsal: Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 1990, pág. 5.

A partir de esta definición amplia de Salud Mental, en este primer Plan se incluyen "... criterios de equidad, eficiencia y descentralización. Enfatiza también la promoción y prevención de salud adecuando las acciones a las necesidades y características de la población a atender".<sup>50</sup>

Este plan establecía tres grandes objetivos a cumplir a través de políticas específicas:

- "- la ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud estatales, para garantizar el acceso libre e igualitario de las acciones
- la entrega de atención según la necesidad de salud de la persona y secundariamente según su capacidad económica
- la organización eficiente de los servicios estatales y el desarrollo de la actividad privada orientada por las normas ministeriales."<sup>51</sup>

En relación a las políticas específicas, llamadas "Políticas de Acciones de Salud", establecen las siguientes líneas:

- "- el diseño de un sistema de atención en diversos niveles de cobertura complejidad
- la determinación de prioridades de entregar acciones según criterios de grupo humano, tipo de acción y ubicación geográfica
- el diseño de programas integrales orientados a grupos específicos de la población, según sus características de edad
- el diseño de programas orientados a resolver problemas de salud en situaciones específicas, entre ellos la Salud Mental
- la coordinación de programas multisectoriales
- la incorporación de las organizaciones comunitarias a estos programas."<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Maas, J.: Proyecto occidente, 1996, pág. 53.

<sup>51</sup> Minsal: Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 1990, pág. 6.

<sup>52</sup> Ibidem, pág. 7.

Se esperaba que este Plan 90 pudiera aplicarse a través de su incorporación a los programas integrales existentes: Programa Infantil y del Adolescente, Programa Maternal, Programa del Adulto y el Senescente. En cuanto a la cobertura, el Plan establecía diversos niveles de cobertura-complejidad, otorgando prioridades según el tipo de acción y proponía coordinaciones multisectoriales, con grupos privados y con las organizaciones comunitarias; incluyendo, por otra parte, diferentes indicaciones sobre el desarrollo de recursos. También consideraba otras acciones de salud sobre el ambiente y política organizativa, de investigación operacional y de educación para la salud<sup>53</sup>.

El propósito de este Plan se orientaba hacia la progresiva extensión de la cobertura de la asistencia psiquiátrica, dando énfasis al nivel primario y, por lo tanto, a la atención abierta. Buscaba a mediano y largo plazo revertir la modalidad asistencial, caracterizada por una tendencia a la atención intrahospitalaria especializada, mediante el aumento de cobertura referida a la problemática de menor complejidad y de resolución ambulatoria,<sup>54</sup>... teniendo presente las características geográficas del país, el reordenamiento político-administrativo de la Nación, la estructura interna del Sector Salud y la administración municipal de todos los establecimientos del sector primario."<sup>55</sup>

También se pretendía continuar el funcionamiento de los establecimientos de asistencia psiquiátrica que otorgaban asistencia macroregional y nacional, especialmente a pacientes crónicos, aunque se apoyaría a las unidades asistenciales que correspondiera a servicios especializados integrados a establecimientos generales<sup>56</sup>.

Dentro de este esfuerzo, se firmaron en Chile, y con carácter de dirigencia en la generación de políticas y planes de salud mental, la Declaración de Caracas<sup>57</sup>, sobre los derechos individuales del paciente psiquiátrico,

---

<sup>53</sup> *Ibidem*, pág. 11 y ss.

<sup>54</sup> *Ibidem*, pág. 7.

<sup>55</sup> *Ibidem*, pág. 7.

<sup>56</sup> *Ibidem*, pág. 8.

<sup>57</sup> Ver anexo 3

aprobándose el camino "... técnico, político y jurídico para la reestructuración de la atención psiquiátrica en el continente<sup>58</sup>"; y el **Acuerdo de Santiago**<sup>59</sup>, en Noviembre de 1991, corolario de la Conferencia Chilena sobre "Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: accesibilidad, equidad y participación", ratificó el consenso.

Al parecer, dicho primer plan o no logró implementarse, o no se mostró lo suficientemente completo, pues en 1993, en otro documento, llamado "POLÍTICAS Y PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL" se intentó nuevamente definir lineamientos que incorporaran los avances logrados tras tres años de democracia. Eran reconocidos en este documento, los esfuerzos realizados por diversos equipos de salud mental y psiquiatría por lograr: "... la reintegración social de los enfermos, en la perspectiva de superar paulatinamente el modelo asilar<sup>60</sup>", minimizando las internaciones, dado que desde 1990, el Ministerio de Salud había establecido expresamente que "... no se abrirá ningún nuevo hospital psiquiátrico en el país"<sup>61</sup>, y en cambio se debían desarrollar redes de servicios, diversificados en cada región, incorporadas a su vez, a las redes de salud regional<sup>62</sup>.

En este Plan 93, se recogía la definición de salud amplia de la O.M.S., que incluye las "... variables psicológicas y sociales, en relación indivisible con la realidad biológica de cada persona". También insiste "... en que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedades", impulsando "... a los Estados a desarrollar acciones dirigidas al afianzamiento de la condición saludable de individuos y grupos sociales."<sup>63</sup>

La definición de salud mental en que se basaron los lineamientos propuestos por el Plan 93 es la siguiente:

---

<sup>58</sup> Minsal: Políticas y plan nacional de salud mental, 1993, pág. 2.

<sup>59</sup> Ver anexo 2

<sup>60</sup> Minsal: Políticas y plan nacional de salud mental, 1993, pág. 2.

<sup>61</sup> Ibidem, pág. 3.

<sup>62</sup> Ibidem, pág. 3.

<sup>63</sup> Ibidem, pág. 4.

**"Salud mental, es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo ed las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia la justicia y el bien común (Ministerio de Salud y Bienestar, Canadá, Mental Health for Canadians: striking a balance.1 988)." (el destacado es nuestro)<sup>64</sup>**

Para este documento, todo aquello que interfiriera la eficacia y la adecuación de estas interacciones constituyen un impedimento a la salud mental, como los trastornos mentales, que se conciben como afectando "... la homeostasis biopsicológica de un individuo, determinando una limitación en su vida de relación. Se origina en factores múltiples, biológicos, del desarrollo y/o propiamente psicológico o psicosociales. Puede ser reconocido y diagnosticado a partir de la consistencia de sus manifestaciones en el plano subjetivo, orgánico y conductual. Su curso y evolución es generalmente predecible y puede ser modificado mediante intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación."<sup>65</sup>

A una categoría más amplia correspondería el Problema de salud mental: "Esta deviene también en una alteración en al interacción entre el individuo, el grupo y el ambiente, originada en factores propios del individuo, o proveniente del entorno."<sup>66</sup>

Este Plan, contiene como principales propuestas privilegiar los **"... esfuerzos por lograr la equidad, la adecuación a las necesidades y características de los usuarios, participación social y reestructuración del sector, de modo de garantizar una atención de salud verdaderamente integral."**<sup>67</sup>(el destacado es nuestro)

En el Plan 93 se establece que la agenda de políticas de salud mental no podía sólo incluir los problemas psiquiátricos, sino también responder a

---

<sup>64</sup> Ibidem, pág. 4.

<sup>65</sup> Ibidem, pág. 5.

<sup>66</sup> Ibidem, pág. 5.

<sup>67</sup> Ibidem, pág. 7.

una serie de trastornos psicosociales que obedecen a problemas estructurales de la sociedad que trascienden el ámbito de los profesionales de salud mental y de las acciones que son posibles a realizar desde el sector salud, como la violencia, la urbanización no regulada, la pobreza y marginalidad que en "...los sectores urbanos se presentan más frecuentemente fenómenos sociales sistemáticamente asociados a problemas de salud mental, tales como la delincuencia juvenil, la violencia, el consumo de sustancias químicas, disfunciones familiares, etc."<sup>68</sup>

En este sentido se considera necesario procurar condiciones tanto para la adecuada atención de las personas con trastornos mentales o en riesgo, como para elevar el nivel de salud mental de la población, lo que requiere la coordinación con otros sectores; y en el propio ámbito de la salud, mejorar los resultados a través de la modificación de elementos vistos más como tradicionales o habituales que a imperativos técnicos o de disponibilidad de recursos, especialmente perfeccionar el nivel primario de atención<sup>69</sup>.

El plan contemplaba un cambio en el compromiso de la persona, la familia y la comunidad afectada, que normalmente, en los servicios de salud a la fecha, se la considera "... reducida a una serie de síntomas y signos, aislada de sus vínculos, de su pasado y de su entorno de vida. No se la compromete en las decisiones que le conciernen y, a menudo, se encuentra poco informada."<sup>70</sup>

En relación a este punto, en este mismo documento se menciona un estudio realizado en la comuna de Conchalí sobre opiniones de los usuarios acerca de la atención primaria en salud, donde se obtuvieron las siguientes conclusiones, posiblemente generalizables:

- "La Salud no constituye una reivindicación frente a la cual la comunidad se haya organizado espontáneamente.

---

<sup>68</sup> Ibidem, pág. 10.

<sup>69</sup> Ibidem, pág. 11.

<sup>70</sup> Ibidem, pág. 11.

- El concepto de salud de la comunidad es más amplio que el de los profesionales de atención primaria, reconociendo la interdependencia de la salud física y mental.
- La incorporación de la salud mental infantil, en relación con problemas de aprendizaje y deserción escolar, es una aspiración especialmente importante para la comunidad.
- Se cuestiona el concepto actual de participación en salud, el que se considera limitado a la mera consulta de opinión a la comunidad.
- La comunidad reconoce necesidades de educación en lo relativo a la salud, prefiriendo metodologías centradas en la acción.<sup>71</sup>

En relación a la percepción de los trabajadores de la salud, el Plan también entrega los resultados de un estudio diagnóstico realizado en 1992, indicando que el personal "... vive la municipalización y/o la descentralización con un sentimiento de pérdida respecto a la pertenencia a una red institucional laboral y técnica que los vincule y los valore en su aporte específico."<sup>72</sup>

Además, las características del trabajo en salud mental influyen en la percepción que el personal de salud tendría sobre su trabajo: "Como en esta área los resultados parecen poco efectivos, el personal se ve más fácilmente confrontado a sus propios conflictos, las condiciones de trabajo son poco gratificantes, existen dificultades acentuadas por la fragmentación de las intervenciones, la rigidez de las estructuras y el deterioro de los recursos materiales.

"El personal se debate en un conflicto entre atender la demanda de un público que la importa y atender sus propias necesidades; una defensa frecuente es el descompromiso y la evasión de la tarea. Esto puede traducirse en la alta frecuencia de licencias médicas, lo que provoca muchas ausencias que muchas veces no son reemplazadas. Esta situación redonda también en problemas de relaciones interpersonales al interior de

---

<sup>71</sup> Ibidem, pág. 11.

<sup>72</sup> Ibidem, pág. 24.

los equipos, donde algunos ven aumentada su carga de trabajo al tener que suplir la ausencia de otros.”<sup>73</sup>

En relación a las políticas particulares, los objetivos definidos por este Plan 93 son:

- “1.- Resolver las inequidades del sistema mejorando el acceso a la atención en salud de sectores en desventaja social, económica y geográfica.
- 2.- Enfatizar la promoción y prevención, y adecuar las acciones de salud a las necesidades y características de la población a atender.
- 3.- Mejorar la eficiencia del sector público de Salud asignando recursos de acuerdo a criterios de costo-efectividad con el objeto de aumentar la capacidad resolutive en todos los niveles de atención de salud.
- 4.- Descentralizar la gestión como proceso consustancial al logro de los objetivos de mayor participación e incremento de la eficiencia de la atención en salud.
- 5.- Fortalecer el rol normativo, asesor y supervisor del Ministerio, permitiendo una estrecha coordinación con los Servicios de Salud que asegure la integridad del sistema.”<sup>74</sup>

Las prioridades definidas en el Plan 93 fueron:

- “1.- Desarrollar esfuerzos especiales en las áreas de fomento y promoción de la salud mental de la población en general y de grupos vulnerables, así como en acciones de prevención de trastornos específicos.
- 2.- Planificar equilibradamente las acciones necesarias para beneficiar a los enfermos mentales y sus familias, los grupos de mayor riesgo y también a la población en general.”<sup>75</sup>

Tal como en el Plan del año 90, en este también se debía considerar la complementación con organizaciones comunitarias y de familiares de pacientes, grupos de profesionales y entidades privadas<sup>76</sup>.

---

<sup>73</sup> Ibidem, pág. 24.

<sup>74</sup> Ibidem, pág. 25.

<sup>75</sup> Ibidem, pág. 25.

<sup>76</sup> Ibidem, pág. 27.



Tras este plan, el siguiente hito importante en la historia de la planificación de salud mental, es la definición, en 1997, de las 16 Prioridades Nacionales de Salud del Ministerio de Salud, en donde aparece la salud mental, por primera vez dentro de la planificación de salud impulsada directamente por el Ministerio<sup>77</sup>.

La implementación de los Planes y Políticas de Salud Mental, del año 93 y del año 97, se expresó en diferentes experiencias de reestructuración en los distintos niveles de la atención de salud, como la atención hospitalaria, el desarrollo de redes, siendo la principal exponente la Red COSAM (Centros de Salud Mental Familiar), y la atención en los consultorios de atención primaria, con resultados variables.

En el caso de la atención hospitalaria, la sobre carga asistencial ha llevado a la atención del nivel secundario ambulatorio hacia un estilo semejante a la urgencia psiquiátrica. En el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del HFBC (Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda), que contaba en 1996 con la tasa de psiquiatras más baja del país, este hecho empujó a los profesionales a implementar un modelo similar al llamado "triage" de los servicios generales de urgencia. Este modelo logró aumentar la resolutivez, el monitoreo de la gestión y el funcionamiento de toda la red asistencial poniente, obteniéndose buenos resultados en tan sólo un año de implementación; experiencia que permitió distinguir las principales carencias del sistema de atención de salud mental, así como la generación de propuestas para mejorarlo<sup>78</sup>. Sin embargo, no todos los hospitales del país, ni siquiera de la Región Metropolitana han implementado con el mismo éxito el modelo ofrecido por el Plan 93.

En el ámbito del desarrollo de redes un importante exponente corresponde al caso de los Centros de Salud Mental Familiar, o COSAM. El programa impulsado por estos centros pone énfasis en la prevención de los

---

<sup>77</sup> Minsal: Diagnóstico y tratamiento de la depresión, 1998, pág. 7.

<sup>78</sup> Maas, J.: Red de urgencias psiquiátricas, 1996, pág. 40.

trastornos psíquicos, la participación de la comunidad y en el desarrollo de proyectos locales de acción para abordar los problemas de salud mental<sup>79</sup>.

Estos centros habían venido desarrollando, en la periferia urbana, un fuerte trabajo comunitario preventivo, nacido del trabajo en relación al consumo de alcohol y drogas en jóvenes. Nacidos antes de la vuelta a la democracia, los COSAM replantean su acción a partir de los años 1990 y 1991, diseñando, implementando y ejecutando un programa nacional de salud mental comunitaria, que se hizo extensivo a todos los ex-centros de adolescencia existentes y a los nuevos establecimientos que se han abierto con posterioridad, constituyendo un primer esfuerzo para la creación de una red de Centros<sup>80</sup>.

"La Red COSAM se trata de la creación e inserción en el aparato estatal de salud, de un programa comunitario y participativo, orientado a la prevención más que al tratamiento de los problemas de salud mental, que privilegia el trabajo en equipo y con grupos humanos, cuya estrategia fundamental es la identificación de problemas reales de la comunidad y al formulación en conjunto con ésta, de programas locales de acción."<sup>81</sup>

Las principales dificultades que se han observado en la implementación de esta red han sido:

- 1.- "La rigidez de la estructura del aparato estatal de salud, y el flujo unidireccional de la información y las normativas,
- 2.- La carencia, en la formación profesional, de metodologías que fomenten efectivamente la participación comunitaria, y el déficit de tecnologías para la prevención de los diversos problemas de salud mental,
- 3.- Al momento de iniciar el programa, se constató un bajo nivel de organización de la comunidad, producto, entre otras causas, de los cambios políticos que experimentó el país a partir del año 1990."<sup>82</sup>

<sup>79</sup> Minsal: Centros de salud mental familiar COSAM, 1994, pág. 7.

<sup>80</sup> *Ibidem*, pág. 9 y ss.

<sup>81</sup> *Ibidem*, pág. 14.

<sup>82</sup> *Ibidem*, pág. 15.

Durante estos años se han desarrollado esfuerzos para minimizar estas dificultades, de parte de los profesionales de la Red así como de los servicios de salud. En relación al trabajo con la comunidad, los COSAM se han esforzado en el desarrollo de programas de prevención y promoción de salud mental, así como de reforzar el rol protector de la familia y la creación de asociaciones intermedias, tales como juntas de vecinos, agrupaciones de jóvenes y mujeres, grupos de autoayuda y otros, que representen adecuadamente la cultura local y favorezcan el establecimiento de un marco normativo propio del sector, población o comuna. Estas acciones buscan permitir el establecimiento de una sociedad pluralista, para "... contribuir al desarrollo de las potencialidades del individuo, concebido en su familia y en el entorno comunitario."<sup>83</sup>

Sin embargo, se señalan falencias en relación al proceso de integración con las redes de salud, y desigualdades en cuanto al grado de integración alcanzado. "En aquellos Servicios de Salud en el que se tiene un plan del desarrollo de la salud a nivel comunal, esta integración ha sido mejor que en aquellos Servicios en el que esta idea no existe."<sup>84</sup>

La principal dificultad que hoy presentan estos centros, sigue siendo su plena inserción en la estructura de salud estatal, que sigue siendo virtual a pesar del esfuerzo hecho por el equipo de los Centros y por los servicios de Salud<sup>85</sup>.

En el caso de los consultorios, la implementación de los planes y políticas ha sido más lenta. Bajo el alero del Plan de Salud Mental, que comenzó a regir en abril de 2000, en el consultorio Arturo Baeza Goñi, de San Joaquín se desarrolló una experiencia piloto en atención primaria<sup>86</sup>.

Utilizando ... "terapia psiquiátrica comunitaria, a talleres de juegos y relajación, junto a otras quince personas que padecen mayores o menores grados de esquizofrenia" ..., este trabajo se inserta en un programa mayor

---

<sup>83</sup> Ibidem, pág. 20.

<sup>84</sup> Ibidem, pág. 80.

<sup>85</sup> Ibidem, pág. 85.

<sup>86</sup> Mtg: El plan que promete salud mental a los chilenos, 6 de julio de 2000, pág. 10 – 11.

diseñado por el SSMS para todas las comunas de la zona sur de la Región Metropolitana denominado Area de Demostración del Plan Nacional de Salud Mental y Siquiatría. Este consultorio se eligió debido a que en la zona sur de la capital es donde ha habido más éxito en el desarrollo de los nuevos modelos de atención en salud mental comunitaria. Este desarrollo no ha estado libre de dificultades: "En un primer momento, la reacción del personal de los consultorios fue de bastante resistencia al nuevo modelo porque lo asimilaban como una recarga laboral.... pero a medida que se fueron involucrando en el tema, tomaron conciencia de la importancia que éste representaba para la salud de la población."<sup>87</sup>

### Prevalencia de Enfermedades Mentales en Chile

El año 1999 se publicó en Chile el estudio de carga de enfermedad titulado "LAS ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE, MAGNITUD Y CONSECUENCIAS" que por primera vez sistematiza la información existente de diversos estudios con el fin de evaluarlos a la luz de las políticas planes implementados a partir de la década de los 90.

Las tasas de prevalencia que contiene dicho informe son generalizables al universo representan: personas mayores de 15 años que viven en un hogar, que dando excluidas las minorías que viven en la calle o en instituciones (hospitales, cárceles). El estudio considera que dado que estas minorías tienen una mayor frecuencia de enfermedades mentales, las tasas reales de prevalencia en Chile son mayores que las que informa.

La importancia de la información epidemiológica reside en su utilidad en la planificación y ejecución de las políticas de salud y de otros sectores responsables de políticas sociales, pues "...los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes más importantes de estas enfermedades (mentales) dependen de políticas de otros sectores (educación, trabajo, vivienda, organizaciones sociales, medio ambiente, justicia, etc.)"<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Ibidem, pág. 11.

<sup>88</sup> Minsal: Enfermedades mentales en Chile magnitud y consecuencias, 1999, pág. 13.

Los estudios de Horwitz, Marconi y Moya, realizados entre 1957 y 1968 entregan información acerca de la prevalencia de desórdenes mentales para la planificación racional de las acciones de control y prevención<sup>89</sup>.

“En la época en que se efectuaron estos estudios no existían aún clasificaciones diagnósticas consensuadas internacionalmente ni instrumentos suficientemente validados, por lo que los autores debieron construirlos para la investigación. En cambio, la metodología de muestreo y análisis de datos recibieron un trabajo estadístico adecuado para los estándares actuales.”<sup>90</sup>

El estudio de Horwitz en 1957-58, en el Gran Santiago, encontró que los cuadros clínicos de mayor frecuencia eran los siguientes: Neurosis (10%), Alcoholismo (5.1%) y Epilepsia (2%). Moya, en 1966 estudió la distribución de desórdenes mentales en poblaciones de diversos niveles socioeconómicos (clase media, obrera organizada y obrera marginal), encontrando tasas mayores de Neurosis, Alcoholismo y Epilepsia en los estratos socioeconómicos más bajos. En 1968, el estudio de Marconi en 15 comunas del Gran Santiago, encontró una tasa bruta global de un 19,8%<sup>91</sup>.

En la década de los 90, los estudios de Vicente y colaboradores, en las provincias de Concepción, Santiago e Iquique, indicaron, para esta primera ciudad, una prevalencia del 36, 5%, para la segunda un 33, 74%, i para la tercera, un 42,18%.<sup>92</sup>

Los estudios sugieren un aumento en la prevalencia de las enfermedades a lo largo del tiempo: “... desde el 19 al 20% en la década del 60 hasta llegar al 28 a 42% a mediados de los 90 (correspondiente al estudio de 1995 en Iquique)”<sup>93</sup>. Para el informe, esta mayor frecuencia no puede ser explicada sólo por el cambio del perfil demográfico que ha experimentado Chile, sino

---

<sup>89</sup> Ibidem, pág. 14.

<sup>90</sup> Ibidem, pág. 14.

<sup>91</sup> Ibidem, pág. 14 – 15.

<sup>92</sup> Ibidem, pág. 15 – 30.

<sup>93</sup> Ibidem, pág. 31.

que también han influido también los cambios que han tenido las conductas de la población en los últimos tiempos<sup>94</sup>.

Entre los cuadros clínicos que han aumentado su prevalencia, se encuentran el Abuso y Dependencia de Drogas Ilícitas y el Síndrome de estrés Post Traumático.

En relación a las enfermedades consideradas con influencia genética como la Esquizofrenia y los Trastornos Bipolares, éstas parecen haber mantenido similares tasas de prevalencia a lo largo del tiempo, pero se considera que las condiciones de la vida moderna que son adversas a la salud mental, por lo que contribuyen a que se produzca un mayor grado de discapacidad<sup>95</sup>.

Estos estudios permiten conocer cuáles son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en nuestro país y a qué género y grupo etáreo afectan preferentemente. Las mujeres presentaron mayor riesgo de enfermar de Trastornos Depresivos (Depresión Mayor y Distimia), Ansiosos (Agorafobia, Desorden de Pánico y Ansiedad Generalizada) y de Estrés Post Traumático, mientras que los hombres tienen un mayor riesgo de Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas, aunque las tasas de Trastornos Depresivos y Ansiosos son también suficientemente altas como para focalizar intervenciones.<sup>96</sup>

“En relación a la edad, el segmento de la población más vulnerable a las enfermedades mentales es el de 40 a 59 años, donde se concentran preferentemente los Trastornos Depresivos y Ansiosos y el abuso y Dependencia del Alcohol. Los adolescentes y adultos jóvenes están más expuestos al Abuso y Dependencia de Drogas Ilícitas, y los mayores de 60 años al Deterioro Psicoorgánico”.<sup>97</sup>

Aunque no hay una elaboración profunda sobre la relación entre frecuencia de enfermedades mentales y nivel socioeconómico, las tasas de prevalencia son inversamente proporcionales al nivel socioeconómico.

---

<sup>94</sup> Ibidem, pág. 31.

<sup>95</sup> Ibidem, pág. 31.

<sup>96</sup> Ibidem, pág. 32.

<sup>97</sup> Ibidem, pág. 32.

Sobre la utilización de los servicios de salud mental, se indica que existe una desproporción "... entre el grado de desarrollo alcanzado por el sistema de salud chileno y la prevalencia de las enfermedades mentales, (lo) que permite suponer que la utilización de servicios de salud y psiquiatría depende fundamentalmente, de la disponibilidad y el acceso."(avisa) pero no se tienen sistemas confiables de registro, por lo que no se cuenta con información acerca de las personas que consultan en atención primaria o atención de urgencia. "Respecto a los servicios psiquiátricos especializados, los datos provenientes del sistema público entregan una cantidad mayor de datos relevantes, aunque, en el caso de la atención ambulatoria, no existe registro sistemático por diagnóstico, ni por número de personas".<sup>98</sup>

Los datos sobre la utilización de servicios para enfermos mentales provienen de tres fuentes: "... registros de atenciones otorgadas, mayoritariamente con fines de gestión financiera, tanto en el sector público como privado; estudios realizados en población consultante y percepciones y expectativas de las organizaciones de usuarios."<sup>99</sup>

En base a estas fuentes, el informe establece que "... las consultas psiquiátricas han crecido año a año, con un aumento proporcionalmente mayor entre el año 1993 y 1994, lo que expresa la incorporación de nuevos recursos especializados que se produce al inicio de la década, con el primer Gobierno Democrático de la Concertación."<sup>100</sup> También refiere un crecimiento de "... la proporción que ocupan las consultas de psiquiatría en el total de consultas de especialidad.. lo que es coherente con el peso creciente de las enfermedades mentales dentro del perfil epidemiológico de morbilidad."<sup>101</sup>

En relación al egreso por causa psiquiátrica, la información correspondiente al año 1993 indica que: "Por cada 1000 personas mayores de 15 años beneficiarias del sistema público de salud se generan más de

---

<sup>98</sup> Ibidem, pág. 35.

<sup>99</sup> Ibidem, pág. 36.

<sup>100</sup> Ibidem, pág. 40.

<sup>101</sup> Ibidem, pág. 41.

tres egresos anuales. Esta cifra es muy inferior a la de países desarrollados; así, por ejemplo, es casi tres veces inferior a la de Estados Unidos, donde se producen 9,16 egresos psiquiátricos por 1000 habitantes (U.S. Department Of Health and Human Services, 1996).<sup>102</sup>

En relación a la atención, "... se observa que los niños menores de 10 años son los que reciben menos atenciones en general, los adolescentes reciben más atenciones de salud mental en APS, y los adultos la mayor proporción de atención psiquiátrica"<sup>103</sup>

En relación a los patrones de utilización de los servicios salud mental, el "Estudio de patrones de utilización de servicios de salud mental y niveles de satisfacción de usuarios" (Vielma, 1994), realizado en Santiago mayor indica que la mitad de la población estudiada había consultado a algún proveedor formal de salud público o privado, en los 6 meses previos a la entrevista, por razones de salud física (46.07%), mientras sólo un 8,07% lo había hecho por razones de salud mental<sup>104</sup>.

Analizando en conjunto los resultados provenientes de tres importantes estudios<sup>105</sup> realizados en Chile, con instrumentos epidemiológicos y metodologías aceptadas internacionalmente, el informe consigna que, en atención primaria, la población consultante es en un 86.6%, de sectores con bajo nivel socioeconómico, mayoritariamente (Florenzano, 1993) mujeres (65,4% a 70%) de edad madura, con bajo nivel educacional (el 63,6% alcanzó el 8º básico o menos) y que en un 50% trabajan fuera del hogar, presentan un alto porcentaje de sintomatología psiquiátrica<sup>106</sup>.

---

<sup>102</sup> Ibidem, pág. 41.

<sup>103</sup> Ibidem, pág. 44.

<sup>104</sup> Ibidem, pág. 51.

<sup>105</sup> Trastornos Mentales en consultantes en Atención Primaria de Talcahuano (Vicente, 1992); Prevalencia de Trastornos Emocionales en Consultantes en el Nivel Primario de Atención (Únstin, 1995, Florenzano, 1993); Prevalencia de Trastornos Mentales en consultantes a la Atención Primaria de la Región Metropolitana (Araya, 1996) en *Enfermedades mentales en Chile magnitud y consecuencias*, 1999, pág. 52 y ss.

<sup>106</sup> Minsal: *Enfermedades mentales en Chile magnitud y consecuencias*, 1999, pág. 52 y ss



Respecto a los motivos de la consulta, la frecuencia de personas que referían síntomas neuropsiquiátricos fluctúa entre el 5,7% (Araya) y el 4,4% (Florenzano). En general, el porcentaje más alto de motivos de consulta psiquiátrica es el de síntomas múltiples o vagos, los que probablemente encubran problemas de salud mental. Aún así, los médicos reconocen algún componente psicológico en la sintomatología del paciente en el 30.7% de ellos. Esta detección no se asocia necesariamente con la prescripción de algún tratamiento o a la correcta selección de un fármaco. Los trastornos más identificados por los médicos fueron las Psicosis, los Trastornos de Personalidad y las Epilepsias<sup>107</sup>.

Se considera que algo más de la mitad de las personas encuestadas refiere un conjunto sintomático que cumple los criterios para un diagnóstico para un trastorno psiquiátrico, excluyendo la epilepsia. Las mayores frecuencias corresponden a Depresión, Dependencia Alcohólica y Trastornos de Ansiedad. Se encontró además una relación coherente entre el estado de salud mental y la incapacidad: a mayor número de síntomas psicológicos o trastornos, mayor probabilidad de presentar discapacidad ocupacional o física<sup>108</sup>.

En relación a la consulta de atención especializada, un estudio realizado en pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Lafferte, 1997)<sup>109</sup> entrega información sistemática acerca de algunas variables sociodemográficas de interés respecto a las personas que sufren una patología cuya prevalencia es relativamente estable y de distribución más o menos homogénea. Realizada el año 1996 en las 3.412 personas que constituían la población que era atendida por Esquizofrenia (EQZ) en servicios del sistema público en la Región Metropolitana y del Maule, se encontró que del total de pacientes atendidos en servicios de la Región Metropolitana, la frecuencia de EQZ por comuna tiene una gran variación, teniendo los valores más altos (varias veces superiores) aquellos servicios en que existe un hospital

---

<sup>107</sup> Ibidem, pág. 52 y ss.

<sup>108</sup> Ibidem, pág. 52 y ss.

<sup>109</sup> Ibidem, pág. 60.

psiquiátrico (Independencia, Puente Alto) o un hospital general que cuenta con servicio de psiquiatría (San Miguel, Quinta Normal)<sup>110</sup>.

En relación a la percepción de los usuarios, en el mismo estudio acerca del uso de los servicios (Vielma, 1994), analizado en el informe, también se preguntó por la satisfacción frente a los servicios recibidos. En él se consigna que el 72.7% de las personas que acceden a una atención de salud mental manifiestan estar satisfechas o muy satisfechas con ella, cifra sólo algo menor que en atenciones de salud general. La misma población estudiada manifiesta que en un tercio de los casos busca ayuda con un profesional médico, especialista o médico general, y en el resto con amigos, sacerdotes o pastores.<sup>111</sup>

Otra fuente de información acerca de las percepciones y expectativas de los usuarios es el **Primer Encuentro Nacional de Comités de Usuarios (FONASA, 1998)**

Dentro de la información recabada en este encuentro, es "... importante el nivel de prioridad que los usuarios asignan a la salud mental (2º lugar, después del cáncer), así como la relativa coincidencia con el nivel similar de prioridad (3º después del cáncer, cardiovasculares y accidentes) que le otorgan los Servicios de Salud, coincidencia que no se da respecto a otros problemas. El tipo de prestaciones que los usuarios consideran prioritarias son la atención médica por especialista, la hospitalización y los exámenes diagnósticos."<sup>112</sup>

El informe también entrega información desglosada según las prioridades de salud mental definidas. En el caso de la **población escolar**, estudios arrojan que ésta "... está formada por niños con altas tasas de problemas de salud mental, especialmente en niveles socioeconómicos más bajos, y que cuentan con un mínimo acceso a servicios especializados. Al menos un 24% de los niños de primero básico asisten a escuelas municipalizadas de

---

<sup>110</sup> Ibidem, pág. 60.

<sup>111</sup> Ibidem, pág. 61.

<sup>112</sup> Ibidem, pág. 61 - 62.

sectores urbanos, con altos índices de vulnerabilidad biosocial, presentan trastornos psiquiátricos; el 40% de ellos presenta conductas desadaptativas y probablemente una cifra cercana al 25% está sufriendo algún grado de maltrato. Al menos un 15% de los adolescentes escolarizados del país consumen drogas ilícitas.”<sup>113</sup>

El estudio recalca que en el caso de niños u adolescentes es mayor la efectividad de las acciones de promoción y prevención, detección temprana de trastornos y el tratamiento no especializado de los cuadros más frecuentes, mientras más precozmente se realizan, evitando el fracaso y deserción escolar y el inicio de conductas de riesgo (consumo de sustancias, conductas violentas y embarazos no deseados), lo que es mucho más difícil de revertir en la adolescencia. El informe también recalca la asociación entre los trastornos psiquiátricos con factores de riesgo familiar.<sup>114</sup>

Con respecto a la **población laboral**, “... la información disponible permite afirmar que el rango de frecuencia de síntomas de trastornos de salud mental está entre el 18.4% y el 45.2% de las personas estudiadas de las distintas actividades laborales y que, en el caso de los choferes de buses, el 9% presenta resultados positivos para alcohol y/o drogas en su organismo durante el desempeño de su trabajo.”<sup>115</sup>

El estudio considera que por el tiempo y significación social del trabajo, se puede afirmar que en las condiciones en que se realiza la actividad se encuentran importantes factores de riesgo para algunos trastornos, pero también factores de protección de salud mental, y por lo tanto, el lugar de trabajo es también un espacio privilegiado para las acciones de promoción y control<sup>116</sup>.

“Tampoco es posible ignorar el hecho de que el tipo de trabajo, las condiciones en que se realiza y la remuneración que se percibe por él, son

---

<sup>113</sup> Ibidem, pág. 86.

<sup>114</sup> Ibidem, pág. 86.

<sup>115</sup> Ibidem, pág. 94.

<sup>116</sup> Ibidem, pág. 94

ámbitos en los que se expresa más claramente las inequidades de la distribución del ingreso. Los programas de promoción de Salud Mental deben incluir, necesariamente, intervenciones para mejorar y proteger la salud mental de los trabajadores así como promover la incorporación de estos aspectos en la legislación laboral. Contar con una información epidemiológica más detallada de trastornos y riesgos de la salud mental laboral es una necesidad urgente para Chile.<sup>117</sup>

Con respecto a la **muerte y discapacidad** por enfermedades mentales, "... en Chile, las enfermedades mentales producen mortalidad y discapacidad en forma creciente. El 3,4% de las muertes en mayores de 15 años son atribuidas directamente a patología psiquiátrica en los certificados de defunción, y probablemente esta cifra no de cuenta de la influencia real de estas enfermedades en la mortalidad. Al menos, en el caso del abuso y dependencia del alcohol, que ha podido ser estudiado en mayor profundidad en nuestro país, agregándose también su rol como causa secundaria o facilitadora, ha llegado a estimarse que su influencia es preponderante en el 12,5% de las muertes en personas mayores de 15 años."<sup>118</sup>

"En el caso de la discapacidad, se ha visto... que el 12,4% de las licencias médicas en las Instituciones de Salud Previsional y el 15% de las pensiones de invalidez en las Administradoras de Fondos de Pensión son indicadas por una enfermedad mental. Además, el 15% de los años saludables de vida perdida por muerte o discapacidad se deben a una patología psiquiátrica."<sup>119</sup> El informe indica que en relación a las tasas de suicidio y pensiones de invalidez se aprecia un aumento progresivo.

Datos de la O.M.S. indicaban el cambio en relación a las principales causas de muerte de la población: desde 1990, la neumonía, las infecciones intestinales y condiciones perinatales; y en el 2020 serán: enfermedades

---

<sup>117</sup> Ibidem, pág. 94

<sup>118</sup> Ibidem, pág. 119.

<sup>119</sup> Ibidem, pág. 119.

coronarias, depresión y accidentes de tránsito. "Chile, aparentemente, ya ha realizado esta transición."<sup>120</sup>

Sin embargo, las autoridades de salud se presentan optimistas, puesto que se considera que las enfermedades mentales tienen, en el momento actual, una alta vulnerabilidad a las intervenciones de salud pública y clínicas<sup>121</sup>.

Otra gran prioridad nacional definida en este informe, es el **control del Abuso y Dependencia del Alcohol**. Aunque la efectividad terapéutica es algo menor que en la depresión, y el costo más elevado, por requerir programas de tratamiento de mayor intensidad y duración, el informe establece que existen estrategias preventivas poblacionales efectivas que pueden contribuir a un mayor impacto<sup>122</sup>.

Otro factor importante en la mortalidad y discapacidad mencionado en el informe, es la **Esquizofrenia y el Alzheimer**, condiciones que se considera años han mejorado su pronóstico en los últimos años, gracias al desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, y la incorporación de programas de rehabilitación para los pacientes y de psicoeducación y apoyo para sus familiares<sup>123</sup>.

El indicador utilizado para medir el daño en salud consignado en el informe, se refiere a "... "los años de vida saludable perdidos", que combina la magnitud de la muerte y la discapacidad, facilita el proceso de dimensionar el impacto de las enfermedades en la productividad. La muerte prematura y la invalidez, temporal o definitiva, antes de la edad de jubilación , tiene un costo económico para la sociedad, la cual ha invertido en una serie de servicios para estas personas, y lo que ellas no retribuyen plenamente al no completar el promedio de años de trabajo esperado."<sup>124</sup>

---

<sup>120</sup> Ibidem, pág. 119.

<sup>121</sup> Ibidem, pág. 119.

<sup>122</sup> Ibidem, pág. 120.

<sup>123</sup> Ibidem, pág. 120.

<sup>124</sup> Ibidem, pág. 123.

Por Abuso y la Dependencia del Alcohol, por ejemplo, se calcula que se pierden unos US\$ 3.000 millones al año, lo que equivale aproximadamente al doble del presupuesto anual del sistema público de salud<sup>125</sup>.

Con respecto a la oferta de servicios, Pemjean consigna un aumento en los programas de atención, los establecimientos y la oferta de intervenciones dirigidas a los enfermos o a sujetos sanos y a aquellos con secuelas derivadas tanto de la enfermedad mental como de su entorno de vida; así como un aumento en los recursos. Desde 1994 todos los Servicios de Salud cuentan con médicos psiquiatras, además de la incorporación de psicólogos en la atención primaria. También ha crecido la contratación de asistentes sociales. Un área que aún se mantiene severamente deficitaria es la de la psiquiatría infantil. "En efecto; sólo ocho servicios de salud cuentan con este especialista entre sus recursos estables".<sup>126</sup>

En relación a los recursos físicos, desde 1990 la construcción de hospitales ha incluido dependencias para la atención psiquiátrica. Estos espacios también han tratado de incluirse en los Centros de Referencia de Salud (CRS) de la Región Metropolitana, para promover en la población nuevas opciones de atención en salud mental<sup>127</sup>.

Pemjean también refiere la existencia de nuevos recintos hospitalarios en otras ciudades del país, la renovación de los hospitales psiquiátricos tradicionales y la mejora en el entorno de vida y de trabajo de los pacientes y del personal que en ellos labora.

También da cuenta de la incorporación a la red de establecimientos de 27 COSAM, instancia intermedia entre la atención primaria y secundaria de atención, ubicados en zonas de mayor pobreza, y que dependen administrativamente de los municipios<sup>128</sup>.

---

<sup>125</sup> Ibidem, pág. 132.

<sup>126</sup> Pemjean, A.: El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile, 1996, pág. 5.

<sup>127</sup> Ibidem, pág. 5.

<sup>128</sup> Ibidem, pág. 5 - 7.

A pesar de estos esfuerzos, se reconoce que la brecha entre la demanda y la oferta de servicios es muy amplia y, que por otra parte, los programas iniciados se encuentran aún en situación de relativa fragilidad institucional, pues muchos dependen en medida excesiva de la voluntad y criterio de los directivos de los organismos de salud y corporaciones municipales<sup>129</sup>.

En relación a la investigación epidemiológica en el campo de los trastornos mentales y problemas psicosociales relacionados, se consigna que ha tenido un notable desarrollo en los últimos tres años y que ha entregado importantes datos, lo que ha contribuido a poner entre las prioridades de los planes de salud para los años inmediatos el la formulación de un modelo de atención que dé cuenta del incremento que estamos observando en problemas como el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos orgánico-cerebrales y la depresión<sup>130</sup>.

Teniendo conocimientos entonces, tanto de los agentes que precipitan la enfermedad mental, así como el peso del ambiente y las condiciones que predisponen y desencadenan las enfermedades mentales, como: "La fragilidad de la familia y las redes de apoyo primario, la marginación social y el rechazo hacia el enfermo mental, las políticas sociales que no los incorporan suficientemente como uno de los grupos más vulnerables, los servicios de salud que no detectan tempranamente ni resuelven en forma oportuna, los servicios especializados insuficientes" y cómo éstos "... contribuyen significativamente a aumentar la discapacidad y explican la asociación entre patología psiquiátrica y empobrecimiento, así como el aumento de la patología física y mental en los familiares y cuidadores"<sup>131</sup>, se desarrollan en Chile la Conferencia Nacional "Un Plan De atención Psiquiátrica Para Chile", en mayo de 1999, y el "Congreso Mundial de Salud Mental", en septiembre del mismo año, ambos realizados en Santiago<sup>132</sup>.

En la primera, organizada por el Ministerio de Salud y patrocinada por 15 instituciones y organizaciones comprometidas, se analizó en profundidad

---

<sup>129</sup> Ibidem, pág. 7.

<sup>130</sup> Ibidem, pág. 7 - 8.

<sup>131</sup> Minsal: Enfermedades mentales en Chile magnitud y consecuencias, 1999, pág. 139.

<sup>132</sup> Minsal: Plan nacional de salud mental y psiquiatría 2000, 2000, pág. 171.

la Propuesta de un Modelo de Acción, un Programa de actividades y una Red de Servicios Clínicos.

El segundo evento fue organizado por la Federación Mundial de la Salud Mental, y en él se pudo recibir los aportes de expertos de la Organización Mundial de la Salud, del Estudio Salud Mental 2000 de la O.M.S. y del Banco Mundial. Además, se expusieron los principales aspectos del PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA 2000, que detallamos a continuación.

Este Plan 2000 se basa, además de la información recopilada en el ESTUDIO DE ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE, en los aportes de usuarios, familiares, técnicos, profesionales, expertos y autoridades, públicas y privadas<sup>133</sup>. Alex Figueroa, Ministro de Salud en Enero del 2000, indica que la implementación del mismo se realiza "... mediante la optimización de los recursos de salud mental existentes y la expansión en un 30% del presupuesto público en este ámbito."<sup>134</sup>

El propósito de este último Plan, para aportar al desarrollo humano del país, es "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."<sup>135</sup>

El Plan 2000 comprende la salud, y la salud mental, no sólo basada en factores biológicos, sino también en las condiciones de vida de las personas. Las acciones que favorecen la salud mental deben promover mejoras en esas condiciones, y las acciones de promoción y prevención deben ser capaces de generar cambios, involucrando a todos los sectores e incentivando la participación. Esto significa que se comprende que las

---

<sup>133</sup> Ibidem, pág. 5.

<sup>134</sup> Ibidem, pág. 5.

<sup>135</sup> Ibidem, pág. 9.



familias y otros grupos organizados de la comunidad se involucren en las acciones de salud, que deben privilegiar el sentido de identidad y pertenencia, evitando la atención cerrada, es decir, la internación<sup>136</sup>.

El Plan 2000 presenta modelo de acción basado en valores y principios rectores, que son:

- “El propósito fundamental es el desarrollo humano, por lo tanto está dirigido a personas, grupos y al ambiente.
- Acceso universal: geográfica, económica y socialmente.
- Considera e integra las características y aportes de grupos con culturas minoritarias.
- Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre éstos y el profesional o equipo responsable.
- Financiamiento asegurado para toda la población.”<sup>137</sup>

Estos valores fundamentan las líneas de acción del Plan, en relación a su enfoque técnico, los criterios de calidad, el soporte organizativo, el marco administrativo, y las estrategias para ser llevado a cabo<sup>138</sup>.

El Plan 2000 propone el inicio de actividades intersectoriales, que incluyan al gobierno y la sociedad civil. Estas actividades deben dirigirse a la promoción, prevención, detección temprana, acceso y continuidad del tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con enfermedades mentales y sus familias<sup>139</sup>.

La evaluación del nivel de salud mental de la población debe realizarse en relación al grado bienestar expresado por las personas, la armonía o conflicto en la relación de personas y grupos, el nivel de logro o frustración en las metas individuales o colectivas, los estados de vulnerabilidad o conductas de riesgo, la prevalencia de enfermedades mentales

---

<sup>136</sup> Ibidem, pág. 9.

<sup>137</sup> Ibidem, pág. 13.

<sup>138</sup> Ibidem, pág. 13, 14, 15.

<sup>139</sup> Ibidem, pág. 19 – 35.

sintomáticas y la calidad de vida y el nivel de integración de las personas que presentan enfermedades mentales<sup>140</sup>.

Bajo estos conceptos, las estrategias de salud mental del Plan 2000 para los próximos 5 años, se plantean en cuatro ámbitos diferenciados: escuelas, lugares de trabajo, barrios y comunas, y personas en conflicto con la justicia, junto a dos estrategias: la salud mental de los pueblos indígenas y comunicación social.

En relación al ámbito de la **educación preescolar y escolar**, se busca reforzar el respeto y la solidaridad, la participación ciudadana, el autocontrol, la autoestima, las habilidades sociales, autocuidado y logro de estilos de vida saludables, prevenir las conductas de riesgo, detección y apoyo de niños con problemas de aprendizaje y la derivación de niños y adolescentes con trastornos de salud mental<sup>141</sup>.

En relación al ámbito del **trabajo**, las acciones deben dirigirse tanto a los individuos como 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."<sup>142</sup>

Las estrategias para las **iniciativas comunales** incluyen la integración del tema de la salud mental en el municipio; promover la coordinación de las acciones de salud mental en los programas de todos los sectores; favorecer la participación y organización social; facilitar la formación de grupos de autoayuda en salud mental, con la participación de agrupaciones de usuarios y familiares, y otras organizaciones; facilitar la reinserción social de personas con enfermedades mentales, en hogares protegidos, viviendas supervisadas y clubes sociales, y disponer de Centros Comunitarios de Salud mental (COSAM), que sirvan tanto para el funcionamiento de equipos

---

<sup>140</sup> Ibidem, pág. 23.

<sup>141</sup> Ibidem, pág. 24 - 26.

<sup>142</sup> Ibidem, pág. 26 - 28.

de salud mental y psiquiatría ambulatoria, como para facilitar el desarrollo de grupos comunitarios y actividades conjuntas de salud con otros sectores<sup>143</sup>.

En relación al área de la **salud mental de las personas en conflicto con la justicia**, se plantea: la definición de los ámbitos de competencia entre los sectores justicia y salud, junto con los mecanismos de financiamiento para peritajes psiquiátricos en casos de violencia, maltrato, dependencia de drogas; consolidar y expandir a las regiones del país el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense, (atención a personas con trastornos mentales en situación penal; desarrollar en Chile la subespecialidad de Psiquiatría Forense; reformar del Código Civil de modo de modernizar los conceptos sobre enfermedad mental; 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<sup>144</sup>.

Para el área de la **salud mental de los pueblos indígenas**, se propone implementar y evaluar experiencias pilotos de programas de salud mental con población indígena viviendo dentro y fuera de las comunidades, con participación protagónica de sus agentes de salud y sus organizaciones; diseñar e implementar prestaciones de promoción y protección de la salud mental, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con enfermedad mental, que incorporen la cosmovisión e identidad del pueblo indígena; favorecer un trabajo articulado entre agentes de salud de la propia cultura con equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, promoviendo el respeto a las prácticas de salud tradicional; discriminar positivamente el ingreso a carreras de salud mental de personas de pueblos indígenas; realizar investigaciones sobre la salud mental de pueblos indígenas que permitan profundizar el conocimiento sobre magnitud de los problemas y consecuencias, el concepto tradicional sobre salud y enfermedad mental y las respuestas familiares y comunitarias<sup>145</sup>.

---

<sup>143</sup> Ibidem, pág. 28 – 31.

<sup>144</sup> Ibidem, pág. 31 – 32.

<sup>145</sup> Ibidem, pág. 32 – 34.

En el ámbito comunicacional, las estrategias reseñadas por el plan incluyen implementar campañas de comunicación social a nivel nacional, con un fuerte componente televisivo, en comerciales como en la programación habitual; implementar campañas de comunicación social a nivel regional y de Servicios de Salud, utilizando radio y televisión locales, y conseguir que líderes de opinión se comprometan a apoyar temas de salud mental<sup>146</sup>.

El programa de actividades que deben realizar los distintos establecimientos para un primer periodo, incluyen:

- **Promoción y Prevención en Salud Mental**
- **Trastornos de Salud Mental 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 de Alcohol y Drogas<sup>147</sup>**

“A futuro, de acuerdo a la expansión de nuevos recursos para salud mental, deberían 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.”<sup>148</sup>

Además para cada una de las prioridades programáticas nacionales, el plan 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. Se especifica que dichas descripciones

---

<sup>146</sup> Ibidem, pág. 34 - 35.

<sup>147</sup> Ibidem, pág. 48.

<sup>148</sup> Ibidem, pág. 48.

representan sólo una orientación, no una norma, para las localidades que no hayan desarrollado aún una experiencia propia.

Para la promoción y prevención en salud mental, el plan 2000 establece 2 estrategias que la favorecen, y que tienen relación directa con al participación civil, como el desarrollo de habilidades para el fortalecimiento de las personas, familias y grupos, que redunde en la calidad de vida de los mismos y aumentar el grado de cohesión social. Estas estrategias deben traducirse en acciones relacionadas a políticas nacionales y regionales, responsabilidad de Ministerios Sociales y Subsecretarías Regionales (SEREMIS), con el objeto de modificar los factores socioeconómicos, políticos y culturales de las enfermedades mentales, y las acciones propias de los prestadores de salud<sup>149</sup>.

Todos estos lineamientos se basan en la existencia de una red de servicios de salud mental y psiquiatría, "... en las que las distintas unidades ofrezcan una amplia gama de prestaciones, se coordinen entre sí para el intercambio de información, la definición dinámica de las distintas 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 enfermedades."<sup>150</sup>

El **concepto de red** del Plan 2000 se refiere a "... los vínculos que se establecen entre las 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 sectores y aportes."<sup>151</sup>

La existencia de una red de servicios debe asegurar al usuario el acceso a todos los componentes de la red "... en cualquier estado de su proceso salud-enfermedad", y estas redes deben "... dar cuenta de las necesidades

---

<sup>149</sup> Ibidem, pág. 51 – 54.

<sup>150</sup> Ibidem. Pág. 127.

<sup>151</sup> Ibidem, pág. 127.

de diversas poblaciones, en sus distintas etapas del ciclo vital y considerando sus particularidades de género, como son:

- ✧ 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 y familiares, profesionales y técnicos.<sup>152</sup>

En el funcionamiento de esta red el Plan 2000 reconoce la importancia del rol de las agrupaciones de usuarios y familiares, como reguladores y proveedores de servicio "... en el ámbito de alternativas residenciales, centros diurnos, clubes sociales y grupos de autoayuda."<sup>153</sup>

La participación de estas agrupaciones ha sido normada a través de la "Norma Técnica N° 35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría", aprobada por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Exenta N° 802 del 9 de abril de 1999, que legitima el funcionamiento del sistema de red<sup>154</sup>.

Las distintas instancias responsables de la implementación del Plan 2000 deberán asegurar la participación activa de los usuarios, pacientes y

---

<sup>152</sup> Ibidem, pág. 128.

<sup>153</sup> Ibidem, pág. 128.

<sup>154</sup> Ibidem, pág. 129.

familiares. Estas instancias son a nivel central, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud; a nivel regional (SEREMIS) y de cada uno de los Servicios de Salud, los Asesores de Salud mental y las Unidades de Salud Mental; en los Consultorios Urbanos y Rurales y Centros de Salud Familiar, debe designarse un Jefe de Programa de Salud mental del establecimiento, y en los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, debe designarse un Jefe de Equipo<sup>155</sup>.

Estos equipos deben estar altamente motivados, ser competentes técnicamente y comprometerse con la salud mental de las personas y comunidades. Deben estar de acuerdo a criterios de multidisciplinariedad, trabajo en equipo, sectorialización, integralidad de las acciones, continuidad en el cuidado, articulación con Atención Primaria, dar protagonismo de usuarios y familiares, relacionarse con otros sectores, poder desarrollarse profesionalmente de manera continua, estar incentivado<sup>156</sup>.

Por otra parte, la participación de los usuarios y familiares también está consignada el Plan 2000, en cuya confección participaron activamente. Su rol se define entonces, en el marco de esta participación. El plan destaca su rol protagónico en la sensibilización de la comunidad, la definición y entrega de sus necesidades y expectativas, la defensa de los derechos de los pacientes, la presión para obtener servicios de mejor calidad, como instancia de autoayuda, como agente de cambio cultural y como proveedores de servicios de rehabilitación, reinserción social y laboral para sus familiares con discapacidad psíquica<sup>157</sup>.

La participación de los usuarios y familiares deberá ser facilitado y estimulado por los Equipos de salud, realizando una atención respetuosa, entregando información suficiente e involucrándolos en la toma de decisiones; reuniéndose regularmente, para definir necesidades,

---

<sup>155</sup> Ibidem, pág. 129 – 134.

<sup>156</sup> Ibidem, pág. 142 – 144.

<sup>157</sup> Ibidem, pág. 149 – 154.

planificación y evaluación de acciones, así como apoyando a las organizaciones con información, asesoría y capacitación<sup>158</sup>.

En relación al financiamiento, en Chile la inversión en salud mental ha sido sistemáticamente insuficiente debido a un enfoque reparatorio y no preventivo de las acciones de salud, que no se ajusta al tipo de atención psiquiátrica. La única gran inversión en salud mental fue la llevada a cabo a mediados del siglo XX, con la construcción de grandes establecimientos hospitalarios, pero nunca llegó a concretarse la edificación de éstos en todas las regiones del país<sup>159</sup>.

El Plan propone su financiamiento "... 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%)."<sup>160</sup> Por lo tanto, deben aumentarse los recursos para la salud mental de un 1,2% a 5% del presupuesto total de salud del país, incrementándose en un 0,5% a un 1% cada año. También debe asegurarse la calidad y cobertura de las acciones del Programa de Salud Mental y Psiquiatría; asegurar los recursos humanos necesarios para la realización de las acciones o prestaciones; 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; 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; difusión, sensibilización, educación; y asegurar perfeccionamiento Permanente del Pfan<sup>161</sup>.

La implementación del Plan 2000, tanto en términos de financiamiento como en su línea programática, se inserta en un proceso más amplio: la

---

<sup>158</sup> Ibidem, pág. 154.

<sup>159</sup> Ibidem, pág. 157.

<sup>160</sup> Ibidem, pág. 157 – 158.

<sup>161</sup> Ibidem, pág. 158 – 161.



Reforma de Salud. Desde 1990, el Estado ha enviado señales acerca de la necesidad de generar cambios en la entrega y financiamiento de los servicios de salud, públicos y privados. Bajo el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el Ministerio de Salud ha indicado que la salud debe comprenderse como un bien social, donde la equidad en la atención es un imperativo ético. Por lo tanto, se debe garantizar el acceso a la salud sin exclusiones ni discriminaciones de ningún tipo, elevar el nivel de salud, los resultados sanitarios y la calidad de vida de la población, e introducir equidad y solidaridad al sistema de financiamiento, de modo que todos aporten según sus capacidades y se beneficien según sus necesidades<sup>162</sup>.

Para lograr estos objetivos se indica la importancia de la gestión de redes, cambiar el modelo de atención desde una prioridad curativa hacia una centrada en al promoción y prevención; establecer derechos, deberes y garantías de salud exigibles, humanizar la atención de salud generando normas de calidad, acceso oportunidad y buen trato; eliminar –o al menos reducir– las brechas sanitarias vinculadas a la atención de salud, y asegurar la máxima protección de salud para toda la población, ya sea que pertenezca al sistema público o al privado, con una cobertura garantizada<sup>163</sup>.

Además, se establecieron metas prioritarias para el periodo 2000–2006, como son la consagración de los **derechos ciudadanos en salud**, a través de una reforma solidaria al sistema de financiamiento, la elaboración de un Programa de Acceso Equitativo a la Salud, la modernización de la red de protección social en salud, el otorgamiento de garantías sanitarias en el sector público, el desarrollo una política de Estado de Promoción en salud, la fiscalización del cumplimiento de los derechos de los beneficiarios de las Isapres, y la institucionalización funciones de calidad; la **modernización del modelo de gestión**, mejorando el estatuto de administración en salud, fortaleciendo la red de atención, y mejorando la misma, cerrando la brecha financiera, y elevando la capacidad resolutive de la atención primaria; y la **modernización de las relaciones laborales**, reformando el marco laboral,

---

<sup>162</sup> Minsal: Bases de la reforma de salud, documento internet, abril 2001

<sup>163</sup> Ibidem.

una adecuada política de remuneraciones y el impulso de espacios de diálogo y participación<sup>164</sup>.

En este contexto, una de las acciones destinadas a la salud mental es la destinación de 300 millones de pesos para la realización, durante el año 2001, del Programa Especial de Tratamiento Integral de la Depresión, anunciado el Día Mundial de la Salud. Estos recursos irán a los consultorios de Atención Primaria en 23 comunas del país, beneficiando a una población estimada en 14 mil personas<sup>165</sup>. Otra medida tiene relación con la normativa legal en relación a la salud, de la que se ocupa el Código Sanitario, texto legal que refiere las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los chilenos, según el artículo 1º del decreto con fuerza de Ley N° 752<sup>166</sup>.

En este código se encuentran las regulaciones sobre el tratamiento de las personas que sufran trastornos mentales, así como los servicios que deben prestar los profesionales de la salud que los tratan (artículos 55 y 113, artículo 128 del decreto N° 404). En relación a las regulaciones sobre el internamiento, un cambio importante es la aprobación del REGLAMENTO PARA LA INTERNACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES, el 15 de Enero de 2001, que se refiere a los establecimientos de internación psiquiátrica, públicos o privados, destinados a otorgar tratamiento curativo o de rehabilitación, a través de un régimen de residencia total o parcial, así como a la organización e infraestructura de estos locales, con miras a garantizar a los pacientes una adecuada atención de salud; y a la regulación del ingreso, permanencia y egreso desde estos establecimientos, de las personas que sufren enfermedades mentales (Artículo 4º), incluyendo las definiciones de las variables relacionadas con el tema, como paciente psiquiátrico, enfermedad o trastorno mental, crisis, tratamiento psiquiátrico, plan de tratamiento, rehabilitación psicosocial, médico tratante, equipo tratante, conductas perturbadoras o agresivas,

---

<sup>164</sup> Minsal: Metas 2000-2006, documento internet, abril 2001

<sup>165</sup> Minsal: Día mundial salud mental, documento internet, abril 2001

<sup>166</sup> Código Sanitario, 1990.

autoridad sanitaria, director de establecimiento y establecimiento de internación psiquiátrica.

Este reglamento deroga el Decreto Supremo N° 68, de 1927, del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que aprobó el Reglamento General para la Organización y Atención de los Servicios de Salubridad Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos, y el Título VIII del Decreto Supremo N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas<sup>167</sup>.

La normativa introduce cambios fundamentales en relación a los derechos de los pacientes de recibir información de su diagnóstico, el plan de tratamiento, los traslados y altas, el equipo de salud y el médico tratante. También busca resguardar su seguridad personal, la confidencialidad de su estadía y tratamiento dentro del centro asistencial, así como la creación de un organismo destinado para la protección de estos derechos, dependiente del Ministerio de Salud (la Comisión nacional de Protección a las Personas con Enfermedades Mentales)<sup>168</sup>.

---

<sup>167</sup> Minsal: Reglamento para la internación de personas con enfermedades mentales, documento Internet, 2001

<sup>168</sup> Ibidem.

## CAPITULO II

### DISCUSION TEORICA

#### I.- CULTURA COMO SISTEMA SIMBOLICO

El concepto de **cultura**, como guía de la investigación antropológica, en sus variadas acepciones, rescata la "herencia social"<sup>169</sup> de los hombres, y la recreación que hacen de ella. Esta herencia incluye la diversidad de actividades y conducta de los individuos de un grupo social, de manera colectiva e individual, en relación a su ambiente, a los otros grupos, a los miembros del mismo grupo y hacia sí mismos<sup>170</sup>. Como "modo de vida"<sup>171</sup> expresa la variabilidad del ser humano, y la capacidad para expresar y modificar sus potencialidades biológicas y psicológicas<sup>172</sup>, construyendo un **universo simbólico** que mediatiza las relaciones humanas con lo que le rodea y consigo mismo<sup>173</sup>.

Estas relaciones están definidas por **pautas culturales**, concepto que se refiere tanto a los fines y medios socialmente aceptados<sup>174</sup>, y cuyo conjunto consistente, conforma un sistema cultural. A su vez, el cambio o persistencia de estas pautas dependerá de estas relaciones, concebidas como modos de organización de los elementos de la acción en un sistema social.<sup>175</sup>

En una sociedad, comprendida como "un grupo de personas que actúan entre sí en mayor grado que con otros individuos; que cooperan unas con otras para alcanzar determinados fines<sup>176</sup>", Parsons define tres unidades diferentes: el **acto social**, realizado por un actor y orientado hacia uno o más actores, como objetos; el **status-rol**, como el subsistema organizado de actor o actores que ocupan status recíprocos dados y actúan

<sup>169</sup> Linton, R.: Estudio del hombre, 1988, pág. 90.

<sup>170</sup> Boas, F.: Cuestiones fundamentales de la antropología cultural, 1947, pág. 155.

<sup>171</sup> Hershkovits, M.: El hombre y sus obras, 1984, pág. 42.

<sup>172</sup> Kluckhohn, C.: Antropología, 1965, pág. 30.

<sup>173</sup> Von Bertalanffy, L.: Teoría general de sistemas, 1992, pág. 206.

<sup>174</sup> Kluckhohn, C.: Antropología, 1965, pág. 42.

<sup>175</sup> Parsons, T.: El sistema social, 1966, pág. 43.

<sup>176</sup> Kluckhohn, C.: Antropología, 1965, pág. 34.

recíprocamente dentro de los términos de orientaciones recíprocas dadas; y el actor mismo, como unidad social; además de una unidad compleja que es la **colectividad**, que como actor y como objeto, se entrecruza con el actor individual. "En este caso, los sectores particulares de los sistemas de acción de los actores individuales relevantes se abstraen de sus otros status-roles y son considerados conjuntamente." [Parsons, 1966: 45]

Esta última unidad se constituye por actores que comparten **pautas de valor**, que se definen en relación a una tradición cultural compartida, a **valores comunes**, que implican sentimientos de apoyo a la pauta de valor. Una pauta de valor se encuentra **institucionalizada** en un contexto de interacción, existiendo "expectativas de rol" para la conducta del actor, y expectativas de parte de este último sobre las reacciones de los otros actores, que son recíprocas. [Parsons, 1966: 56]. Una **institución** es, entonces, "un modo estandarizado de conducta social, ya que conducta social significa co-actividad, *un modo estandarizado de co-actividad*", con un efecto regulativo que se expresa en sanciones respecto de la "... inobservancia de algún otro modo regular de conducta" [Nadel, 1985: 123]

La integración de los sistemas sociales nunca es perfecta, lo que implica que existe siempre un problema de discrepancia entre las expectativas legítimamente institucionalizadas y el resultado efectivo de los hechos. Esto genera un problema acerca de "... qué actitud debe ser tomada ante lo que, en los términos del sistema de valores vigente, se está injustamente sufriendo, y ante la existencia efectiva de conducta no punida en contravención a las normas morales de la sociedad: el "problema del mal" [Parsons, 1966: 177]

Comprendiendo el sistema social como estructura total integrativa, se deben incorporar también conceptos relacionados al **sistema de poder** y control de la fuerza. Un tipo ideal de estructura total integrativa es el **Estado** [Parsons, 1966: 175], que se constituye a través de la coerción, la obligación política y el consentimiento. Este último, como comportamiento, es resultado de un proceso dialéctico entre el individuo y la sociedad. "El proceso incluye las necesidades, los deseos y las creencias del individuo,

las estructuras de poder de la sociedad, que restringe y modela su formación, y las estructuras de poder que restringen las opciones disponibles".<sup>177</sup>

---

<sup>177</sup> Newdick, Poder y consentimiento, 1999, documento internet.

## 2.- REPRESENTACIONES SOCIALES

La naturaleza simbólica de la cultura se funda en el concepto de la **representación social**, comprendido como un "... modo de conocimiento particular que da cuenta de un proceso de pensamiento social, a través del cual se internaliza un nuevo objeto, persona, situación o idea." [Bustos, 1996: 32]

Este proceso de pensamiento se produce de manera individual o colectiva, a través de sujetos que inmersos en una sociedad y cultura, en un momento histórico determinado, que "... otorgan sentido desde su mundo a cierta novedad". [Bustos, 1996: 32]

"... la representación social tiene la propiedad de circular entre las personas que comparten el mismo contexto, portando categorías espontáneas, prediscursivas o racionales, diferenciadas de las meras opiniones, actitudes o imágenes sobre la realidad, por el hecho de establecer vínculos entre los objetos y el juicio eferente, constituyendo así un sistema de prácticas, valores, de nociones que permiten a los individuos orientarse en el medio ambiente social y material, y en ese sentido dominar su entorno. Al mismo tiempo, permiten la generación de un sistema de intercambio comunicativo que facilita el nombrar y clasificar de una manera inequívoca las partes del mundo, visible y a través de imágenes, informaciones o símbolos, de una manera tal que sobrepase el mero complemento de un objeto de la realidad subjetiva, constituyendo una verdadera "doctrina" que facilita la comprensión global de la realidad." [Bustos, 1996: 32]

La elaboración de representaciones permite "... la interpretación de la naturaleza que comparten todos los miembros de cada concreta sociedad, y la organización de distintas formas de intervención individual y colectiva sobre la naturaleza basadas en dichas representaciones e interpretaciones"<sup>178</sup>

---

<sup>178</sup> Godelier, M.: Lo ideal y lo material, 1989, pág. 23.

Para Godelier, el concepto de representación se refiere tanto a:

- a) las representaciones normativas que se encuentran al interior de las relaciones sociales,
- b) las representaciones que se hacen los individuos (y los grupos) de esas relaciones, representaciones que asumen una función específica que consiste en legitimar (o en negar la legitimidad de) tales relaciones [Godelier, 1989: 9-10]



### 3.- SALUD Y MEDICINA

#### a) Salud y Enfermedad Mental

La reflexión acerca de los conceptos de salud y enfermedad mental se relaciona profundamente con el concepto de normalidad/anormalidad. Para Linton, la condición de anormalidad se relaciona con el desajuste al medio, es decir, con dificultades para asumir la personalidad de status que su sociedad requiere, y su comprensión implica el estudio del medio social<sup>179</sup>. La concepción de la normalidad como "... una acomodación a los modos de conducta regulares que existen<sup>180</sup>" en la sociedad, incluye la existencia de "... mecanismos socialmente sancionados que permiten la liberación de inhibiciones y la resolución de conflictos"<sup>181</sup>, como medios por los cuales se llega a la adaptación del individuo. A éstos, Herskovits los define como los "... aspectos de aquellos consensos de creencia y de conducta que, como elementos de la cultura, constituyen la matriz dentro de la cual se desarrollan las estructuras de personalidad de los individuos, y en el seno de la cual deben funcionar." [Herskovits, 1984: 74]

En el área de la psiquiatría, la discusión acerca de lo normal, sano o enfermo, se ha acentuado debido a, según Capponi, el "... cuestionamiento de la norma rígida y la relativización de ésta" [Capponi, 1987: 17]. El autor reconoce también la influencia del psicoanálisis y "... su visión de la psicopatología como un continuo, en que la normalidad y anormalidad se plantean como una cuestión de grados sin diferencias cualitativas, sino cuantitativas, y donde todos estamos expuestos en mayor o menor medida a transitar de un extremo a otro" [Capponi, 1987: 17]. También ha influido el aporte de la antropología cultural, con el concepto del relativismo cultural, que ha influido fuertemente a la psiquiatría transcultural; y la sociología, que ha puesto relevancia en la relación entre el acto médico y los intereses de la sociedad, que, "... apoyada por diversas teorías, métodos, técnicas y lenguajes, condenan el concepto de enfermo

---

<sup>179</sup> Linton, R., 1988, pág. 463

<sup>180</sup> Nadel, S.F.: Fundamentos de antropología social, 1985, pág. 337.

<sup>181</sup> Herskovits, M., 1984, pág. 74

mental que maneja nuestra sociedad, y proponen cambios radicales"[Capponi, 1987: 17]

Para el autor, entonces, la psiquiatría debe concluir que "... el comportamiento anormal es sólo aquel que se desvía de la norma de una cierta cultura, en un momento histórico dado"[Capponi, 1987: 20]. En este contexto, la normalidad es un juicio inevitablemente subjetivo, que depende de las pautas de valor que maneje la sociedad de que se trate. Para Capponi, esto implica asumir una responsabilidad histórica respecto a las prácticas de los profesionales de la salud, basándose en una concepción de la enfermedad no como un desorden "... sino la substitución de un orden por otro, por supuesto natural, pero que enjuiciamos inferior. Inferior por varios motivos, pero sobretudo porque es más limitante" [Cuzzolaro, citado en Capponi, 1987: 30]

Para Georges Amado se debe evitar caracterizar los casos patológicos teniendo en cuenta sólo el desfase "... cualitativo y cuantitativo respecto de los individuos supuestamente normales." Se debe agregar una evaluación positiva, que reconozca los sectores sanos "... en los que el individuo permanece bien vivo a pesar del peso que puede aplastarlo en otros sectores."[Capponi, 1987: 31]

La definición de enfermedad dista, en medicina, de ser un concepto global<sup>182</sup>. Y en relación a la definición de las enfermedades en particular, Capponi reconoce que los criterios que se siguen son heterogéneos: en base a la causa, en base a la lesión, o en relación a los síntomas.

Capponi indica que el juicio de valor que subyace a la definición surge no sólo en el proceso de diagnóstico, sino que está presente en el quehacer terapéutico, como "... praxis que, al pretender cambiar, está continuamente enjuiciando esto o lo otro como inferior o indeseado, para transformarlo en algo más valorado y deseado."[Capponi, 1987: 39]

---

<sup>182</sup> Kendeell R.E. 1975 en Capponi, R., 1987, pág. 33.

Además de la definición de enfermedad mental, la medicina también debió responder a las interrogantes acerca de lo que enferma. Una línea médica tradicional considera que es "el cerebro, zonas, neuronas y moléculas del órgano donde reside supuestamente la mente<sup>183</sup>"; el psicoanálisis, que es "el aparato psíquico concebido topográficamente y dinámicamente y cuyos elementos constitutivos -yo, ello y superyo, en el primer aspecto y consciente, preconsciente e inconsciente en el otro - entran en conflicto<sup>184</sup>"; y el método fenomenológico, propone "realizar un análisis fenomenológico de las vivencias (para) describir "los hechos psíquicamente normales", es decir, la psicología y, a través de un análisis fenomenológico de las vivencias perturbadas (...) describir "los hechos psíquicamente perturbados", o sea, la psicopatología<sup>185</sup>. Para Capponi, este método rescata la experiencia subjetiva del sujeto, a través de la expresión corporal y el lenguaje, puesto que "... nadie tiene acceso directo a las experiencias subjetivas del otro"[Capponi, 1987: 45]. El observador, entonces, debe ejercitarse en la vivencia de las experiencias del enfermo, en orden de comprenderlas.

Roa indica que en un rasgo definitorio de los trastornos psíquicos es "... el imantarse a preocupaciones, sin libertad para la entrega suelta a las labores habituales o a lo requerido por las circunstancias, y la ceguera al razonamiento...La mente perturbada carece de espacio para otras actividades"<sup>186</sup>. Para él, el trastorno mental afecta fundamentalmente el área de las relaciones interpersonales, afectando las funciones representativas, afectivas y conativas, y la psiquiatría debe comprenderse como el estudio de lo interpersonal.[Roa, 1987: 31]

#### b) Sistema médico.

Puede considerarse que la medicina, como área del saber de la cultura, se refiere al control de las amenazas a la salud de un grupo<sup>187</sup>. Los conceptos

---

<sup>183</sup> Capponi, R., 1987, pág. 44.

<sup>184</sup> *Ibidem*, pág. 44.

<sup>185</sup> *Ibidem*, pág. 45.

<sup>186</sup> Roa, A.: *Psiquiatría*, 1981, pág. 11.

<sup>187</sup> Gómez, C., 1994, pág. 89.

de salud y enfermedad se constituyen en un referente obligado que debe ser aprendido por parte diferentes profesionales de la salud, que tienen la autoridad para clasificar de enferma o sana a una persona<sup>188</sup>. Este aprendizaje se manifiesta a través de "... un entrenamiento teórico práctico altamente exigente, pero que descarta el manejo de variables más allá de la técnica médica." [Gómez, 1994: 9]

"Los practicantes de la medicina occidental deben someterse a un exigente entrenamiento en múltiples áreas relativas a conocimientos y habilidades teóricas y prácticas de la salud y enfermedades humanas. Sin embargo, aprenden no sólo estrategias médicas específicas, sino también una manera específica de **interpretar** determinados fenómenos biológicos humanos, que corresponde a la dimensión del quehacer médico, compartida por todos (o la mayoría de) sus practicantes." (el destacado es nuestro) [Gómez, 1994: 8]

El proceso de educación de los profesionales de la salud occidentales, varía sin embargo, de un país a otro. Para Claudio Gómez, se puede "... exponer el aprendizaje de la medicina como un proceso, que va conjugando los siguientes elementos:

- 1) el entrenamiento teórico-práctico en una tradición médica ampliamente compartida,
- 2) los rasgos culturales locales que cada sociedad hace pesar en este entrenamiento y
- 3) la disposición personal de los alumnos de esta tradición frente a los dos elementos anteriores." [Gómez, 1994: 9]

El proceso de aprendizaje de las pautas culturales referidas a la salud y la enfermedad ocurre en organizaciones especializadas, las universidades, y éste se reflejará en la práctica profesional<sup>189</sup>.

---

<sup>188</sup> Ibidem, pág. 5.

<sup>189</sup> Ibidem, pág. 9.

Gómez indica que "La realidad del individuo que aprende a ser médico (u otro profesional de la salud) tiene una doble condición. Por una parte, ha aprendido a vivir en la sociedad de acuerdo a pautas generales que comparte con cualquier otro habitante de este país. Por otra parte, una vez que se inicia su aprendizaje de la Medicina, empieza a dominar de manera creciente una serie de códigos culturales bastante más restringidos y que son propios de un cierto grupo profesional"[Gómez, 1994: 10]. Estos códigos "...filtran y clasifican la experiencia anterior<sup>190</sup>", y por lo tanto, convierte al grupo de los (profesionales de la salud) en un grupo socialmente distinto.

Para la medicina, la salud y la enfermedad son estados biológico-sociales conocibles y definibles<sup>191</sup>, y el saber médico posee el reconocimiento social "... para determinar, definir e intervenir en los procesos biológicos humanos que afecten la salud de las personas"[Gómez, 1994: 91]. Al aumentar la autoridad y la autonomía del saber médico "... ésta se hizo más compleja, llegando a modificar muchas de las clasificaciones culturales de la sociedad occidental..."[Gómez, 1994: 91]

Esta complejidad se expone en al diferenciación de las ramas del saber médico. Así, en relación a los fenómenos mentales se desarrolla la Psiquiatría, que trata con los fenómenos psíquicos que "... se nos muestran y aparecen en una interacción médico paciente que les permite salir a la luz. La evaluación tiene siempre un componente subjetivo, y su valor de verdad proviene del consenso que se logre por parte de los psiquiatras que han observado el fenómeno"[Capponi, 1987: 14]

El sistema médico así conformado puede comprenderse compuesto de dos partes. Por un lado como un sistema teórico conceptual de la enfermedad, y por otro es un sistema de cuidado de la salud. Esto genera relaciones particulares entre los profesionales de salud y pacientes. Esta interacción

---

<sup>190</sup> Ibidem, pág. 10.

<sup>191</sup> Ibidem, pág. 91.

se expone en la llamada entrevista terapéutica. En estas entrevistas pueden observarse cuatro dimensiones básicas<sup>192</sup>:

Agente de Salud	Paciente
Restringido	Universal
Permanente	Temporal
Orden (jerarquía)	Subordinación
Voluntario	Involuntario

Para Laín, la interacción entre el profesional de la salud y el paciente puede presentar un carácter conflictivo por:

- 1.- La tecnificación extremada del diagnóstico.
- 2.- La práctica de la psicoterapia o la relación terapéutica con la "persona" del enfermo...
- 3.- La creciente socialización de la asistencia médica y su consecutiva masificación.[Laín, 1969: 9]

Laín considera que esta interacción tiene un doble carácter, *personal* y *social*. "Es personal, en cuanto acontece entre dos personas. Es social, en cuanto que la persona del enfermo y la del médico existen en el seno de una sociedad que en muy buena medida condiciona su modo de serlo y de encontrarse." [Laín, 1969: 11]

En relación al profesional de la salud, Laín indica que su práctica variará según su mentalidad económico-social; la intención de practicar la medicina, sea la voluntad de ayuda, el lucro, la ciencia y el deber funcional; y el modo en que socialmente se realiza la asistencia al enfermo: hay médicos libres, médicos vinculados por contrato, médicos funcionarios y médicos socializados. En relación a la asistencia, ésta puede ser hospitalaria o domiciliaria, y practicarse en consultorios privados o públicos. Para el autor, para cada uno de estos casos corresponderá un modo distinto de entablar la relación con el enfermo.[Laín, 1969: 216]

---

<sup>192</sup> Weisner apuntes de clase 1994

En relación al rol del enfermo, Parsons<sup>193</sup> define que las expectativas institucionalizadas sobre él en la sociedad occidental son:

- 1.- El enfermo queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a las funciones que en estado normal desempeñaba.
- 2.- Por mucho que en ello se esfuerce, el enfermo no puede por sí mismo quedar libre de su enfermedad. Por tanto, se halla exento de responsabilidad social en lo tocante a su rol de enfermo.
- 3.- El enfermo está obligado a "querer curarse".
- 4.- El enfermo está obligado a solicitar ayuda médica ya a cooperar con el médico que se la presta.

En este análisis, el rol del médico, sometido a pautas de valor, se ve obligado a elegir entre:

- 1.- Entre la afección emocional y la neutralidad afectiva;
- 2.- Entre el universalismo y el particularismo;
- 3.- Entre la orientación hacia la colectividad y la orientación hacia sí mismo;
- 4.- Entre el atenuamiento a las condiciones personales del enfermo y la exclusiva consideración del rendimiento social;
- 5.- Entre una orientación funcionalmente difusa y otra funcionalmente específica.[Parsons, en Laín, 1969: 219]

Para Parsons, la relación médica será en principio el resultado de un mutuo engarce entre las expectativas institucionalizadas del enfermo y las del médico. Si ambas son las vigentes en la sociedad a las que uno y otro pertenecen, la relación entre ellos será sociológicamente correcta; en otro caso, se constituirá en fuente de conflictos sociales, y tal vez de desórdenes morbosos<sup>194</sup>.

La relación médica, en la expresión del diagnóstico y el tratamiento, dependerá, además de la persona del enfermo, del fin social que el

---

<sup>193</sup> Citado en Laín, P., 1969, pág. 217.

<sup>194</sup> Citado en Laín, P., 1969, pág. 219.

personal de salud deba cumplir, ante el enfermo mismo y su familia, ante el Estado, ante una organización o una empresa, lo cual, para Laín, se cumple muy especialmente en la formulación y la comunicación de las enfermedades neuróticas.[Laín, 1969: 224-225]



#### 4.- ANTROPOLOGÍA MÉDICA

##### a) Origen y desarrollo.

La enfermedad es un fenómeno con el que la humanidad ha tenido que lidiar siempre, y la cultura la ha enfrentado con diferentes formas de organización. Los estudios antropológicos parten del criterio, de "... que la enfermedad es universal; que todos los grupos humanos desarrollan algún sistema para luchar contra la enfermedad; y que dentro de su marco cultural crean teorías más o menos elaboradas para explicar, diagnosticar, y a veces justificar la enfermedad"<sup>195</sup>. En este sentido, la antropología médica se refiere tanto a la salud como al sector sanitario.

Para de Miguel, la antropología médica comienza con el estudio de Engels sobre la condición de la clase obrera en Inglaterra, publicado en 1845, que presenta una descripción del estado de salud y de las actitudes de la población frente a la industrialización[De Miguel, 1980: 12]. Pero el desarrollo de la antropología médica se ve precedido por la Sociología de la Medicina, y en los primeros análisis se mezclaban ambos tipos de estudio. La diferenciación se da en 1952. Para de Miguel, esta diferenciación ocurre por influencia de:

- 1.- Un interés etnográfico, en al década de los 20, sobre *magia y brujería*, y que incluye a la medicina primitiva dentro de esas dos nociones.
- 2.- Un interés por los temas de *cultura y personalidad*, en la década de los 20 y 30, que redefinen la contribución freudiana desde una perspectiva más antropológica.
- 3.- el análisis de problemas psiquiátricos de la Escuela de Chicago, a partir de los estudios de 1939.
- 4.- Estudios internacionales de salud pública, apoyados por la OMS, la PAHO, a partir de 1942
- 5.- Un reenfoque cualitativo de la Historia de la medicina, a finales de la década de los cuarenta.[De Miguel, 1980: 13-14]

---

<sup>195</sup> De Miguel, J.: Introducción al campo de la antropología médica, en *La antropología médica en España*, 1980, pág. 12.

Para de Miguel, la Antropología Médica es aún una disciplina joven. En 1952, más que haber un cuerpo de conocimientos propio de ella, había más que nada antropólogos y sociólogos trabajando con datos sanitarios. Los estudios de ésta incipiente Antropología Médica fueron los temas psicológicos y psiquiátricos. "Un estudio clásico sobre la salud de los pueblos primitivos (y el caso concreto de los *hutteritas*) es el estudio de Eaton y Weil publicado en 1955, en donde se corrobora la hipótesis de que la enfermedad mental era un fenómeno universal, y no sólo de la civilización contemporánea. Contribuía así a deshacer el mito del "salvaje sano" (y feliz), tan ingenuo como el del "buen salvaje". Más de ocho años de investigaciones (desde 1950 hasta 1962) llevaron a la publicación de *Midtown Manhattan Study* sobre las relaciones entre enfermedad mental y urbanización... Posteriormente, el desarrollo de la *psiquiatría comunitaria* durante los años sesenta, e incluso la *anti-psiquiatría* de los años setenta, tuvieron una influencia medible en la Antropología Médica." [De Miguel, 1980: 19-20]

De Miguel consigna que la medicina no fue considerada, sino hasta los años sesenta, un objeto de estudio diferenciado de la religión o del tema cultura y personalidad. En esta época comenzó a utilizarse el término Antropología Médica para referirse tanto a aspectos aplicados como teóricos. Pero sus contribuciones también fueron criticadas, acusándola de "... querer imponer el modelo científico "cosmopolita" a los pueblos del tercer mundo; de alienar a los pobladores de su cultura propia; de enmascara el verdadero problema de la mala distribución de propiedad y la desigualdad social; de querer aumentar la dependencia con respecto a occidente". [De Miguel, 1980: 20]

Tras esta crisis, la Antropología Médica parte de principios menos invasores, y de la aceptación de los sistemas cognitivos populares, aceptando una convivencia de diversas tradiciones médicas, e interesándose por los sistemas supuestamente no científicos. "El punto de vista actual es que la enfermedad no puede estudiarse fuera de la cultura de una población, y que la Antropología Médica -aun como disciplina autónoma- no puede desligarse totalmente de la antropología, y ni

quiera de la sociología. Se mantiene a la larga una perspectiva holística, con análisis globales de la sociedad.”[De Miguel, 1980: 21]

De Miguel establece que dentro de la Antropología Médica pueden encontrarse 5 áreas de investigación:

- a) Epidemiología y estudios ecológicos.
- b) Análisis de las actitudes de la población sobre la sanidad y los sistemas sanitarios.
- c) Etnomedicina o “medicina popular”.
- d) Estudio de los fenómenos bio-culturales.
- e) Cambio socio-cultural, y planificación de recursos sanitarios.[De Miguel, 1980: 22]

La **epidemiología** se refiere al estudio de las causas, origen y distribución de las enfermedades, que se enfoca a través del análisis de grupos humanos y comunidades, que es el mismo enfoque de la Antropología Médica. Esta debe entonces ayudar a determinar las tasas específicas de enfermedad, y particularmente sus componentes culturales y sociales. Partiendo del supuesto que determinados grupos sociales mantienen tasas específicas de morbilidad y de mortalidad que le son peculiares, se busca demostrar la relación entre factores culturales y pautas de enfermedad, y su causación exacta.[De Miguel, 1980: 22]

Debido a que la enfermedad depende, además de factores socioculturales, de la organización sanitaria, y cuanto más desarrollado es un país, más importante es esta relación. La Antropología Médica se ocupa de esta relación, colaborando a la comprensión de la enfermedad a través del estudio de los **sistemas sanitarios**. [De Miguel, 1980: 23-24]

La **etnomedicina** se refiere al estudio de las creencias y prácticas sobre la enfermedad que derivan de una cultura popular, tanto en pueblos primitivos como en sociedades actuales y urbanas [De Miguel, 1980: 27]. El estudio de los **fenómenos bioculturales** se refiere a las relaciones entre variables culturales y biológicas.[De Miguel, 1980: 31]

El hecho de que los sistemas sanitarios de los países industrializados se basen en la profesionalización de la medicina, y la educación uniforme y estandarizada de los médicos; y la tecnificación de la práctica sanitaria, lo que significa uniformar las normas acerca de la enfermedad, supeditándolas a los Estados, no ha logrado aumentar el interés de la Antropología médica en el estudio de la **planificación y el cambio sanitario**. [De Miguel, 1980: 32-35]

En este campo, se destacan los estudios de la Sociología de la medicina, como el de Goffman (1970)<sup>196</sup> y el de Levinson y Gallagher (1971)<sup>197</sup>, que entregaron información importante acerca del funcionamiento y los fines de los hospitales psiquiátricos del Estado, los que manejando las necesidades humanas a través de una organización burocrática, buscan sobre todo vigilar la conducta de sus internos; con lo que demostraron que la política de internamiento responde menos a un interés terapéutico que social, provocando diferentes niveles de conflicto entre los pacientes y en el personal de salud. Estos estudios se constituyeron en una base importante para los cambios en la conceptualización internacional de las enfermedades mentales y en las políticas sanitarias.

#### b) Antropología médica y salud mental

De Miguel indica que no existe una única teoría para explicar la enfermedad mental. Las más importantes se basan en la llamada **Labeling Theory**, o Teoría de la Etiqueta, que se refiere a cómo las instituciones de curación de los enfermos se transforman en agencias de control social para personas con problemas no necesariamente mentales, fundamentalmente en las clases más bajas. Este control se manifiesta en la etiquetación como enfermo mental, que conlleva una desviación secundaria, y por lo tanto a la enfermedad mental.

Otras teorías sobre las enfermedades mentales son:

---

<sup>196</sup> Goffman, E.: *Internados*, 1970

<sup>197</sup> Levinson, D. & Gallagher, E.: *Sociología del enfermo mental*, 1971.

a) la teoría del control social: Expuesta por Freud, la enfermedad mental no es más que un producto de la civilización. Fromm añade a esto que las enfermedades modernas representan en realidad un desajuste en la sociedad.

b) la teoría de adaptación: La enfermedad se constituye como un proceso de adaptación bajo circunstancias especiales.

c) la teoría del stress: Se producen reacciones de stress a consecuencia de la angustia. Para esta teoría el enfermo mental tiene impulsos inhibidos y necesidad exagerada de aprobación social.

d) la teoría de los Roles: Desarrollada por Parsons, se ve la enfermedad como el deterioro de la capacidad individual de representar los roles sociales.

e) la teoría de Socialización: Ve la neurosis como un hábito aprendido. Indica que los estereotipos de la enfermedad mental se aprenden desde la niñez, y en ella el tratamiento psiquiátrico supone una socialización efectiva del rol del desviado social.

La Labeling Theory es crítica respecto a la relación entre enfermos, médicos y sociedad. Considera que las enfermedades mentales son distintas de las físicas, y que varían de una sociedad a otra. También la considera un estado creado, aunque tenga una base biológica. El tratamiento precoz puede afectarla debido al proceso de etiquetaje, que lleva primero al aislamiento del enfermo y al tratamiento que reciba como tal. El proceso de etiquetaje refuerza la conducta desviada pues implica que se le rechaza la posibilidad de ejercer roles sociales legítimos, la expulsión del grupo y el refuerzo de autoimagen de desviado social. Los agentes del etiquetaje son personas con facultad para decidir si una conducta es o no desviada, particularmente la profesión médica, que es reforzada por la sociedad<sup>198</sup>.

En respuesta a la Teoría de la Etiqueta, Friedson<sup>199</sup> indica que si bien la distinción entre roles de enfermo se deriva de las apreciaciones sociales de

---

<sup>198</sup> Weisner M., apuntes de Clase, 1994.

<sup>199</sup> Ibidem.

legitimidad con respecto a la enfermedad, ésta no es necesariamente una desviación social. En el análisis de la salud se debe considerar que:

- a) La salud y la enfermedad son asuntos que van más allá de lo individual, dependen de factores sociales.
- b) Lo que la sociedad hace respecto a la enfermedad depende de muchos factores socioculturales, que no están necesariamente lógicos o científicamente basados.
- c) La sanidad y la enfermedad es algo que concierne al grupo, en relación con sus puntos de vista éticos y morales.
- d) Como comportamiento resultante de la interacción de personas en un contexto específico, el comportamiento individual es también reflejo del comportamiento del grupo.

Estos factores apuntan a relativizar la relación entre el agente de salud y la persona considerada enferma de la Teoría de la Etiqueta.[Weisner, 1994]

#### Un modelo culturalista

En este modelo, Esteva Fabregat<sup>200</sup> considera que los procesos que conducen a la salud y a la enfermedad mentales se determinan por la susceptibilidad relativa del individuo y el grupo social a formas de cultura dominantes en su sociedad. "Estas formas de cultura incluyen procesos de personalidad y un conjunto de cualidades de carácter derivadas de la experiencia por el individuo del modelo social." [Esteva, 1980:83]

Desde un punto de vista psicológico, estas cualidades se revelan en "... la organización de personalidad del sujeto y en su modo específico de reaccionar éste en cada situación social; y desde el punto de vista social, estas cualidades se manifiestan en la capacidad relativa del grupo para proveer a las necesidades específicas del individuo y en el grado de integración del carácter individual con el del grupo social". [Esteva, 1980: 83]

---

<sup>200</sup> Esteva, C.: Cultura de salud, en La antropología médica en España, 1980, pág. 83.

En este sentido, se considera que la experiencia individual tiene relación definida con alguna forma de cultura, la salud y la enfermedad mentales son expresiones que deben referirse a la estructura misma del proceso social: son parte de su dinámica.[Esteva, 1980: 83]

Desde este punto de vista, Esteva Fabregat considera que la problemática de la personalidad, y por lo tanto de la salud y enfermedad mental, "... adopta sus desarrollos específicos a partir de la interacción de los factores *conducta individual, grupo social, patrón cultural, metas de finalidad*, y su forma de integración depende de los términos *espacio tiempo*." (igual en original)[Esteva, 1980: 84]

Así, las ciencias sociales, y la antropología en particular, son capaces de informar acerca de la clase de socialización deseable, y el grado de satisfacción y frustración que, con arreglo a valores, cada sociedad es capaz de producir en el individuo y en el grupo social.[Esteva, 1980: 84]

En este enfoque, la frustración y satisfacción relativas están determinadas por "... formas de vida que se constituyen a través de los términos tiempo - espacio - cultura. Son éstas las que mayormente producen una acción sistemática en este sentido, y son éstas las que revelan en cada momento las posibilidades de realización de los individuos y los grupos sociales en cuanto a su nivel mental."[Esteva, 1980: 84]

En esta línea, Esteva Fabregat indica que todas las sociedades experimentan algún grado de tensión en sus relaciones internas y externas, y que el modo de actuar frente a estas tensiones es diferente según la forma de cultura. Algunas sociedades serían propensas a desarrollar un gran número de tensiones sociales y producir una cifra elevada de enfermos mentales. Otras sociedades, debido a un menor antagonismo social y esfuerzo nervioso, o por disponer de mejores vías de catarsis, no generan crisis psicológicas importantes, o demuestran poseer cierta capacidad para superarlas.[Esteva, 1980: 85]

Esteva Fabregat propone que la enfermedad mental depende más de factores sociales que de agentes hereditarios o genéticos. Para él, la enajenación mental es el resultado de una separación del individuo de su sociedad y una falta de integración de su personalidad con su cultura. La salud mental es entonces, expresión de una "... normalidad socio-cultural y biológica del individuo, por una parte, tanto como una integración responsable y creadora de la personalidad en acción con otros individuos." [Esteva, 1980: 85]

Cada grupo social elabora una normalidad de carácter, y los evalúa en términos de modelos organizados de conducta. Las crisis de la personalidad responden a una debilidad del individuo en cuanto a su circunstancia social y "... expresión de un tipo de sociedad cuya cultura no se adapta suficientemente a las posibilidades de integración social de un número específico de sus miembros." [Esteva, 1980: 85]

El hecho de que las patologías mentales de nuestra sociedad son variadas, se explica porque la estructura socio-cultural de referencia es también heterogénea. Esto nos lleva a considerar a la salud y enfermedad mental **"... como fenómenos relativos a tiempo-espacio-cultura y vienen mayormente determinados por el grado de integración que mantenga el individuo con su grupo social y con las metas de finalidad propuestas por su sociedad"** (el destacado es nuestro) [Esteva, 1980: 98]

#### Modelos culturales de salud mental en América Latina y Chile

González indica que en América Latina se practican de manera marcada 3 modelos culturales de medicina para enfrentar el problema de la salud y enfermedad mental: "... el aborigen o indígena, el popular urbano y rural, y el occidental científico o europeo", y normalmente no existe interacción entre ellos.<sup>201</sup>

---

<sup>201</sup> González, S., 1982, pág. 68



En nuestro país se han realizado estudio comparativos entre estos modelos (Simmons, 1955; Greve y Segura, 1974; Hamel, 1978), y sus diferencias pueden sintetizarse en el siguiente cuadro comparativo[González, 1982: 69]:

	Modelo europeo	Modelo popular chileno	Modelo aborígen mapuche
a) Concepción de enfermedad	Ruptura de mecanismos de regulación biológica y/o psicosocial	Daño inferido por terceros mediante acciones mágicas	Invasión por "espíritu del mal". Daño inferido mediante magia
b) Etiología	Relación analítica causa-efecto	Prácticas de hechicería	Maleficio, acción de espíritu del mal, envidia
c) Diagnóstico	Análisis de anamnesis, examen físico y mental, pruebas de laboratorio	Adivinación. Exámenes empíricos: orina, ojos, etc.	Adivinación. A veces exámenes empíricos: orina, p. Ej.
d) Tratamiento y prevención	Análisis sintomáticos o etiológicos	Ceremonia ritual: santiguar, etc. Empírico: yerbas. Mágico: amuletos.	Ceremonia religiosa con trance y con música ritual. Empírico: yerbas. Mágico: amuletos
e) Agentes de salud	Médicos y su equipo de salud: actividad funcionaria	Curandera	Machi y sus ayudantes. Compañías de machis
f) Formación de personal	Institucional: escuelas universitarias o técnicas	Tradición oral de maestro a discípulo	Elección por ser superior comunicada por sueños. Tradición familiar. Rito de iniciación
g) Servicios de salud	Organización jerárquica: hospitales, consultorios, postas, etc.	Intracomunitarios: casa de curandera visitas domiciliarias	Intracomunitarios: casa de machi, visitas a domicilio
h) Grado de fusión con religión, arte, etc.	Ninguno en forma explícita	Parcial: curandera practica ritos terapéuticos	Total: práctica médica se integra a complejo mágico-religioso: machi es sacerdote

González recalca que el análisis de estos modelos no puede considerarlos como sistemas excluyentes, sino como mecanismos que "... destacan y valoran aquellos aspectos que son congruentes con el fondo cultural del cual surgen." [González, 1982: 70]

De acuerdo con esto, Reinaldo Bustos sugiere un análisis con base en la noción de representación social, para evaluar la coherencia entre las representaciones de los actores individuales y colectivos sobre la salud y la enfermedad, y la de los técnicos encargados de satisfacer las demandas solicitadas.<sup>202</sup>

Establece que las transformaciones sociales de fines del siglo XX han provocado cambios profundos en los estilos de vida de la sociedad urbana, haciendo que los grupos humanos vivencien la ciudad de un modo distinto, cambiando sus expectativas de vida, materiales y simbólicas. Estos procesos también se expresan por los individuos en el modo de enfermar, y por lo tanto deben incorporarse en la práctica médica comunitaria<sup>203</sup>.

Bustos indica que en esta práctica se reconoce una brecha de incompreensión entre pacientes y profesionales de la salud, expresados en insatisfacción de los pacientes, consultas recurrentes, cronificación de ciertas dolencias, baja adhesión a tratamientos, consultas tardías, etc. Se sacrifica al paciente y al médico, "... que a menudo expresa su frustración, en la medida que toma conciencia de que reproduce en su práctica un modelo inadecuado al conocimiento y tratamiento de un gran número de sujetos que buscan en él una respuesta a una "crisis", a una necesidad de reconocimiento "como a otro", lo que a menudo significa la enfermedad." [Bustos, 1996: 35]

En este contexto, dado que los programas de participación comunitaria en salud buscan incorporar la visión de los usuarios, adquiere relevancia el conocimiento de las representaciones culturales que dan sentido a los

---

<sup>202</sup> Bustos, R.: Trabajo comunitario, 1996, pág. 31.

<sup>203</sup> *Ibidem*, pág. 31.

conceptos de salud y enfermedad, tanto en profesionales como usuarios, y poder acercarlas<sup>204</sup>.

La pertinencia del estudio de la representación social de la salud y la enfermedad es que permite descubrir la realidad tras el conjunto de síntomas, "... que dice relación con cuestiones de sentido y de formas de conocimiento del mundo, y no meramente de interpretación de los fenómenos orgánicos que se juegan en ella." [Bustos, 1996: 32]

---

<sup>204</sup> Ibidem, pág. 37.

#### 4.- MODELO DE FOUCAULT

Otro modelo que enriquece la comprensión sobre la salud y la enfermedad mental, es el desarrollado por Michel Foucault, que analiza el surgimiento de la política de internamiento en la Europa clásica del siglo XVII. La creación del hospital mental confunde la enfermedad mental con la vagancia, la insensatez, la mendicidad y la ociosidad; mezclándose con todo aquello que amenaza al sistema establecido<sup>205</sup>, los anormales constituyen un fenómeno relacionado con todo un conjunto de instituciones de control, y mecanismos de vigilancia de distribución del orden<sup>206</sup>.

Refiere el autor que el grupo de anormales se formó a partir de tres figuras:

1.- El monstruo humano: que se trataría de una noción jurídica: "Lo que constituye a un monstruo humano en un monstruo no es simplemente la excepción en relación a la forma de la especie, es la conmoción que provoca en las regularidades jurídicas... El monstruo humano combina a la vez lo imposible y lo prohibido"[Foucault, 1996: 83]

2.- El individuo a corregir: su aparición se corresponde con la puesta en práctica de las técnicas de disciplina que tienen lugar en occidente durante los siglos XVII y XVIII, como procedimientos de adiestramiento del cuerpo, del comportamiento, y que suscitan el problema de aquellos que escapan de esta normatividad. La interdicción se va a ver reemplazada por "... un conjunto de técnicas y procedimientos mediante los cuales se pretenderá corregir a aquellos que se resistan a ser educados así como reformar a los incorregibles"[Foucault, 1996:85]

3.- El onanista: esta figura, totalmente nueva en el siglo XVIII, "surge en íntima relación con las nuevas conexiones entre sexualidad y la organización familiar, con la nueva posición del niño en el interior del

---

<sup>205</sup> Capponi, R., 1987, pág. 27.

<sup>206</sup> Foucault, M.: La vida de los hombre infames, 1996, pág. 83.

grupo parental, con la nueva importancia concedida al cuerpo y a la salud.<sup>207</sup> Esta disciplina sexual se dirige especialmente a niños y adolescentes, poniendo la sexualidad en el origen de "... una serie de trastornos físicos que pueden hacer sentir sus efectos en todo el organismo y durante todas las etapas de la vida". Y aunque el niño se convierte en responsable de su cuerpo y su vida, en realidad se considera a los padres como los verdaderos culpables del abuso que pueda hacer de su sexualidad. "Lo que se perfila a través de esta campaña es el imperativo de un nuevo tipo de relación entre padres e hijos.<sup>208</sup> Se produce entonces una necesidad de control y conocimiento médico externo para "... arbitrar y reglamentar estas nuevas relaciones que se instituyen entre la vigilancia obligatoria de los padres y el cuerpo enormemente frágil, irritable y excitable de los niños.<sup>209</sup>"

En este contexto, la medicina mental ha intentado comprender la enfermedad agrupando de manera coherente los signos que la hacen evidente. "Se creó una *sintomatología* en la que se destacan las correlaciones constantes, o solamente frecuentes, entre tal tipo de enfermedad y tal manifestación mórbida... Creó también una *nosografía* en la que son analizadas las formas mismas de la enfermedad; describe las fases de su evolución y las variantes que se pueden presentar."<sup>210</sup>

Se postula entonces que la enfermedad es una esencia, "... una entidad específica señalable por los síntomas que la evidencian, pero anterior a ellos, y en cierta medida independiente de ellos." [Foucault, 1991: 15]

Junto a esta idea, "... hay un postulado naturalista que erige la enfermedad en una especie natural; la unidad que se distribuye a cada grupo nosográfico detrás del polimorfismo de los síntomas sería como la unidad de una especie definida por sus caracteres permanentes y diversificada en subgrupos." [Foucault, 1991: 15]

---

<sup>207</sup> Ibidem, pág. 86

<sup>208</sup> Ibidem, pág. 88

<sup>209</sup> Ibidem, pág. 89.

<sup>210</sup> Foucault, M.: *Enfermedad mental y personalidad*, 1991, pág. 11.

Esta caracterización existe por el establecimiento de un paralelismo entre la enfermedad menta y la orgánica, que no puede sostenerse. Debido a esto, la patología ha derivado hacia nuevos métodos y conceptos: "La enfermedad como realidad independiente tiende a borrarse, y se ha renunciado a otorgarle un papel de una especie natural respecto a los síntomas... Por el contrario, se da importancia a las reacciones globales del individuo; la enfermedad ya no se interpone como una realidad autónoma entre el proceso mórbido y el funcionamiento general del organismo."[Foucault, 1991: 16]

Para la psicopatología "... la enfermedad sería la alteración intrínseca de la personalidad, desorganización interna de sus estructuras, progresiva desviación de su devenir; sólo tiene sentido y realidad en el interior de una persona mórbida.<sup>211</sup>" Entonces, los esfuerzos se dirigen a "... definir las enfermedades mentales según la amplitud de las perturbaciones de la personalidad, y se llegó a dividir las perturbaciones psíquicas en dos grandes categorías: **neurosis y psicosis.**"(el destacado es nuestro)[Foucault, 1991: 17]

Para Foucault, al enfermedad, en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica, es más bien una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica. Más que como una realidad específica, la enfermedad debe analizarse como una reacción patológica de un individuo<sup>212</sup>. A su vez, el no poder igualar la vida psicológica a la vida orgánica exige de la delimitación patológica mental métodos distintos que en patología orgánica<sup>213</sup>.

La misma concepción sobre lo normal y lo patológico ha sufrido cambios, desdibujándose los límites entre ambos. La medicina "... ha comprendido más claramente que los cuadros clínicos no eran una colección de hechos anormales,... sino que estaban constituidos en parte por los mecanismos

---

<sup>211</sup> Ibidem, pág. 17.

<sup>212</sup> Ibidem, pág. 19.

<sup>213</sup> Ibidem, pág. 21.

normales y las reacciones adaptativas de un organismo que funciona según su norma"[Foucault, 1991: 22]

Foucault refiere que la es la noción de personalidad la que dificulta aún más la distinción entre lo normal y lo patológico. A pesar de que ninguna enfermedad puede ser separada de los métodos de diagnóstico, de los procedimientos de aislamiento, de los instrumentos terapéuticos de los que la rodea la práctica médica, en el caso de la enfermedad orgánica, esta sobrevive a ellos. Para la patología mental esto no existe. "Cada individualidad mórbida debe ser atendida a través de las actitudes del medio a su respecto."[Foucault, 1991: 23]

Por ejemplo, en Francia "... la tutela impuesta al alienado por la ley de 1838, su total dependencia de la decisión médica, contribuyeron sin duda a fijar, a fines del siglo pasado, el personaje histérico. Desposeído de sus derechos por el tutor y el consejo de familia, prácticamente de nuevo en estado de minoría jurídica y moral, privado de su libertad por la omnipotencia del médico, el enfermo se convertía en el centro de todas las sugerencias sociales; y en el punto de convergencia de estas prácticas se establecía la sugestibilidad como el síndrome mayor de la histeria."[Foucault, 1991: 24] Y la figura del histérico tiende a desdibujarse a medida que desaparecen las medidas de sugestión que constitúan el medio ambiente del enfermo<sup>214</sup>.

Esto nos lleva a la comprensión de la enfermedad mental más allá de la descripción negativa de las funciones abolidas. "En realidad, la enfermedad borra pero subraya; anula por una parte, pero por otra exalta; la esencia de la enfermedad no reside sólo el vacío que la provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo"[Foucault, 1991: 30]

---

<sup>214</sup> Ibidem, pág. 24.

Para Foucault, "... la enfermedad suprime las funciones complejas, inestables y voluntarias, y exalta las funciones simples, estables y automáticas."[Foucault, 1991: 31]

A su vez, la enfermedad es una respuesta a una situación percibida como una agresión, un conflicto: "la enfermedad engloba el conjunto de reacciones de huida y de defensa mediante las cuales el enfermo responde a la situación en la que se encuentra"[Foucault, 1991: 53]. Sin embargo "... no todo conflicto provoca una reacción mórbida, y la tensión que hace surgir no es necesariamente patológica; hasta es muy probablemente la trama de toda la vida psicológica. El conflicto que revela el compromiso neurótico no es simplemente la contradicción externa en la situación objetiva, sino una contradicción inmanente en la que los términos se mezclan de tal modo que el compromiso, lejos de ser una solución, es en última instancia una profundización del conflicto"[Foucault, 1991: 57]

El análisis fenomenológico busca comprender la enfermedad, restituyendo la experiencia que el enfermo tiene de ella, comprendiendo que: "... la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal"[Foucault, 1991: 83]. En este sentido, el análisis antropológico se hace insuficiente, puesto que, por ejemplo, en los estudios de Benedict, cada cultura se haría una imagen de la enfermedad en relación a las cualidades que desprecia o reprime, encarándola como un aspecto negativo y virtual al mismo tiempo. "Negativo, porque la enfermedad es definida en relación a una media, a una norma, a un "pattern", que en ese alejamiento reside toda la esencia de lo patológico: la enfermedad sería marginal por naturaleza, y relativa a una cultura en la sola medida en que es una conducta que no se integra a ella. Virtual, porque el contenido de la enfermedad es definido por las posibilidades, en sí mismas no morbosas, que se manifiestan en ella... la enfermedad está ubicada entre las virtualidades que sirven de margen a la realidad cultural de un grupo social."[Foucault, 1991: 85]

Para Foucault, este análisis deja de lado lo que hay de positivo y real en la enfermedad. "Hay, en efecto, enfermedades que son reconocidas como



tales y que tienen en el interior del grupo status y función: en ese caso lo patológico ya no es más una simple desviación respecto del tipo cultural, es uno de los elementos y una de las manifestaciones de ese mismo tipo cultural.”[Foucault, 1991: 86]

Para Foucault, “... el grupo que denuncia y reconoce a la enfermedad como tal, le confiere un status.”[Foucault, 1991: 86-87]

La concepción de la enfermedad como desviación no es más que la respuesta social a la negación de la cultura por reconocerse en el enfermo, por lo que los análisis científicos que hacen del enfermo un desviado no son más que una proyección de temas culturales... “una sociedad se expresa positivamente en las enfermedades mentales que manifiestan sus miembros; cualquiera sea el status que otorga a sus formas patológicas: ya sea que las ubique en el centro de su vida religiosa... o que trate de expatriarlos situándolos en el exterior de la vida social, como lo hace nuestra cultura.”[Foucault, 1991: 87]

Para Foucault, el origen de esta situación se encuentra en la consideración de la expresión de la locura como transformación del Hombre en “otro”<sup>215</sup>, en un extraño. Sin embargo, la sociedad se expresa en ese mismo enfermo que es considerado un extranjero. Paradójicamente, aunque la sociedad no se reconozca en la enfermedad, y el enfermo se sienta a sí mismo como un extraño, “... no es posible darse cuenta de la experiencia patológica sin referirla a estructuras sociales, ni explicar las dimensiones psicológicas de la enfermedad... sin ver el medio humano del enfermo en su condición real.”[Foucault, 1991: 95]

Para Foucault, “... la enfermedad se sitúa en la evolución como una perturbación en su curso; por su aspecto regresivo, hace aparecer conductas infantiles o formas primitivas de la personalidad... Para que la conducta infantil sea considerada como un hecho patológico irreductible, es necesario que la sociedad instaure entre el presente y el pasado del

---

<sup>215</sup> Ibidem, pág. 88.

individuo un umbral que no se puede ni se debe atravesar; es necesario que la cultura sólo integre el pasado obligándolo a desaparecer. Y nuestra cultura tiene esta característica... Toda la evolución de la pedagogía contemporánea, con el fin irrefragable de preservar al niño de los conflictos adultos, acentúa la distancia que separa, para un hombre, su vida de niño de su vida de hombre ya hecho... para ahorrarle conflictos al niño, lo expone a un conflicto mayor, a la contradicción entre su vida de niño y su vida real. Si agregamos que una sociedad no proyecta directamente su realidad... en sus instituciones pedagógicas, sino que la refleja indirectamente a través de los mitos que la excusan, la justifican y la idealizan en una quimérica coherencia... se comprende que las fijaciones o las regresiones patológicas sólo son posibles en cierta cultura; que se multiplican a medida que las formas sociales no permiten liquidar el pasado y asimilarlo al contenido actual de la experiencia... Lo que se encuentra en la base de esas formas patológicas es el conflicto en el seno de una sociedad, entre las formas de educación del niño en las que ella oculta sus sueños, y las condiciones que brinda a los adultos, donde ese encuentran, por el contrario, su presente real, sus miserias"[Foucault, 1991: 96-97]

Por lo tanto, el verdadero fundamento de la enfermedad mental es un conflicto de las estructuras sociales: "Si la enfermedad encuentra una forma privilegiada de expresión en este entrelazamiento de conductas contradictorias, no es porque los elementos de la contradicción se yuxtaponen como una naturaleza paradójica en el inconsciente humano, sino porque el hombre hace una experiencia contradictoria del hombre. Las relaciones sociales que determina la economía actual bajo las formas de la competencia, de la explotación, de guerras imperialistas y de luchas de clases ofrecen al hombre una experiencia de su medio humano acosada sin cesar por la contradicción... El hombre se ha convertido para el hombre, tanto en el rostro de su propia verdad como en la eventualidad de su muerte"[Foucault, 1991: 98-99]

Para Foucault, no se está alienado porque se está enfermo, sino en la medida que se está alienado se está enfermo. "La revolución burguesa ha

definido la humanidad del hombre por una libertad teórica y una igualdad abstracta. Y el enfermo mental se erige en sujeto de escándalo: es la demostración de que el hombre concreto no es enteramente definido por el sistema de derechos abstractos que le son reconocidos teóricamente, puesto que ese sistema no da cabida a esta eventualidad humana que es la enfermedad, y que para los enfermos mentales la libertad es vana y la igualdad no tiene significado"[Foucault, 1991: 115]. El enfermo mental es una demostración ambulante de que "... la sociedad burguesa, por los mismos conflictos que han hecho posible su enfermedad, no está hecha a la medida del hombre real; que es abstracta en relación al hombre concreto y a sus condiciones de existencia; que continuamente pone en conflicto la idea unitaria que se hace del hombre y el status contradictorio que se le otorga." El enfermo mental, en la sociedad occidental, es la apoteosis de este conflicto.[Foucault, 1991: 116]

### CAPITULO III

#### METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION

##### 1.- HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN

El tema de la salud mental ha sido estudiado en Chile tanto desde la medicina como de las ciencias sociales. Sin embargo, no existen estudios desde la Antropología acerca de la percepción del personal de salud sobre su representación de la salud y enfermedad mental, o su representación de los enfermos mentales.

En el contexto de la Reforma de Salud, este estudio pretende ser una aproximación exploratoria, y por la amplitud del campo se eligió como técnica de investigación la entrevista cualitativa o abierta. Sobre esta herramienta, Taylor y Bogdan la describen como "... no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas... *Por entrevistas cualitativas en profundidad entenderemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras.*"<sup>216</sup>(igual en original)

Esto significa que la entrevista es entendida como una conversación entre iguales, no un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lo que se busca en el uso de esta herramienta es aprehender el modo de ver de los informantes acerca de aquellos acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. Este tipo de herramienta responde a la necesidad de obtener información subjetiva acerca de hechos pasados y presentes.<sup>217</sup>

Al respecto Luis Enrique Alonso<sup>218</sup> indica que la entrevista es un proceso comunicativo a través del cual el investigador extrae información de una

<sup>216</sup> Taylor, S.J., y Bogdan, R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1992, pág. 103.

<sup>217</sup> Ibidem, pág. 103.

<sup>218</sup> Alonso, L.E.: Sujeto y discurso, en Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, 1999.

persona que se halla contenida en al biografía de ese interlocutor. "Entendemos aquí **biografía** como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado." [Alonso, 1999: 226]

La técnica de entrevista abierta busca "... obtener informaciones de carácter *pragmático*, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales." [Alonso, 1999: 226]

El uso de esta técnica supone que el "... objeto temático de la investigación, sea cual fuere, será analizado a través de la experiencia que de él poseen un cierto número de individuos que a la vez son parte y producto de la acción estudiada, ya que el análisis del narrador es parte de la historia que se narra (Greele, 1990: 124)." [Alonso, 1999: 229]

Los dos primeros objetivos específicos de la investigación se refieren a la recopilación de antecedentes acerca del tema de la salud mental en Chile, antes y después del inicio del proceso de Reforma de Salud Mental, por lo que una parte importante de este estudio consistió en reunir información contenida en documentos oficiales y públicos, informes gubernamentales, artículos de periódico, etc. En términos de tiempo, esta información fue recopilada entre Junio de 2000 a Abril de 2001. Esta información se organizó en la primera parte de este documento, bajo el título de ANTECEDENTES .

Para el logro del tercer objetivo específico, se consideró realizar entrevistas a distintos profesionales de la salud mental, que hubieran tenido experiencia en alguna de las diferentes instancias del sistema público, en el área urbana, específicamente en Santiago. A estos se los contactó a través de amigos, familiares, y con el sistema de "bola de nieve", es decir, con contactos que ellos pudieran proveer.

Las entrevistas fueron realizadas durante el mes de Marzo de 2007. La investigación se realizó de manera abierta, es decir, se informó a los entrevistados tanto el contexto como los objetivos de la investigación. Se realizaron entrevistas de alrededor de una hora a cada entrevistado, que fueron grabadas con su consentimiento. Por petición de algunos entrevistados, se utilizarán seudónimos para referirse a todos ellos.

Las entrevistas se realizaron de manera abierta, permitiendo a los entrevistados extenderse en los temas de su interés, siguiendo la investigadora sólo la siguiente guía de entrevista:

AREAS TEMATICAS	CATEGORÍAS
Datos personales	- Características personales del entrevistado
	- Llegada a la profesión
Actividad	- Tipo de actividad
	- Tiempo en al actividad
	- Motivaciones para la actividad
	- Caracterización de la actividad en el contexto de la reforma
Reforma en el sistema de salud	- Conocimiento y opinión sobre el sistema de salud mental y psiquiatría en Chile
	- Conocimiento y opinión sobre la Reforma Psiquiátrica
	- Percepción de los cambios producidos por la Reforma en el tipo y calidad de la atención
	- Percepción del cambio en la percepción del paciente mental
Reforma en la actividad	- Percepción de la actividad antes de la reforma en relación al tipo y calidad de la atención
	- Percepción de la actividad después de la reforma en relación al tipo y calidad de la atención
	- Percepción del cambio en la percepción del paciente mental antes y después de la reforma

La mayoría de las entrevistas se realizó en los ambientes naturales de los entrevistados, como su lugar de trabajo o sus casas, y en relación a su disponibilidad de tiempo. Se pudo percibir en los entrevistados un fuerte compromiso con su actividad y un gran interés de compartir sus experiencias, especialmente si éstas pueden ser útiles en la mejora de sus condiciones de trabajo y especialmente, en el trato que reciben los

enfermos mentales, lo que redundó en que en un marco positivo para la realización de las entrevistas.

Se entrevistó a seis distintos profesionales de la salud mental:

**Patricia:** Terapeuta ocupacional egresada de la Universidad de Chile. Trabaja desde 1990. Trabajó en el Hospital Psiquiátrico, en la sección de crónicos, en los COSAM de La Granja, Maipú y Pedro Aguirre Cerda, en el Consultorio de Melipilla y también de manera particular. Actualmente tiene una hija de pocos meses, por lo que realiza actividades particulares con niños con problemas de desarrollo. Su interés por la Terapia Ocupacional fue más bien azaroso, pero refiere un alto grado de compromiso con la actividad, especialmente en el área de la rehabilitación social en psiquiatría.

**Ana María:** Terapeuta Ocupacional, con 20 años de experiencia, en Chile y el extranjero. Egresada de la Universidad de Chile, trabajó en el Hospital El Peral y en Instituciones Psiquiátricas de Estados Unidos. Actualmente dirige y trabaja en una organización comunitaria destinada a la rehabilitación de personas con trastornos mentales. Ha participado en las reuniones de trabajo para la Reforma convocadas por el Ministerio de Salud, y colabora en la capacitación de diferentes profesionales de la salud en el cambio del tratamiento hacia las personas que sufren algún tipo de trastorno mental.

**Juan:** Médico Psiquiatra. Con experiencia como médico general en el sistema público, trabaja en el área de psiquiatría desde 1989, retirándose del sistema en el año 1995. Actualmente trabaja en una ONG, que realiza labores en educación de niños en riesgo social del sector sur de Santiago. En esta misma ONG realiza terapia privada, particularmente con niños. Además trabaja en la capacitación de monitores comunitarios en salud mental, y es director de una clínica psiquiátrica.

**Pablo:** Médico Psiquiatra. Con más de 40 años de experiencia, se tituló alrededor de 1954, ejerciendo como pediatra. En los sesenta se dedicó a

psiquiatría infantil y hoy ejerce como psiquiatra adulto en el Hospital El Peral.

**Mariana:** Médico Psiquiatra egresada de la Universidad de Chile, con experiencia como médico general en consultorios del área urbana y rural. Trabaja hace 2 años en el Instituto Psiquiátrico, realizando su beca de especialidad entre los años 96, 97 y 98, en una clínica psiquiátrica dependiente del hospital J.J. Aguirre.

**Paula:** Psicóloga, es funcionaria del Ministerio de Salud desde hace alrededor de 9 años. Trabaja en la implementación de las políticas relacionadas con la salud mental.



## 2.- METODO DE ANALISIS

Para el análisis, se considera que los entrevistados, al elaborar su discurso en la entrevista, entregan datos acerca de sí mismos como "... *miembros* de categorías sociales, grupos, profesiones, organizaciones, comunidades, sociedades o culturas... y, en la mayoría de los casos, en complejas combinaciones de estos *roles e identidades* sociales y culturales."<sup>219</sup>

En este sentido, el discurso de los entrevistados corresponde con su status de profesionales de la salud, y configurará la representación social que ellos manejan del proceso de Reforma de la Salud Mental en relación al trato hacia los enfermos mentales. Debido a que este estudio está definido como **exploratorio**, con el objeto de rescatar esta información, una primera revisión de las entrevistas se realizará buscando obtener una distinción de los **temas** que vayan apareciendo, definidos como **Áreas Temáticas**. Una vez organizada la información de esta manera, las áreas temáticas se desglosarán en **Categorías de Análisis** más específicas, que entreguen información particular acerca de las representaciones sociales manejadas por el personal de salud acerca de la Reforma de Salud Mental.

---

<sup>219</sup> Van Dijk, T.: El discurso como interacción social, 2000, pág. 22.

## CAPITULO IV ANALISIS Y PRESENTACION DE LA INFORMACION

### 1.- ANALISIS

La información recopilada a través de las entrevistas realizadas, tras una primera revisión, se organizó en base a una distinción de 5 Areas Temáticas, que son:

- I Conceptos Base
- II Evaluación de la Salud Mental en Chile
- III Reforma de Salud Mental:
  - Conocimiento
  - Evaluación
- IV Evaluación Acciones Referidas
- V Atención Ideal

En estas áreas temáticas se distinguen además partes específicas del discurso que pueden agruparse en categorizaciones. Así, por ejemplo, el área de Conceptos Base incluye declaraciones acerca de conceptos sobre la salud mental, la enfermedad mental, el enfermo mental y el profesional de salud, por lo que se considera operativo para el análisis la distinción en las categorizaciones mencionadas.

Por lo tanto, la información, es decir, las declaraciones y afirmaciones de los entrevistados, se expondrá en base a la distinción ofrecida el siguiente cuadro:

I CONCEPTOS BASE		Concepto de Salud Mental Concepto de Enfermedad Mental Concepto de Enfermo Mental Concepto de Personal de Salud
II EVALUACION DE SALUD MENTAL EN CHILE		Formación de Personal de Salud Calidad de la Atención Estructura Sector Salud Trabajo con el Usuario Enfermedades que se tratan Sectorización Iniciativa Personal Medición de la Atención: Eficiencia
III REFORMA DE SALUD MENTAL	I CONOCIMIENTO	Cómo → Proceso Por qué → Razones Para qué → Objetivos
	II EVALUACION	Efectos Problemas
IV EVALUACION ACCIONES REFERIDAS		Intervención Comunitaria Implementación de Redes Organización Intersectorial Entrenamiento de Personal y Agentes de Salud Comunicación Social Investigación Epidemiológica Rehabilitación Inserción Laboral
V ATENCION IDEAL		

### I CONCEPTOS BASE:

I a) **Concepto de Salud Mental:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la definición de salud mental.

I b) **Concepto de Enfermedad Mental:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la definición de enfermedad mental.

I c) **Concepto de Enfermo Mental:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la definición del enfermo mental.

I d) **Concepto de Personal de Salud:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la definición del personal de salud.

## II EVALUACION DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

II a) **Formación de Personal de Salud:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación al tema de la formación del personal de salud.

II b) **Calidad de la Atención:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación al concepto de calidad.

II c) **Estructura Sector Salud:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la estructura y organización de los distintos niveles del sector salud.

II d) **Trabajo con el Usuario:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación al trabajo que se realiza con las personas que sufren un trastorno mental.

II e) **Enfermedades que se tratan:** agrupa todas aquellas menciones sobre las enfermedades mentales que se tratan.

II f) **Sectorización:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la distribución geográfica de los servicios de salud.

II g) **Iniciativa Personal:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a este tipo particular de acción en salud.

II h) **Medición de la Atención, Eficiencia:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la medición de los resultados de la intervención en salud.

## III REFORMA DE SALUD MENTAL

### CONOCIMIENTO

III a) **Cómo → Proceso:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación al proceso de la Reforma de Salud Mental.

III b) **Porqué → Razones:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a los motivos de una Reforma de Salud Mental

III c) **Para qué → Objetivos:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a los objetivos de la reforma de Salud Mental.

### EVALUACION

III e) **Efectos:** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a los efectos provocados por la Reforma de Salud Mental

III f) **Problemas**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a los problemas que ha enfrentado la Reforma de Salud Mental.

#### IV EVALUACION ACCIONES REFERIDAS

IV a) **Intervención Comunitaria**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la intervención en la comunidad.

IV b) **Implementación de Redes**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la implementación de redes de atención de salud.

IV c) **Organización Intersectorial**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la organización entre los diferentes sectores del Estado.

IV d) **Entrenamiento de Personal y Agentes de Salud**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la capacitación de profesionales y miembros de la comunidad en salud mental.

IV e) **Comunicación Social**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la actividad de sensibilización social sobre el tema la salud mental.

IV f) **Investigación Epidemiológica**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la investigación sobre enfermedad y salud mental.

IV g) **Rehabilitación** agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la rehabilitación en el tratamiento de las personas con trastornos mentales.

IV h) **Inserción Laboral**: agrupa todas aquellas declaraciones en relación a la inserción laboral de las personas que sufren trastornos mentales.

#### V ATENCION IDEAL

En esta área temática se agrupan todas aquellas declaraciones en relación a aquellas actividades o situaciones que significarían una mejora en el trato hacia las personas que sufren trastornos mentales, que sin embargo no existen. Esta mención surgió espontáneamente en algunos entrevistados, y se refería tanto a la situación social de la persona con trastornos, como a la atención que recibe de parte de los servicios de atención de salud.

## 2.- PRESENTACION DE LA INFORMACION

La presentación de la información recolectada en las entrevistas se entregará, entonces, en el esquema presentado anteriormente.

### **I CONCEPTOS BASE**

a) En esta primera área temática, de conceptos base, en relación al **concepto de salud mental** encontramos:

"Eso tiene que ver con condiciones de vida, con salubridad, con educación para la salud, con trabajo en prevención... por ejemplo, lo que es la salud mental comunitaria, tiene un discurso opuesto: para lograr la salud de la comunidad, tienes que partir de la salud individual pero no entendiendo que si una persona se enferma es problema de la persona que se enferma, si no que el problema es que tiene que ser abordado por la comunidad. Y dentro de la comunidad, no es solamente la cuadra, ni es solamente la villa ni la población, sino que están metidas las instituciones que están funcionando dentro de la comunidad, que son las escuelas, el policlínico, la iglesia, la junta de vecinos, el club deportivo, el taller de la vieja de la esquina, el negocio de al lado, si hay una empresa también es la empresa parte de la comunidad, entonces vas involucrando más actores dentro de esto. Y el discurso es: vas involucrando más actores, puedes ir generando más recursos. Y al generar más recursos, puedes abarcar más acciones preventivas."(Patricia)

"algunas ONG que trabajaban en salud, ... con un discurso totalmente diferente, que era el de la estrategia en atención primaria, ... que hablaba de la importancia y del peso que tenía la comunidad en la recuperación de la persona, ya no entendiendo a la salud como un estado, sino como una cuestión dinámica. Donde intervenía desde la última vieja de la población, hasta el compadre más bacán del consultorio, el médico más top, estaban todos involucrados, y donde la palabra clave era la cosa de la calidad de vida." (Patricia)

"Entonces de a poco la gente empezó a darse cuenta que esta cuestión de la salud, ... había que mejorar la vida del cabro, y no solamente la vida del cabro sino que la vida de su familia, entonces ahí tocaban a toda la comunidad y entonces se involucraba mucha gente y era una cosa política que a las autoridades les picaba mucho."(Patricia)

"La idea del COSAM es precisamente trabajar en prevención y en promoción de salud, dentro de este concepto más global, que no es el niño enfermo, o el cabro chico con problemas el que tiene que ir a un centro x para que alguien lo intervenga, sino que primero es la familia la que tiene que hacerse cargo de este cabro chico, que tenga la

asesoría técnica de alguien que tenga las herramientas para trabajar el cómo, pero este cabro chico tiene que volver a su núcleo, entonces ese es el concepto, como bien elemental, que se trabaja en lo que es promoción" (Patricia)

"y en el fondo lo que estaba haciendo era promoción de estilos de vida saludable, para estas señoras que si teniendo una dolencia, tenían una manera diferente de enfrentar su malestar y no solamente estar acudiendo semanalmente al consultorio periódicamente. Y tenía bastante éxito porque de hecho había logrado rescatar varias horas dentro de la consulta del médico general" (Patricia)

"en general en salud mental ahí se involucra todo el mundo, porque todos hacen salud mental, todos. Ese es uno de los grandes cambios, digamos, de esta manera de enfocar la salud mental." (Juan)

"Porque el problema de la salud mental no es un problema de la salud, es un problema de la economía, es un problema del transporte, es un problemas de la urbanización, es un problema de todos, todo está ahí, tiene que ver con la salud mental" (Juan)

"Entonces yo te diría que el cambio social y económico genera espacios para que las personas entonces puedan expresarse en sus potencialidades" (Juan)

"Entonces, uno dice ojo, ahí falta mucho todavía con educar a la población ... en el autocuidado... La idea es que hay que educar a la población, y haría responsable de su salud mental" (Juan)

"considero de que la salud es un derecho... Ahora quien desea... por lo demás, la salud es un sistema de salud pública, que tiene que ver con todo el desarrollo de las personas, en cuanto no sólo a su bienestar físico, sino a su bienestar social, a su bienestar síquico, tiene que ver con el ambiente, tiene que ver con todo lo que significa nuestra sociedad... La salud tiene que ver mucho con más que la atención a una persona, es la atención a toda la sociedad" (Pablo)

"en una comunidad organizada, que cuente... con lugares en los que se fomente un adecuado desarrollo psicomotor, social, emocional, moral, todo influye en todo, si la sociedad está caminando bien, y las necesidades básicas están cubiertas, si hay paz, si hay respeto mutuo, si hay oportunidades, entonces, necesariamente hay una serie de elementos distorsionadores del desarrollo que se van a ir despejando, entonces va la patología se va a ir reduciendo, lo mórbido va disminuyendo, lo alienado" (Mariana)

“Acá se trata de mejorar calidad de vida (...) y cuando hay poca plata, tienes que elegir.”  
(Mariana)

“le arreglas el panorama social y la persona mejora ostensiblemente.” (Mariana)

“estar en otro espacio, un espacio que lo ideal, es que fuera de nuevo en la comunidad, en su casa, o con sus familias” (Paula)

“Uno tiene que estar viendo con vivienda por un lado, con trabajo por otro, se resuelve como integralmente el tema desde una política del estado” (Paula)

“estás dando estándares de calidad, que obviamente tienen que irlos incorporando, o sea, es como lo que pasó con las catastróficas, se ha visto un precedente en el sistema público que tuvieron que incorporarlo. Entonces, si tú vas a empezar a financiar todo esto para salud mental y psiquiatría, obviamente que vas a tener que hacer un precedente para las Isapres.” (Paula)

#### b) En relación al concepto de enfermedad mental

“Porque en un modelo super médico de lo que es la enfermedad, a ti te dicen que la enfermedad es un estado que yo lo trato, trato la sintomatología o trato la causa, si es que puedo, la trato, la curo, y se devuelve la persona a su núcleo.” (Patricia)

“La enfermedad no se la vas quitar, la patología, pero cada vez que se descompense, cada vez que tenga crisis, el compadre va a estar en mejores condiciones” (Patricia)

“Se iba manteniendo a raya la cuestión de la sintomatología y se iba manteniendo un seguimiento en como iba la familia retomando su vida con el paciente, entonces ahí tienes como los dos extremos bastante opuestos en que tu puedes ver como se maneja una misma patología.” (Patricia)

“La vivencia de la enfermedad se vive, y se vive absolutamente por cada persona” (Ana María)

“Y yo creo que eso previene mucho, mucho lo que es, no cierto, drogadicción y alcoholismo, y cosas que pueden conllevar además a enfermedades mentales más serias, o trastornos de personalidad, cosas que van en el ciclo social, digamos.” (Ana María)



"Dando a entender entonces, que hasta ese momento se vivía la enfermedad mental como con una vergüenza, por parte de la familia, y por parte del paciente con una necesidad como de esconderse, de esconder, de asilar, entre comillas al enfermo mental" (Juan)

"Porque al validar la enfermedad psiquiátrica como enfermedad, al validar la psiquiatría como una especialidad de la medicina, eso significa que hay una puerta a tomar la dignidad también del ser humano" (Juan)

"La enfermedad mental es una cosa bien dinámica, claro" (Juan)

"yo te diría que el cambio social y económico genera espacios para que las personas entonces puedan expresarse en sus potencialidades, pero también te genera esos mismos espacios para que aparezcan las debilidades, y ahí aparecen entonces los desórdenes emocionales. Toda la presión que hay" (Juan)

"todas esas enfermedades médicas un 80% tiene su raíz en un desorden mental, entonces, cuando llegan al médico psiquiatra, por que ya el médico no ha podido solucionar el problema, y el psiquiatra lo ve y dice, sí, usted necesita recuperarse" (Juan)

"Yo soy de la idea de que hay que evitar de irse a los extremos de pensar que todo lo vamos a resolver con remedios o al otro lado, como que todo va a ser si en la comunidad existiese tales y cuales condiciones no van a haber enfermedades mentales, o sea, las enfermedades tienen una vertiente biológica y una vertiente social que es innegable, y por lo mismo tú puedes actuar por las dos vías" (Mariana)

"yo creo que ha sido, la enfermedad mental ha sido el gran tema olvidado en este país. Yo creo que la enfermedad mental, así como todas las enfermedades no más, siempre han estado, y han sido como olvidadas" (Mariana)

(la enfermedad mental) "y en este momento están recién empezando como a tomarse en cuenta a raíz de algunos trabajos, donde se habla de (...) prevalencias altas, una de las más altas del mundo, aunque.. se han cuestionado mucho esos trabajo, o sea, si bueno, pero a qué llaman enfermedad mental, a qué llaman síntoma, una cosa es hablar de síntomas psiquiátricos, porque tristeza, euforia uno puede tener sin estar configurándose un cuadro clínico de peso, que requiere tratamiento, entonces, de partida qué estamos midiendo, de partida esas son las discusiones respecto a lo que se ha hallado, pero cuándo el río suena es porque piedras trae" (Mariana)

(Sobre la depresión) "en una patología alta, es un problema prevalente, con enormes repercusiones, en que una madre enferma, no solamente está enferma ella, digamos, eso"

repercute en la familia entera, en la configuración de la personalidad del hijo, en el trabajo, porque tiene que dejar de trabajar, o sea, es una patología que a lo mejor no es muy llamativa desde lo individual, pero desde las repercusiones, desde lo social, es muy, muy complicada. La productividad baja, actualmente la tendencia es a mirar las enfermedades como un... la repercusión económica, bueno, en esta perspectiva es como algunos psiquiatras han encontrado como la clave para mostrar que esto es grave" (Mariana)

"está con depresión, hay que tratar la depresión y listo el problema" (Mariana)

"tenían problemas emocionales, trastornos emocionales o tenían una depresión, entonces la idea era partir pesquisándolas en ese nivel, y no esperar, y no seguir tratándolas como si fuera una morbilidad, o un problema físico, sino que ir buscando como la raíz" (Paula)

#### d) Sobre la categorización concepto de enfermo mental

"pero la gente tiene super estigmatizado al paciente psiquiátrico, porque son hediondos, porque son molestosos, porque son destartalados, por toda la cosa social que tienen deteriorada" (Patricia)

"la persona loca, no es que, loca, la persona con una enfermedad mental no es que sea desaseada porque quiere, sino porque de alguna manera se empieza a deteriorar todo lo que es la autoimagen, se pierde el referente social" (Patricia)

(en el enfermo mental) "el contacto con el otro pierde valor para la persona, entonces me importa un pito si yo te caigo bien o no, que si tu me entiendes cuando te hablo o no, entonces se pierde todo lo que es las habilidades básica para que una persona se desenvuelva bien en la comunidad" (Patricia)

"el estado invierte la plata para mantener una mancha de locos que no producen nada" (Patricia)

"pero cuando yo trabajaba, el discurso era que el enfermo mental es básicamente un discapacitado, más que un discapacitado un incapacitado, que genera gasto. La diferencia, es que por ejemplo, cuando se cambia la concepción del enfermo mental, en términos de entender que un enfermo mental va a ser enfermo mental siempre, .. por lo tanto si puedes mejorar la calidad de vida de ese enfermo mental no solamente mejoras la calidad de vida de ese enfermo, sino la de la familia, que va vas a tener menos incidencia de trastornos dentro de la misma familia que pueden derivar en otras patologías mentales, que vas a tener menos incidencia en la vida laboral de esa misma familia porque no va a

haber ausentismo porque la mamá se quedó cuidando al enfermo, que se descompensó” (Patricia)

“porque cuando tú pones un psiquiatra en una población se te llena de viejas locas, instantáneamente, están todas locas, no sabes como, pero están todas así, enfermas. Y tenía un sicólogo también, todas las viejas llevaban al cabro chico al sicólogo” (Patricia)

“eran cabros super deteriorados, porque vivían abandonados en la calle, eran muchos cabros que se paraban en la vía del tren a pedir plata. Y varios eran los cabros que los tenían super estigmatizados como los neopreneros, los pastabaseros, entonces además estaba el cuento de la delincuencia también metido por ahí” (Patricia)

“ayudar a que la persona se considerara persona, y con derechos, como cualquier otro, y con oportunidades también y un trato digno” (Ana María)

“los miembros de este lugar son todos miembros, (con) los mismos derechos de expresión, por lo tanto los programas se definen con ellos, se definen en conjunto, se evalúan en conjunto y la intervención es individualizada de acuerdo a los objetivos personales y (...) por supuesto, para los objetivos comunes” (Ana María)

“La mayoría de la población, digamos, de la población que uno trabaja en esta gran cosa de la psiquiatría, requeriría una mayor parte rehabilitación, y un acercamiento psicológico más de apoyo, o de planificación, de que, planificación del quehacer, del sentir, del desarrollar la autoestima, a través de la experiencia personal, y también el contenido más, o sea, resolver conflictos más profundos” (Ana María)

“compensada la persona siente toda la experiencia ambiental, es que como cualquiera, es persona igual que todos, te fijas, y siente el rechazo, siente, y eso va creando un círculo de desconfianza en sí mismo, y por lo tanto, se empieza a crear toda esa cosa no inicial, todo lo que es, lo que deja la desconfianza personal. Miedo a iniciar, miedo a elegir, miedo a hacer, ambientes desprovistos de oportunidad, también” (Ana María)

“Te digo, personas que tienen un hijo de 30 años con sicopatía seria antisocial, y lo mantienen porque es su hijo, cachai, y que no saben hacer, hasta que reciben educación de cómo manejar y cómo hacerse valer por ellos mismos. ... De partida, cuando tú vas a internar, las personas van a internar a su hijo, va o chiquillo que quiere internarse, voluntario, es cuando no dan más, cuando el hijo está agresivo... si tú ves las causas de internación, es eso: porque va estaba agresivo mi hijo, porque no sabíamos cómo defendernos, porque el pobre lloraba y se quería suicidar, porque no daba más con las voces, cachai, o porque no sabían por qué estaba tan triste y no se movía de ahí. Porque

estaba tan escondido en su cama que no comía nada, que estaba va raquítico" (Ana María)

"digo el estigma, estamos todos participando, incluso la persona con el problema, todos, la familia, la persona, nosotros, en especial, y marco, el personal" (Ana María)

"de hablar del paciente mental, del enfermo mental como un asilado dentro de su propio país. Dando a entender entonces, que hasta ese momento se vivía la enfermedad mental como con una vergüenza, por parte de la familia, y por parte del paciente con una necesidad como de esconderse, de esconder, de asilar, entre comillas al enfermo mental" (Juan)

"Entonces, la reforma se veía como un paso de volver la categoría de enfermo, y la dignidad que eso conlleva, que es un ser humano que se enferma, no importa el órgano afectado, sigue siendo un ser humano" (Juan)

"el paciente psiquiátrico sigue viéndose como un asilado en su propio país. ... no se quiere hablar mucho de ello, porque provoca un cierto grado de vergüenza. De hecho ir al psiquiatra, uno le da tanta vuelta para que no digan que uno está loco, más o menos" (Juan)

"uno se enfrenta también a la otra situación, de pacientes que viene con reticencia para acá, que necesitan una licencia médica, pacientes que dicen doctor, un favor, si usted le pone ahí lo que tengo (...) me echan, entonces, uno se da cuenta que hay un doble estándar, ya, todos hablamos de apoyar, cierto, al débil, que tiene cierta fragilidad, ya, al que es diferente, pero ove, que me toque a mí hacerlo" (Juan)

"en que el enfermo pudiera estar dentro de la colectividad, cierto, tratado como cualquier enfermo dentro de la colectividad, y en los casos muy agudos, cierto, tener los medios como camas de agudos para rápidamente integrarlos de nuevo a su medio social" (Pablo)

"y este tipo de paciente, llegado el momento se va de alta y no siempre cuenta con un psiquiatra en su zona geográfica, ese es el problema." (Mariana)

"Un enfermo, un paciente puede dejar de trabajar, un crónico, un paciente psiquiátrico crónico, puede, deja de trabajar, deja de producir, para toda su vida, digamos, y si el tipo de trata, claro, en el minuto va a parecer como un costo alto, que se va a invertir en él para mejorarlo, pero a la larga a este sujeto se le está permitiendo producir, desarrollarse como persona, y en fin, todo lo que significa vivir en el fondo" (Mariana)

"Existe el estigma del paciente psiquiátrico loco de patio, de atar, el enfermo que pasa siglos, años en los hospitales, que al salir deja la escoba, que la familia no lo quiere, no quiere nada con ellos, y que hace lo posible por desentenderse, y los trae de vuelta o les quita los remedios, bueno, eso es como más mítico, eso sí pasó en algún momento de la historia, en donde la patología no había como manejarla porque no se sabía nada de cómo funcionaba la cabeza" (Mariana)

"porque la misión, por ejemplo, en un servicio de agudos, que es la idea de un hospital, es tenerlos ahí mientras están absolutamente descompensados y no se puedan manejar, pero no tenerlos mientras estén enfermos, porque significaría tenerlos para siempre, que es el concepto antiguo, la idea es hospitalizarlos mientras lo necesiten y luego un alta con control ambulatorio, esa es la idea digamos" (Mariana)

"Generalmente estos pacientes andan haciendo desorden en la calle, los lleva carabineros: hospital. Son un problema social, pero quedan rotulados como problema médico y hasta ahí llegó la cosa" (Mariana)

(sobre los pacientes sin una red de apoyo) "esos pacientes como que no tienen cabida, porque hay pacientes psiquiátricos que pueden compensarse y volver a la sociedad, a sus familias, fantástico, o que quedan tan bien que después de un corto periodo de apoyo y después se las pueden ir arreglando solos, okay. Los que pueden recuperarse son personas que pueden hacer una vida más o menos normal, hay otros que no se recuperan tan bien, pero pueden por sus familias ser ayudados, hay otros que quedan mal pero la familia los acoge, alguien se hace cargo. Pero que tal con aquellos que andan pésimo, que los hay, son (...) crónico, y son crónicos y no hay nada que hacer, pese a toda la farmacoterapia nueva, te estoy hablando, digamos, estoy hablando de casos en los cuales los últimos (...remedios) no sirven, porque existen casos en que no sirven, no más, que no son la panacea para esas personas. Adónde los mandas" (Mariana)

"allá me han tocado algunos casos que ya he visto, que andan más o menos bien, más o menos estables y vuelven, porque no hay un soporte social" (Mariana)

(en las clínicas psiquiátricas) "he visto gente bien preparada, bien responsable, y con harta dignidad para el paciente, o sea, no porque sea loco tiene que estar recluido en un lugar con pocas condiciones higiénicas, me entiendes?" (Mariana)

(el paciente psiquiátrico) "este personaje tú lo mandas de vuelta y con suerte tiene un médico general, que va a dar prioridad por supuesto al, por supuesto digo, que distorsión, que va a dar prioridad a cuestiones como urgentes, porque urgente e importante no son sinónimos, entonces, que se yo al parto que viene encima, o que se yo, a neumonía de un"

niño, y esto que es de salud mental, bueno, no se va a morir hoy, por esto, por lo tanto queda pendiente, queda pendiente, y cuando lo llega a ver, pucha no tiene ni siquiera el diazepam" (Mariana)

"cuando tú tienes una cantidad de pacientes postrados por ejemplo en los hospitales psiquiátricos, y eso no debieran estar ahí, porque no corresponde, o tienes personas que están muy viejas, que en el fondo están por viejas a esa altura, no porque requieran un plan psiquiátrico ... El problema es que muchos de estos pacientes crónicos por años, a esa altura ya no tienen, no ha ningún soporte fuera del, o sea, familia ya no hay, no existe con quien..., entonces, va haber un grupo que va a requerir este espacio, este dispositivo por, a lo mejor, de aquí hasta que se muera. En general, es una población envejecida la que se da los crónicos" (Paula)

"No ha habido ningún problema en ninguna comuna, ningún sector donde haya una casa con personas que tienen problemas psiquiátricos severos, no ha habido ni un problema" (Paula)

(sobre el enfermo psiquiátrico) "mostrando que la gente en realidad no es peligrosa. Entonces, yo creo que se han ido dando espacios como para quitarnos un poco este estigma tan negativo" (Paula)

"una persona que tiene un problema psiquiátrico en el nivel socioeconómico alto no, como que la cosa tiene un, es distinto cómo se da el tratamiento de eso, digamos, y la evolución de eso, o sea, es más individual, es más desde la familia, que decide ciertas cosas, que lo interna cada cierto tiempo, que le va buscando como, pero es más desde la familia y desde lo individual, no es una cosa más, que tenga que ver con un entorno más social, entonces... te va afectar igual en términos de tu trabajo, de que te echen y de montón de, claro, o que te nieguen la licencia, no por supuesto" (Paula)

#### d) En relación al **concepto de personal de salud**

"que cambió el ordenamiento general de lo que era terapia, por esto mismo, porque empezó a salir gente, entonces se empezó a valorar más los que se estaba haciendo desde terapia ocupacional en términos de que el terapeuta no es el profesional que anda con el loco para acá y para allá y que le enseña un poquito de carpintería y un poquito de manualidades, porque al final uno aparecía dentro del equipo como un monitor de artesanía, el terapeuta de partida, eran super hábiles con las manos, todos, hombres y mujeres. Terapeuta que había era bueno para la carpintería, era bueno para el macramé, era bueno para la pintura, para que se yo, el bauern, para lo que fuera, era como el

monitor, pero que andaba con delantal, no se estaba valorando en realidad que lo que tu estas haciendo es un entrenamiento pero no en la técnica, no en el oficio" (Patricia)

"el médico como profesional tiene la película clara de ahí para abajo, todo emana de él, tiene el poder de decisión, de intervención, de todo, y es enfermo de paternalista porque yo médico te rescato a ti que estás enfermo, te mejoro y te vas, chao, esa es toda nuestra relación, es una relación de usuario. La relación médico paciente es una relación de usuario, tu me compras el servicio, yo te doy el servicio, tu me pagas y te vas" (Patricia)

"porque somos a los que las personas recurren, cachai, primero, entonces nosotros somos los que deben acoger y deben darle una visión y una alternativa a la persona y algo que por lo menos, leer, algún tipo de información, que si no tiene tiempo el médico, tenga la mano para poder entregarle, mira lea esto primero, léaselo con el terapeuta ocupacional en el consultorio, que se yo, una sesión de educación, con la asistente social otra vez, que se yo, según la capacidad que tengan, te fijas, yo creo que con eso, yo creo que los profesionales estamos, estamos ahí, muy, muy necesitados de entender, profundamente, de vivir eso, de vivir" (Ana María)

"en este caso, la acción médica es parte de la acción de todo el personal de salud" (Juan)

"que es importante, en todas partes, o sea, donde haya más de una persona funcionando tiene que haber trabajo de equipo. Un trabajo en el cual hay roles, hay funciones, que están distribuidas, y en el cual también, con suficiente flexibilidad también como para poder adaptarse a los cambios en el equipo que pueden suceder en algún momento, es necesario" (Mariana)

## II EVALUACION DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

### a) Sobre la formación de personal de salud

"las enfermeras, sí, por lo menos, cuando yo estaba estudiando, las enfermeras que yo conocía, las estudiantes, sí tenían mejor formación en lo que es promoción y lo que es prevención" (Patricia)

"Y los otros que están también preparados para eso son los psicólogos, por una cuestión como...(...) los psicólogos donde los veas te arman un grupo" (Patricia)

"el médico normalmente atiende. Atiende, atiende, atiende, atiende y dirige. Su es director dirige, y también atiende. Pero el médico que no es director de consultorio, va a atender" (Patricia)

"es que yo creo que esto tiene que ver con la formación. Porque ponte tú, en Melipilla yo de repente me colé a algunas reuniones de equipo, y por ejemplo salía la matrona hablando que llegó la señora no se cuánto, que era media conocida en el consultorio, que llegó la señora x pidiendo no sé qué, que necesitaba hacerse un examen urgente porque, estaba enferma o porque no sé que cosa. Entonces, de repente hablaba o pedía la palabra la tecnóloga médica y decía sí, sí a mí también me estuvo molestando porque me estaba pidiendo que por favor le hiciera algunos exámenes y no tiene orden, y como la voy a atender.. y de repente, a mí me llamó la atención porque sonaba como que esta persona, en vez de pedir hora al médico, como que irrumpía por los boxes del consultorio y hablaba directamente con el profesional x y le demandaba una atención. Entonces caché que la sicóloga dijo, ove, dijo, pero acuérdense que la señora Pepita tiene un trastorno depresivo, entonces cada vez que la señora Pepita se siente mal, se inventa alguna enfermedad y viene donde a alguno de ustedes a pedirle hora. Entonces ahí tú cachas que hay una diferencia de formación, o sea, a la tecnóloga médica el día del nispero se le iba a ocurrir que la señora estaba en una fase depresiva de estado, que por eso se sentía mal y le exigía que le tomara un examen de sangre. Ella, como tecnóloga médica, lo primero que pensaba esta vieja está loca, como se le ocurre que yo le voy a hacer un examen de sangre si no tiene orden médica. Y para ella todo su drama era que la señora le pedía exámen sin orden médica, entonces la mandaba donde el médico. Entonces el médico le decía, ésta señora está sana, no tiene que hacerse ningún exámen. Entonces ahí tu ves la diferencia de formación" (Patricia)

"sí, yo pienso que es como una parte de la base de la educación, de todas las áreas, de todos los funcionarios. (...) profesionales están por ejemplo, la terapia ocupacional, podrían también ejercer con más seguridad, ya, y tener más formación en lo que es terapia ocupacional, no tanto en la psiquiatría, te fijas, o en las otras disciplinas. Las otras disciplinas de la salud también, los psiquiatras también deben tener una mejor formación en lo que es rehabilitación en las otras profesiones y también en ellos como parte del equipo y no como un pedestal, digamos en esa forma. Y eso pasa en todos lados del mundo. Ahora, mi experiencia, por ejemplo ahora, nosotros en un centro privado, que tiene esta base, nosotros formamos equipos con todos los médicos" (Ana María)

"entonces yo creo que también es de las otras disciplinas acercarse a las personas que han sido jefes del equipo en el fondo, entre comillas, mucho tiempo. Creo que es responsabilidad de todos eso. Siempre cuando educo terapeutas les digo que tienen que fortalecerse y tienen ellos que hacer un buen trabajo, para poder llegar, y cuando educo



médicos, humildemente les digo, pero fuerte, que en realidad, tienen que buscar este proyecto en las otras disciplinas" (Ana María)

(sobre el cambio en los métodos y objetivos de la rehabilitación) "(en) enfermería, que es el nivel que cubría, te fijas, y ellas son las personas encargadas de enfermería, de negociar, a cumplir, a ver los resultados, sentirse bien, con los jefes de enfermería y toda la cosa, y de ahí empezar a, la rama de psicología que es muy difícil, verdad, la rama de psiquiatría, en realidad, al final, comprobó que, se dio cuenta, ahora, igual le pasa" (Ana María)

"sí, igual si es que hay profesionales, o que se yo, yo creo que pasa lo mismo, no hay diferencia, entre los países, por lo menos occidentales, no hay diferencia en cuanto a la formación de los roles, que tienen que ocupar, y, yo siempre he visto, por ejemplo, lo que me toca a mí de educación de terapia ocupacional, que uno de los principios de la terapia ocupacional es el sentido, es la búsqueda de sentido con la persona, para ellos, te fijas, con ellos, con, no para, y las posiciones están hechas de distinta forma, en enfermería la educación es para, no cierto, para la persona, el cuidado para, el cuidado a , ya, el psiquiatra también, es hacer para, digamos, el cuidado a la persona, y el terapeuta ocupacional tiene como principio hacer con, codo a codo, te fijas, la rehabilitación es (...). Y ahí hay una, hay una diferencia, en la formación. La parte asistente social también, es un servicio para la persona." (Ana María)

"fíjate que yo creo que ahí depende de cada equipo, a mí me tocó la suerte de funcionar con un equipo que no era verticalista en su trabajo, nosotros las reuniones clínicas que teníamos por ejemplo en el Sótero del Río, toda la gente participaba y opinaba, hasta, no sé, hasta la persona que daba la hora, me acuerdo, ella, que era un auxiliar de servicio, fíjate que ella conocía también a las personas, era motivo de consulta también muchas veces, como iba esta paciente, quién vino a pedir la hora, si vino ella, vino otro familiar, son antecedentes que sirven para ir determinando un diagnóstico... pero no se podría generalizar al resto" (Juan)

"en mi propia formación médica, me di cuenta que tuve, un año sicología, un semestre sicología médica, otro semestre de sicopatología, y un año de psiquiatría. Entonces fíjate, que uno junta todo eso y hace dos años. Lo cual es hartito, pero en horas, comparado con otras especialidades, tú te das cuenta que es poco, considerando que el gran gatillo de los otros desórdenes médicos, en general están relacionados con la salud mental. Entonces sí, en ese sentido es poco. Y lo otro que uno ve en los médicos ahora, es que los médicos generalmente, se seducen más por la cosa tecnológica, entonces oye, cuando salió el último sistema de ecografía, de ultrasonido, lo diagnósticos ya cada vez más (...) que se van haciendo, lo cual es bueno... entonces de repente entran en un ambiente donde la cuestión no hay, no hay exámenes, como tú haces un diagnóstico de un cuadro

angustioso, bueno, escuchándolo no más, y eso ahí va mucho la experiencia del propio colega, entonces, yo creo que ahí entonces es donde está un poco la falencia. Porque, volver a la psiquiatría un poco es retroceder en el tiempo, volver a la psiquiatría de cabecera, volver a la medicina de cabecera, donde tú escuchas al paciente, te fijas, entonces, yo veo, fíjate, un par de pacientes que me vienen a ver a mí, porque yo tuve experiencia como médico general también durante muchos años, entonces viene a hablarme de sus enfermedades no más, y a preguntarme a mí, que hago doctor, me tomo e remedio que me dieron o no, pero yo digo, si se lo dio el médico, como no lo va a tomar, es que sabe que no me examinó, me dio un remedio, me mando para afuera y no me dió nada más. Entonces ellos necesitan que alguien valida ese acto médico, y viene para acá, imagínate” (Juan)

“yo creo que se necesita mejorar la educación de pregrado, incluso la beca, te diría yo. La beca de repente... también hay falencias en la preparación en las becas en psiquiatría, uno no alcanza todo lo que quisiera ver” (Juan)

“los sistemas de salud que dan docencia... es cuestión que uno vea que ha pasado con los maestros de la psiquiatría se han ido o han ido envejeciendo y no se ha ido renovando ese tipo de cargos con gente que tenga este talento, entonces las cátedras ahora no giran tanto entorno a una persona, sino más bien giran en torno a un puesto” (Juan)

“mi formación, ahí no puedo hablar por todas las... según mi experiencia, yo me formé en una escuela en la cual el trabajo, se prepara al médico, al que estudia medicina, pregrado, que va a salir como médico general, que es lo que todo el mundo hace antes de ser especialista, en mi universidad, está formado, o se estaba formando, no sé ahora. Pensando que la persona que iba a salir como profesional iba a integrarse a un equipo, y más aún, o sea, forma con la intención de formar médicos generales que se van a ir a trabajar al campo, o a lugares alejados, en donde va a contar con una, dos o tres personas más y, y eso es todo lo que va a haber, por lo tanto va a tener que adecuarse a esta realidad, va a tener que sacar el máximo provecho, y entonces, la mentalidad imperante en mi pregrado era como de primero formarse para ser alguien que trabaje en, como en la primera trinchera, y que sea capaz como de resolver, aquello que en este minuto sea de su resorte y según la experiencia que va acumulando con el tiempo, ir viendo cuál es la especialidad que va a elegir, es decir, eso, yo encuentro que eso es como lo valioso, en formar médicos, en mi caso, digamos, mi profesión es médico, formar alguien con criterio suficiente como para poder ser capaz de abordar el tema de la medicina amoliamente, y luego, de ir conociendo, irse encauzando, pero partiendo siempre de la realidad más cruda y básica de la población, o sea no, esto de formar médicos o profesionales que van a salir del aula universitaria a la clínica, saltándose todo lo que hay entremedio, como... puede ser muy válido para esa persona, pero en contextos como de comunidad social, no tiene mayor impacto, como que no deja mucho” (Mariana)

(sobre la formación médica) “yo creo que la formación de pregrado en Chile es buena. Varía la orientación, según la universidad, digamos, sobre cómo y que instrumento de la psiquiatría hace énfasis, si más en lo ambiental, si hace más énfasis en lo biológico, pero entrega herramientas. El punto es que no hay suficientes, siempre falta, en los consultorios, alguien” (Mariana)

“(es) importante cautelar la formación de especialistas, porque en Chile existen básicamente dos vertientes, o sea los especialistas que han estudiado el postgrado, y se han sometido a exámenes y a un currículum bien riguroso y formativo, y otros que son formados de manera más experimental, por decirlo así, que han optado por un área, y esto es en general, (...) que se han ido quedando ad honorem, después han ocupado algunos cargos, y han empezado a aprender solos, y muchos de ellos muy bien, o sea, con grandes capacidades, con mucha posibilidad de estudiar y autoexigirse. Otros con bastante suerte han tenido gente muy valiosa cerca que les ha enseñado, pero también hay otros que no han contado con docentes o con tutores adecuados, o y que no han tenido suficiente rigurosidad en su formación, entonces, el nivel profesional se ve disparate, es disparate, no es homogéneo, entonces, y en eso te diría yo, hay actualmente una tendencia como a uniformar, es decir a pedir que quienes trabajan en una especialidad sean validados por universidades, o en su defecto, quienes no han hecho el postgrado, que hayan trabajado un tiempo suficiente y hayan sido evaluados por una comisión que los califique, porque, en el fondo, si estás trabajando con patología que requiere de alguien que esté en conocimiento de lo que trabajan, es iluso pensar que alguien que no cuenta con las herramientas pueda dar solución a lo que tiene que solucionar. Y es un costo en recurso humano perdido” (Mariana)

#### a) Sobre la categorización calidad de la atención

“la calidad y la, la calidad de la atención, tiene una visión más amplia, más integradora, con el modelo, y no ven solamente habilidades, sino que ven de todo, la motivación, el ambiente, entonces pueden integrar esa visión. Ellos me lo han dicho, no estoy diciéndote porque yo lo enseñé. Eso, y bueno, yo creo que se puede hacer más” (Ana María)

“calidad, mejorar la calidad de atención, y sobre todo trabajar a nivel de, hacer un manejo de, ojalá profiláctico” (Mariana)

#### a) Sobre la categorización estructura del sector salud

Sobre los COSAM: “empezó a mutar el cuento de los centros de adolescencia y se llegó a esta otra cosa que son los COSAM, que son los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar,... , se empezó a transmitir en la estrategia de atención primaria, pero quedó la

para coja del financiamiento, como se heredó la municipalización de la salud, los COSAM quedaron dentro de lo que era el ámbito municipal, para todo lo que fuera presupuestado. Entonces había, por un lado, una dependencia técnica del Ministerio de Salud, pero el Ministerio de Salud no estaba dando ni uno para mantener los equipos. Como dependía de los municipios, los municipios estaban en la libertad de dejarlos que siguieran funcionando o de cerrarlos según las propias necesidades, y según el discurso político del alcalde.... Hubieron otros que pudieron seguir funcionando con bastante éxito, pero la cuestión del financiamiento fue determinante en que en algún minuto de la historia empezaron a desaparecer igual. Ahora quedan bastante menos, de lo que eran" (Patricia)

"el COSAM depende para todo, igual que cualquier consultorio, de las municipalidades, en lo que es financiamiento y en lo que es lineamiento técnico, o sea el COSAM hace lo que la municipalidad le dice. Si el alcalde te lo cambiaron porque hubo campaña y no salió reelecto, y el alcalde nuevo no está ni ahí con rehabilitar locos sino que se quiere dedicar a trabajar más en drogadicción, la comunidad terapéutica atenderá drogadictos" (Patricia)

"yo cacho que el nivel central perdió mucho espacio también, o sea, si la municipalidad es la que pone la mayor cantidad de plata, al final es la municipalidad la que decide si la cosa funciona o no funciona. Y a la municipalidad, como una cuestión también política, le conviene mucho más redistribuir todas las platas que se le estaban vendiendo vía COSAM a los consultorios que es una cuestión que si, toda la gente apoya, a ninguna vieja se le va a pasar por la cabeza cerrar un consultorio en vez de cerrar un COSAM. Entonces es una cuestión casi de panfleto" (Patricia)

(el personal de salud) "pero hay que entenderlos a ellos, han estado en un sistema directivo, también los enfermeros, las enfermeras están ordenados a mantener el orden, cierto, la limpieza el orden, la limpieza el orden, la institución tiene prioridad" (Ana María)

"cada vez la atención primaria se alejó más del hospital, por qué, porque dependieron los grupos de atención primaria, dependían entonces de las corporaciones municipales. Las corporaciones municipales están muy influenciadas por el dinero, por la visión que tenga el equipo de la corporación, y habitualmente la visión del equipo está regulada por la cantidad de dinero que se tenga para invertir en el trabajo que se quiere hacer" (Juan)

"la salud es un sistema de salud pública.... una cuestión preferente del estado" (Pablo)

"en el Servicio Norte, se trabaja con Arcoiris, y se trabaja hace muchos años con ellos, es como una agrupación que es del extrasector, pero que trabaja en conjunto, o sea, hay

varias experiencias en el trabajo en conjunto.( esa relación)...claro es la relación con el servicio principalmente, claro" (Paula)

(la reforma de salud mental es) "un proceso que es más interno, de la gente que trabaja en el tema, en que lo apoya el ministerio, pero es un apoyo que tiene que ver con, va sí, está bien, está bonito el plan. Pero sí como tema, se incorpora en la reforma de salud" (Paula)

#### a) En relación al trabajo con el usuario

"Pero sí hay un, de integración comunitaria o de un enfoque con los miembros del club, por lo menos los principios generales de la pertenencia al club, la pertenencia al lugar y la participación activa" (Ana María)

(en el COSAM) "ahí la intervención era principalmente en actividades grupales, se hacían actividades recreativas, se hacían actividades culturales con los cabros, actividades como de desarrollo también, de desarrollo personal en habilidades sociales, en habilidades prelaborales, más que laborales, todo lo que es presentación personal, lo que es manejo de vocabulario, manejo de servicios públicos, toda esa parte la entrenaba también la misma terapeuta, y por las habilidades del grupo creo que alcanzó a trabajar en lo que era la parte más laboral, más de capacitación laboral, como con dos no más, que eran los que estaban como mejorcitos" (Patricia)

(en el COSAM) "Y por otra parte, habían también talleres más laborales, siempre partiendo como de la parte más de manualidades" (Patricia)

(en el COSAM) "entonces la idea era que las personas que podían, como es comunidad terapéutica, la idea es que las personas que pueden salir a trabajar y hacer la mayor cantidad de actividad posible en forma independiente, salgan de la comunidad, y van solamente a aquellas actividades que son de apoyo" (Patricia)

"La mayoría de las familias cuando llegan incluso de los medios altos, llegan realmente trastornadas, por el hecho de no haber tenido información a tiempo, cachai, cuando el hijo tenía ponte tú, 12 años y empezó a estar raro, o empezó a aislarse, y es la misma descripción, ir de médico en médico, de médico en médico, cachai, y no tener la información adecuada" (Ana María)

"Entonces lo que obligaba dentro de la psiquiatría era recurrir a la farmacoterapia, entonces lo único que alcanzabas a hacer en 15 minutos era preguntarle como le fue, se mareó, no se mareó, le dio sueño no le dio sueño, y aumentar la dosis o bajar la dosis, y

para afuera, que viene el otro. Entonces el paciente psiquiátrico, en general, en ese tipo de medicina, no puede ser tratado (Juan)

#### a) Sobre la categorización enfermedades que se tratan

"patologías serias como la esquizofrenia, y como otras, la depresión, por ejemplo que es una de las mayores, y que han salido fármacos que realmente han permitido, aunque son caros, pero han ido saliendo más, digamos, que han permitido nuevas alternativas, para las personas. Pero, yo creo, lo que pasa, es que se ha estado hablando más. Hace 7 años atrás empezó a hablarse de la esquizofrenia, por lo tanto, han aparecido, no cierto, personas a tratamiento. Ahora nuevas, no sé, hay nuevas clasificaciones más que nada, pero, yo creo que la depresión ha aumentado. La parte depresión por ejemplo, por esta cosa del stress, en Santiago, es lo que se ha visto más aumentado. El aumento de las esquizofrenias yo creo que no es aumento, es que las personas se atreve a ir. Las familias se atreven a ir porque las familias están más organizadas, porque se comenzó a hablar" (Ana María)

"en psiquiatría es la parte del niño. O sea, acá antiguamente no se concebía un niño de la parte psiquiátrica. Pero cada vez es más frecuente, la gente se va haciendo más a la idea que los niños se deprimen. Yo te diría 10 años atrás, 20 años atrás, si tu hacías el diagnóstico de depresión en un niño, se reían de ti, porque un niño no se puede deprimir. Hoy en día ya es aceptado, que la depresión es una realidad en todos los grupos etarios. Desde los viejitos, muchos viejitos tratados por demencia, están deprimidos, entiendes, es depresión lo que tienen. Y muchos niños con problemas de... de ajuste conductual en el colegio, por ejemplo, es depresión." (Juan)

"eso se ha dado por, a ver, en el tema depresión se han hecho, estudios" (Paula)

"el tema de alcohol y drogas, en que también tenemos una visión importante en el fondo" (Paula)

"Y el tema violencia también" (Paula)

#### a) Sobre la categorización de sectorización

"el problema es que nosotros somos un hospital que dependemos del área sur. pero la mayoría de nuestros enfermos son del área suroriente. El área sur ha trabajado muy bien en esta implementación, en tratar de organizar camas de agudos, en un hospital general, que permita, como cualquier enfermedad, recuperarse rápidamente y volver, cierto a su medio social, están estableciéndose las redes como para que esto suceda en la vuelta, en

una atención secundaria como la nuestra, de alta complejidad, y el área sur oriente muy mal organizada, con muy poca preocupación por la salud mental, y entonces las redes no se organizan, los medicamentos no existen en el área prácticamente los que nosotros usamos, son medicamentos caros, que necesitan un presupuesto mayor" (Pablo)

### c) Sobre la categorización iniciativa personal

"Además la colega, tenía la gracia de que ella había trabajado en el Hospital Psiquiátrico de Putaendo, y ella había trabajado harto tiempo en ese hospital y estaba super a caballo de lo que era el manejo de cómo formar una comunidad terapéutica" (Patricia)

"después este cabro empezó, con la ayuda de una asistente social por ahí también, empezaron a trabajar en el mismo departamento de salud. Que fue como una cosa siempre así como con favores, o sea, por favor, tengo un cabro con una esquizofrenia de tal tipo, tiene tal edad, lo entrené para tal cosa, déjame que vaya con él a tu oficina, ya. Entonces lo empezaron a capacitar de esa manera" (Patricia)

"en ese caso particular fueron movidas de la terapeuta, fueron movidas de la terapeuta que convenció a la psiquiatra para que como directora del COSAM, se relacionara a su vez con la directora del departamento de atención social para que les dejara un huequito, pero no era política del departamento de salud capacitar a los compadres, porque esos eran los objetivos personales que tenía la terapeuta con su comunidad terapéutica" (Patricia)

"sí, eso son iniciativas personales, o porque a alguno de los profesionales del equipo se le ocurrió, o porque está dentro del lineamientos del equipo. Pero son iniciativas super particulares" (Patricia)

(la reforma depende de motivaciones personales) yo creo que en este momento sí. En este momento, porque no, porque todavía no se ha construido, digamos, no se ha podido, porque recién empezó, a construir, pero es cosa de años, como dice Minoletti, una planificación de años, que ojalá se pudiera mantener el personal que ha iniciado, con ganas, y depende mucho (...) la motivación y cómo las estrategias que existen en diferentes hospitales, las diferentes redes, las estrategias hacia los profesionales, que los hagan participar y poder, también sentirse eficaces en lo que están haciendo, en participación" (Ana María)

"la otra novedad en la clínica nuestra es que nosotros somos la primera clínica que abrió una clínica infantil!...ahí estamos haciendo un trabajo que yo te diría que es como pionero,... Entonces ahí estamos innovando y eso hace que sea diferente el manejo de los niños y de los adultos" (Juan)

#### h) Sobre la categorización de medición de la atención

"tenías que estar demostrando eficiencia, y la eficiencia se mide en números, en cantidad. Entonces mientras más gente tú atendieras en el año, mientras más gente movieras, el COSAM era mejor. Importaba poco si movías gente haciendo puros encuentros de salsa o si realmente estabas haciendo intervención en prevención e información de salud" (Patricia)

"Entonces entre tu más lleno vieras el COSAM, ella feliz, y como había esta cuestión de eterno enjuiciamiento hacia lo que tú hacías, siempre tenías la mala pata de que alguien de la municipalidad llegaba al COSAM cuando justo no había nadie, que era bien frecuente, porque de verdad había poco movimiento en ese COSAM" (Patricia)

"siempre es bueno intervenir de alguna manera, pero para efectos de lograr eficiencia en intervención el COSAM, que tenía que ir a mostrar números a la municipalidad, era como más productivo, por decirlo de alguna manera, intervenir con la gente más joven" (Patricia)

"yo me acuerdo que una de las cosas que eran en el 90, 89,90 en el Sótero del Río, la planificación que nosotros hacíamos de nuestras horas, nos pedían rendimiento. Entonces en medicina, en la medicina alópata tradicional tú puedes tener un rendimiento de 4 pacientes por hora, le das 15 minutos a cada paciente. Pues bien en psiquiatría también querían hacer lo mismo. Entonces imagínate, atender una persona que tiene un trastorno, y que necesita como hablar, hablar de lo que le pasa, etc., etc., etc., entonces ya el tiempo que se le dedicas a un paciente dice mucho cómo tú estás valorando la especialidad o no, entonces que le echaran a la rendidora no más con un saco de pacientes por hora, era una cuestión que no ...(...) y sabes lo que logramos, dejar dos pacientes por hora, lo cual en psiquiatría es una...(...) tú necesitas por lo menos dejarle 50 minutos al paciente. Es un momento que a lo mejor no va a tener en tres meses más la oportunidad de poder hablar, porque necesita a alguien que entienda realmente lo que le está pasando" (Juan)

"Entonces, lo que uno tenía que hacer era atender pacientes, atender, atender, atender, y una cantidad de pacientes que tu no podías organizarte en hacer un trabajo coherente con ellos. A veces se necesitaban más horas psiquiátricas, se necesitaban mayores recursos, se necesitaban más asistentes sociales, trabajar en la parte infantil se necesita más psicopedagogo, se necesita más terapeuta ocupacional, y no había nada de eso, entonces lo único que uno podía hacer era pastillar, dele v dele pastillas para justificar el acto médico, entonces yo dije no, para hacer eso no" (Juan)

"No si, está con depresión, hay que tratar la depresión y listo el problema, y más encima están pidiendo informes de que cuándo se va a sanar, y que cómo que no se mejora tan



luego, y que está haciendo, y que poco menos que uno le inventa el diagnóstico. Pero en Chile el diagnóstico es frecuente, y es multicausado” (Mariana)

“Pero yo siento que sí hay una preocupación, porque también es cierto que cuando se trabaja tan presionado, cuando tú estás enfrentado a mucha demanda, mucha gente, de repente se te olvida, digamos, sacar cuentas, sentarte a ordenar números, porque tienes una presión que te impide eso, o te sientas a averiguar como está la cosa y te olvidas de la demanda” (Mariana)

(en el programa para tratar la depresión femenina) “se priorizó por la comuna de Talca, entonces en esa comuna, se instala en varios consultorios el programa depresión, y con una meta que es llegar a una cantidad de gente, de mujeres tratadas, y hay un programa en que te defines, o sea, para poder hacer el diagnóstico, o sea para poder detectar, hacer el diagnóstico, y definir cuáles son las necesidades” (Paula)

### III REFORMA DE SALUD MENTAL

#### CONOCIMIENTO

##### a) En la categorización del cómo → proceso

“se iba a poder hacer un trabajo comunitario, se iba a volver a trabajar con la comunidad”

“lo que era la salud en Chile en ese tiempo, cuando yo llegué el 92, o sea, 2 años de gobierno democrático, que de verdad que produjo un cambio, porque, si hay algo que durante todo el tiempo de la dictadura se dejó de lado, fue la salud, y dentro de la salud, si hay algo que se abandonó, rotundamente, fue la psiquiatría” (Patricia))

(sobre el Psiquiátrico) “los locos tienen alma y como tienen alma hay que tratarlos como seres humanos, tratamiento moral y bla, bla, entonces, era como que se estuviera repletiendo la película al interior del hospital, como si todo el tiempo para atrás hubiera estado detenido” (Patricia)

“Yo me acuerdo que el hospital de Putaendo todavía se recuerda como uno de los pioneros en términos de cambiar el enfoque de hospitalización eterna, funcionan como una comunidad terapéutica dentro del hospital, y de involucrar a la gente en actividades semiproductivas” (Patricia)

"se estaba produciendo esta cosa como de apertura dentro del hospital, porque además también se estaba, a nivel de las prioridades de gobierno estaban cambiando también, se estaba haciendo más equitativa la repartija dentro de lo que era salud" (Patricia)

"básicamente siguió funcionando de manera más o menos igual por el cuento del presupuesto, o sea, los hospitales siguieron haciendo lo que podían, tratando de implementar modalidades más nuevas a lo mejor, o más vanguardistas en lo que es la rehabilitación, pero más menos caías en el mismo cuento que la gente, la mantienes con medicamentos y en comprarles medicamentos se te acabó la plata. Entonces es un poco ese el cuento que retoma la Reforma" (Patricia)

"que se convocó a la gente a participar en el cuento de la Reforma, porque de alguna manera, yo creo que alguien debe haber cachado en el ministerio que estás perdiendo plata, es una intervención que te está chupando plata que a lo mejor no es mucha pero es, porque son varios millones repartidos a nivel de todo el país, y que no está saliendo resultado por ninguna parte" (Patricia)

"Porque al final, en todo ese tiempo, el Estado perdió mucha plata en mantener una población que a lo mejor podía haber sido productiva si se hubiera intervenido de manera diferente antes" (Patricia)

"los COSAM empezaron a ser muy presionados entre los equipos de salud, porque efectivamente habían COSAM que funcionaban más o menos no más" (Patricia)

"porque yo cacho que el nivel central perdió mucho espacio también" (Patricia)

"Lo que empezó a pasar también, es que paralelamente se empezó a trabajar la política de la salud mental en los consultorios. Donde no había centros comunitarios, de alguna manera los equipos de salud empezaron a presionar para que, dentro de una visión super asistencial también, se contrataran horas de psiquiatría. .... Entonces se empezaron a formar equipos de salud mental en los consultorios" (Patricia)

"Y yo sé que en la municipalidad se está dando harto auge a (la salud mental), por lo menos por colegas que yo he sabido, en los COSAM, y que ellas están tratando como equipos, digamos, de hacer algo más" (Ana María)

"acá en El Peral, que yo en realidad, mi experiencia era pobre ahí, era pobre por que estaban divididos los médicos ... O sea, trabajaban como cada uno, se juntaban y eso no es trabajo de equipo" (Ana María)

(sobre las agrupaciones de familiares) "yo creo que ellos han ocupado un lugar con harlo esfuerzo. Ellos desde la comisión de reforma, que están ahí, y que Alberto Minoletti les dio la invitación, yo creo que es un gran labor que hizo él, de involucrarlos, y ahora ojalá que con esta comisión se haga, se hagan los hechos, digamos, se puedan ellos empezar a desenvolverse y tener roles, a tener una planificación, objetivos, metas" (Ana María)

"mientras yo estuve en el sistema se habló mucho de lo que iba a ser la reforma que venía de salud mental, sin embargo, al mismo tiempo había como reticencia en cuanto a la parte operacional, porque yo creo que en esto existe una percepción de lo que sería la reforma en el sentido filosófico, entonces esto de trabajar por los derechos del paciente psiquiátrico, incluso se habló en un tiempo, en el Hospital de El Peral, de que el paciente psiquiátrico era un asilado en su propio país, después del 90. hubo toda una apertura política y todo, se podía hablar del tema, entonces se planteó para sensibilizar a la población" (Juan)

"entonces se veía con bastante expectativa, como ah, que rico, viene una reforma donde nos va a permitir valorar más, por el lado de la salud mental, y las estrategias que se quieran implementar de prevención. Pero, eso era en la parte filosófica, ahora, como eso llegó a vivirse en la atención primaria y en la atención secundaria de salud, yo creo que en realidad no, no ha tenido mucho cambio, la cosa sigue siendo y el paciente psiquiátrico sigue viéndose como un asilado en su propio país" (Juan)

"Desgraciadamente esa salud se desarmó en el periodo del gobierno militar y de la dictadura, y se transformó y de ahí nacen estas Isapres y todo este otro sistema, cierto, siempre tratando cierto, que la gente se vaya para el sector privado, y hace que los ricos puedan tener una mejor medicina y los pobres prácticamente nada, porque los hospitales se vaciaron, tanto en personal como en medios de atención. Hoy en día eso se ha ido recuperando muy lentamente, pero hay una confusión en lo que se quiere, y por eso que se habla de una reforma en salud que no se hace, y es que ha sido muy difícil entender" (Pablo)

"en eso estamos, solicitando los medios económicos para este tipo de reforma a través de el departamento de salud mental del ministerio" (Pablo)

"En general, los lugares donde se cuenta con especialistas en este país son pocos, y particulares en psiquiatría.... En este minuto hay pocos los centros psiquiátricos grandes, en el que yo trabajo es el más grande del país, o uno de los más grandes, y resulta que tenemos pacientes que nos llegan de todos lados, pucha" (Mariana)

"Pero no cuento con antecedentes como para saber que tan eficientes son, que... los primeros pasos son como difíciles, entonces y a veces, las primeras medidas no reflejan en su totalidad el esfuerzo, o no son un fiel reflejo del resultado final" (Mariana)

(la reforma) "sí, como deseo existe, yo lo paipé desde mi época en que trabajaba como médico general, pero, habiendo trabajado en provincia, en pueblo chico, desde esa época más o menos, yo veo que una serie de esfuerzos se hicieron, es verdad, pero el impacto no, me parece, me parece que no fue el que se esperaba. Hubo mucha plata perdida creo yo, recursos mal invertidos porque es un problema complejo. Hubo grupos de trabajo que se formaron y que fueron a terreno, pero fueron con determinadas directrices que no tenían nada que ver con lo que en cada lugar se necesitaba, no suficientemente flexibles como para adecuarse, sino que muy rígidos en su planteamiento, entonces condenados a muerte natural. Es delicado el tema. Y ahora, todo empezó como con proyectos pequeños de trabajo, ahora la cosa va va más pensada como en hacer grandes modificaciones, que afecten, que van a las bases como de estructura misma del nivel primario, terciario, secundario, como se entiende cada cosa. Y yo tengo entendido que el modelo que está utilizando, que se tiende a copiar, es lo que se ha utilizado con éxito en países como en España, Inglaterra, que la idea es mantener los costos y mejorar la calidad y haciendo más cercano todo" (Mariana)

"A ver yo, a mí que me pasa con el tema, que siento que durante un tiempo estuvimos trabajando como temas específicos de salud mental, que se incorporaron a salud, se incorporó el tema violencia, se incorporó el tema de alcohol y drogas, se incorporó el tema derechos humanos, la discapacidad, pero como tema. Todo englobado bajo el paraguas de la salud mental, pero, pero funcionaba más que nada como áreas prioritarias, y a partir del año 97, empezamos a trabajar por priorización, que fue un tema, no me acuerdo bien si el 97 o ya al principio del 98, pero se definieron priorizaciones, y se trabaja salud mental psiquiatría con priorizaciones, y que son las que aparecen acá en el libro. Y al mismo tiempo, de trabajar priorizaciones, se ha estado también priorizando por formas de hacer salud mental y psiquiatría en los distintos niveles de atención" (Paula)

"o sea yo creo que la salud mental siempre ha sido como el hermano pobre de, parece frase cliché nuestra, porque siempre la decimos, pero, como el hermano pobre de la salud, o sea, tiene mucho menos recursos, tiene menos priorización, a pesar de que esté, que aparezca en los estudios, y que parezca como una de los temas más importantes, que aparezca en la opinión pública como tema super importante, es como un hermano pobre, y entonces, la, no sé como llamarle, pero es, no tiene la misma, que tiene que ver con eso también, o sea, cuando tú revisas un tema tú le inyectas recursos, y se le ha ido inyectando un poquito, pero muy de a poco. Entonces, yo creo que empieza a tener mayor visibilidad a partir, después del año 90, y parte, como te decía, con temas específicos, yo creo que eso, fue como un poco la forma también de incorporarse al sistema, con temas

que eran como super visibles, y temas priorizados a nivel de, o sea el tema que más entró fue el tema de alcohol y drogas, y el tema derechos humanos porque estaban toda la cosa de las familias de detenidos desaparecidos, lo que tuvo una política del estado, y que dentro de esa política del estado, de reparación entró también salud, entonces, partió un programa desde salud para ese tema. Desde ahí se empezó a trabajar después el tema de violencia intrafamiliar y el tema maltrato infantil. Entonces una vez que ya están, una vez que tú va estás trabajando esos temas, que ya está como incorporado, también empezamos también a darnos cuenta que una responsabilidad fuerte nuestra era con las personas que tenían trastornos psiquiátricos." (Paula)

"es que yo creo que también hay un movimiento internacional en el tema, claro, nosotros igual, bastante como más atrasados, pero el tema de la desinstitutionalización, el no seguir construyendo hospitales psiquiátricos es un tema a nivel mundial, entonces hay muchas partes, bueno, hay partes que siguen, de todas maneras, pero hay muchos países que fueron incorporando cada vez más y fueron cerrando los hospitales psiquiátricos, pero, y bueno, también tienen otros medios" (Paula)

#### b) Sobre el tema del porqué → razones

"Y en realidad, que tenía que ver con el enfoque que se le estaba dando a la salud, que en ese tiempo, en prevención no se hacía nada, y en rehabilitación, muy poco, y entonces todo el fuerte del presupuesto de salud se iba a la parte curativa, o sea, la persona que se enfermaba era la que recibía más atención por parte del Estado, en todo lo que era prevención en la salud y educación para la salud, a nivel primario, a nivel de comunidad, no se hacía nada, rotundamente nada, y eso era por una cuestión política, porque en ese tiempo a nadie le interesaba que la gente se empezara a organizar para combatir una epidemia de diarrea en una población, porque a partir de esa organización se podían organizar también para otras cosas." (Patricia)

"que cuando a la familia se la agotaba la plata, lo sacaban de la clínica particular y lo iban a tirar al hospital, y como el hospital el hospital no estaba recibiendo un aporte extra, o sea un adecuado financiamiento por la intervención psiquiátrica, se estaba desfinanciando el sistema por el ingreso" (Patricia)

"sí, yo creo que también era un poco de los profesionales, porque todos de alguna manera nos dábamos cuenta que ahí había algo que necesitaba cambiar, que se mejorara" (Juan)

"yo creo había una necesidad sentida de los profesionales también, de ver que haya como una validación del trabajo que se hace." (Juan)

"y en términos del nivel central, también hay una presión por, el número de pacientes que se atienden, por demonstrar cifras de alguna manera exitosas" (Mariana)

"eso yo no lo sé, yo trabajo muy en el nivel operativo. Pero yo siento que sí hay una preocupación" (en el nivel central) (Mariana)

"Entonces yo creo que en el nivel central están preocupados. Ahora, es importante que se preocupe con ojos como, y que una vez que se ocupe del asunto, digamos, sea bien realista y criterioso para definir las políticas a realizar" (Mariana)

### c) Sobre la categorización del para qué → objetivos

"no se van a aceptar nuevos crónicos, por ejemplo, o sea no ingresan nuevos crónicos, sino que los pacientes tienen que ir saliendo del hospital" (Paula)

"y conseguir esto de que la intervención psiquiátrica fuera agarrada también por las Isapres" (Patricia)

"un poco lo que busca también la reforma es que la intervención psiquiátrica en conjunto, no solamente la del psiquiatra, sea valorada como una inversión" (Patricia)

"Yo, si me preguntas a nivel central cuál es el objetivo, yo creo, o sea, yo podría decirte lo que Minoletti dice, lo que él dice, que me parece que él tiene un deseo digamos, de desinstitucionalizar, y hacerlo de acuerdo a los recursos que existen, va" (Ana María)

"Ahora, de las otras, de las profesionales que hemos participado, por ejemplo, asistentes sociales y grupos familiares, que también fue incluido, (...) de todo eso hemos tenido una cosa en común que es la participación más activa, de los usuarios, como se dice, a las agrupaciones familiares, ya, que tengan más que decir, pero terapeutas ocupacionales de todas maneras, y también hacer que las personas en rehabilitación participen más con sus pares, que no se vea digamos, personal solamente reducido a profesionales" (Ana María)

"entonces, reforma en salud mental, implica también, cambios de actitud en el trabajo" (Juan)

"La salud tiene que ver mucho con más que la atención a una persona, es la atención a toda la sociedad. Así que, para la mí la reforma en salud debe ser precisamente eso salud pública ¿no? Equitativa, solidaria" (Pablo)

"Así que la salud y la satisfacción deben ser para todos en función de la salud pública"  
(Pablo)

"eso es lo que se está tratando de recuperar (la salud de antes del golpe). Bueno eso sería, así veo yo el asunto de la salud. Es bien drástica, una reforma. Porque todos hablan de una reforma mixta, la parte privada, la parte pública, yo creo que lo privado no tiene porqué establecerse pegado a lo público. Lo privado es para las personas que quieren tener una cosa privada, la tengan, pero la cotización va todo a lo público, la organización va todo a lo público. En lo privado eso... necesita un control, cierto" (Pablo)

"no queremos asilos mentales, queremos un hospital de agudos que tenga... aquí sea de una alta complejidad, que en los hospitales generales estén las camas de agudos normales para pacientes con problemas... y de esta manera ir transformando la atención psiquiátrica, en eso estamos" (Pablo)

"yo creo que la idea de la reforma es poder hacer llegar esta especialidad a la mayor parte de la población, hacerla más cercana, porque los centros en los cuales se trabaja en esta especialidad son muy pocos" (Mariana)

"mejorar la calidad, mejorar la calidad de atención, y sobre todo trabajar a nivel de, hacer un manejo de, ojalá profiláctico, o sea, antes de que aparezcan las cosas, o un diagnóstico temprano, certero, con un tratamiento dado en el momento más como, donde hay mejores posibilidades" (Mariana)

"ahora la cosa va va más pensada como en hacer grandes modificaciones, que afecten, que van a las bases como de estructura misma del nivel primario, terciario, secundario, como se entiende cada cosa" (Mariana)

"la idea es hospitalizarlos mientras lo necesiten y luego un alta con control ambulatorio, esa es la idea digamos, ojalá, mientras más luego salgan mejor, para que se incorporen en la vida cotidiana, en la rutina diaria" (Mariana)

"darle curso, mover esta cosa, y hacerla más resolutive, porque necesita, necesita esta red, por eso es importante la idea de la red, digamos, trabajar en conjunto con otros que agilicen el sistema y que lo utilicen mejor" (Mariana)

"Entonces eso ha significado pensar en los dispositivos, pensar en aumentar plazas, por ejemplo incorporar más plazas de hogares protegidos, con el objeto de ir externalizando a los pacientes que son crónicos en los hospitales psiquiátricos. Se definió por ejemplo, con FONASA que tú vas a ... se definieron prestaciones y paquetes de prestaciones para

trabajar con problemas agudos, con problemas que requieren mayor tiempo, pero no se van a aceptar nuevos crónicos, por ejemplo, o sea no ingresan nuevos crónicos, sino que los pacientes tiene que ir saliendo del hospital, o sea, no podrías estar más allá de un año en el hospital, que sería como el máximo de tiempo. Pero eso significa aumentar... (la contraparte)" (Paula)

(los pacientes) "sino que podrían salir y estar en otro espacio, un espacio que lo ideal, es que fuera de nuevo en la comunidad, en su casa, o con sus familias, y como transitorio, el tema del hogar protegido" (Paula)

"a lo mejor que no se requiera hospital psiquiátrico, no se requieran todos los que hay, o que esos hospitales psiquiátricos más bien sean de subespecialidad, que tengan como para cosas como muy específicas, para tratamientos que sean de referencia nacional, por ejemplo, o sea como para cosas más específicas, pero no como para lo habitual" (Paula)

"eso significa descongestionar el nivel secundario, y tú puedas recibir nuevas personas en el nivel secundario, y poder aumentar la resolutivez en el nivel primario, entonces ese es un tema que lo estamos tratando de incorporar a nivel de todo el país" (Paula)

"se instala en varios consultorios el programa depresión, y con una meta que es llegar a una cantidad de gente, de mujeres tratadas, y hay un programa en que te defines, o sea, para poder hacer el diagnóstico, o sea para poder detectar, hacer el diagnóstico, y definir cuáles son las necesidades" (Paula)

"entonces se está tratando de priorizar porque, de acuerdo a la demanda, que llega a los servicios, poder aumentar la capacidad de resolutivez de los servicios de salud, en términos de programas ambulatorios" (Paula)

"hay una responsabilidad nuestra que no la podíamos eludir, que era el tema de los trastornos psiquiátricos severos, y desde ahí de alguna manera parte toda esta, priorizar que estaba pasando con los hospitales, cuáles eran las necesidades nuestras, cuáles eran las brechas que teníamos" (Paula)



## EVALUACION

### a) Sobre la categorización efectos

"Y también se veía la psiquiatría de una manera más renovada, como validando más el paciente, y a su familia, yo creo eso era bien importante, yo creo que eso hacía la diferencia con otros equipos" (Juan)

"pero el hecho de que haya un compromiso, de las instituciones privadas de salud a considerar la atención psiquiátrica dentro de sus planes de cobertura, significa que una buena cantidad de gente se va atender en la fase aguda, por ejemplo, en una clínica particular, y no va a ir a engrosar las filas de un hospital" (Patricia)

"En los hospitales, lo que sé es que... lo que yo estoy viendo es que existe todavía en las direcciones de los hospitales, yo, humildemente estoy diciendo, un extremo, irse al extremo, o sea todas las personas se van con un plan super rápido, de intervención" (Ana María)

"ya había una especie de apertura el trabajo en psiquiatría y se estaba abriendo, no a tener un sistema tan rígido y el modelo médico va empezaba algo también a ceder un poco, entonces las reuniones clínicas, en general en salud mental ahí se involucra todo el mundo, porque todos hacen salud mental, todos. Ese es uno de los grandes cambios, digamos, de esta manera de enfocar la salud mental" (Juan)

"Se ha avanzado, lento, pero se ha avanzado, o sea, nosotros estamos en esta etapa de implementación" (Pablo)

"Ahora, por ejemplo, yo creo que esto de crear comités para estudiar indicaciones de fármacos, y que se empiece a normar el uso de algunas herramientas terapéuticas me parece muy bueno, uniformar criterios, para poder decir esto funciona o no funciona, esto vale la pena o no vale la pena y dejar de seguir invirtiendo en una determinada herramienta con bases sólidas, no con intuiciones, o por experiencia personal" (Mariana)

"esa modalidad se ha estado trabajando bastante fuerte en el servicio de salud sur, y han tenido una buena experiencia, eso significa descongestionar el nivel secundario, y tú puedas recibir nuevas personas en el nivel secundario, y poder aumentar la resolutiveidad en el nivel primario" (Paula)

"Y la otra cosa que se ha implementado es el hospital de día, se ha ido implementando también de a poco, ya tenemos como 6 en el país, en que una vez que tú ya has estado

los días, en que el cuadro agudo ya se ha estabilizado un poco, pero todavía no estás en condiciones de ir al nivel primario, ni tampoco a lo mejor estar en un hogar protegido, vas a este hospital de día, en que hay profesionales, en que se hacen actividades en forma más intensiva, va pero con personas que están con cuadros agudos, o sea, la hospitalización, cuando estamos hablando de corta estadía, no son más allá de 15 días, y después podrías estar un espacio de tiempo en el hospital de día. Lo otro que también se ha potenciado es que hemos estado, o sea, además del hogar protegido, son los programas de rehabilitación, entonces las personas, tanto en el hospital de día como las personas que están en hogar protegido, van, hay muchos de ellos, no todos, van a programas de rehabilitación, programas de rehabilitación que están insertos en la comuna." (Paula)

(el programa depresión) "Entonces se empezó a incorporar dentro de el trabajo de los consultorios. Y este año, tenemos una expansión importante en el tema, o sea, se trabajó durante el año con atención primaria, con la división acá de atención primaria, y se expandió el programa depresión a más consultorios, con más cantidad de partes con la posibilidad de contratar psicólogos en todos esos consultorios en donde va a estar el programa" (Paula)

(la reforma de salud mental) "Pero sí como tema, se incorpora en la reforma de salud. Claro, porque de todas maneras nosotros entramos en un tema de salud general, pero sí como tema se incorpora en la reforma de salud, y eso es importante. Porque antes, hace un tiempo atrás no habría estado no más, seguramente, y ahora sí entra, y entra en los planes de salud, y va a estar incorporado en los planes, (...) va a estar incorporado el tema de salud mental y eso significa que tú das un precedente también para el sistema paralelo, digamos, tú puedes también regularizar lo que se está haciendo en el sistema paralelo, en el privado, digamos" (Paula)

"pero sí te da precedentes para lo otro, o sea, estás dando estándares de calidad, que obviamente tienen que irlos incorporando, o sea, es como lo que pasó con las catastróficas, se visto un precedente en el sistema público que tuvieron que incorporarlo. Entonces, si tú vas a empezar a financiar todo esto para salud mental y psiquiatría, obviamente que vas a tener que hacer un precedente para las Isapres." (Paula)

#### d) Sobre la categorización **problemas**

"porque yo dejé de trabajar casi por lo mismo, porque siempre había un choque muy fuerte con lo que era tu trabajo profesional y lo que era tu discurso como agente comunitario dentro de lo que tú estabas haciendo, frente a tu jefe, frente a tu patrón, no tu jefe directo, sino tu patrón que te contrataba, que era la municipalidad. Porque fuera del color que fuera tú tenías que bailar la cueca que te dictaban de arriba. Y eso siempre,

iba de la mano con que no siempre coincidía con los objetivos que tú te trazabas para el año" (Patricia)

"Pero era por otras cuestiones, el equipo no estaba bien afiatado, había habido mucha rotación, y era un problema más bien organizacional que de compromiso con el trabajo" (Patricia)

"Y esa era la otra parte coja, que no había especialistas ahí en Melipilla, o para el hospital de Melipilla si es que había. Pero se agilizaba el trámite" (Patricia)

"piña dentro de lo que es la municipalización de la salud, porque si bien es cierto, el ministerio da directrices, técnicas para cosas que no deben dejar de hacer por ningún motivo.... Todo lo demás que se haga es por iniciativa de los equipos y generalmente es porque a este se le ocurrió porque justo tiene un hermano que es médico que trabaja por allá entonces puede hacer los trámites más rápido, o por que conoce al alcalde y el alcalde es paleta y va a soltar un poco más de plata para financiar este proyecto, es así la cosa" (Patricia)

"Lo que nosotros hemos percibido hasta el momento, es que cuesta mucho, cuesta mucho, sobre todo en instituciones traspasar esta visión, y vemos que también ocurre que la visión no traspasa por que los auxiliares de servicio no son tratados tampoco dignamente, por lo tanto vemos que, los profesionales que pasan más tiempo con los usuarios, como serían las personas, como nosotros los llamamos, también necesitan un rol participativo en cuanto a los programas y en cuanto a sentirse útil, y sentir algún tipo de gratificación personal, ni siquiera monetario, sino que personal, por lo que ellos hacen" (Ana María)

"el primer libro que salió de la reforma, en algunas horas que ponían muchas horas de psiquiatra, de psicólogo, etcétera, pero no se ponían, por ejemplo personal de rehabilitación o personas en rehabilitación que ya tenían, no cierto, que podían seguir un perfeccionamiento y poder ayudar a otros, que era un poco lo que nosotros persegúbamos, digamos, como terapeutas votando por la participación activa, de las personas en rehabilitación" (Ana María)

"cuando no se cuenta con los recursos comunitarios todavía, donde se cuenta con personas que han estado 30 años, 20 años en hospital, y que consideran eso su casa, en el fondo, entonces hay montones de cosas personales, y procesos personales, y procesos ambientales digamos, que todavía no se ha hecho un plan exhaustivo en el tiempo, te fijas, y pienso que, que están al tiro tirando como rápido, y véndose a proposiciones inmediatamente comunitarias cuando todavía hace falta mucho, de educación, de

educación comunitaria, de poder contar con los recursos necesarios, cachai, con los recursos necesarios de vivienda, con un proceso individual de las personas" (Ana María)

"El Peral había tenido un proceso bien rico de comunidad terapéutica, en un tiempo, y tienen otras personas de directiva, y anulan todo lo que se ha hecho, y viene otra dirección y se anula todo lo que ha hecho. Entonces todo lo logrado, se pierde, cachai, en las instituciones públicas, sobre todo, y eso es una pena, porque por lo menos en El Peral, que yo lo conocí, se había logrado, en las personas, una sociabilidad mucho más grande, con un ambiente de ciudad digamos, porque no podían salir para afuera todavía, que era bastante facilitador de relaciones entre ellos, de objetivos, de montón de cosas, que antes con otro sistema conductista no se había logrado, cachai." (Ana María)

"Entonces para nosotros, la cosa de horas de profesionales, encuentro yo, de personas trabajando, estaría, digamos, dentro de los objetivos que se plantean, como mal distribuidas, en ese sentido" (Ana María)

"pero no hay aporte financiado por el estado, nada, no hay aportes del estado, siendo una de las opciones que ellos ponen como casa club, te fijas, pero no hay financiamiento porque no se puede, ellos tienen que priorizar por lo más público, te fijas. Yo creo que esa es una gran cosa, una limitante que siempre ha estado, y están, haciendo hartas negociaciones, con los remedios por lo menos, con FONASA y también las Isapres iban a empezar si le resultaba a FONASA.(...) entonces son cosas que por lo menos la familia puede, un poquito menos, pagar menos por los medicamentos" (Ana María)

"yo te voy a decir, el trabajo mío con la familia, ha sido, de todos los tiempos que yo he trabajado como terapeuta ocupacional, 20 años, y te puedo decir algo, los factores de stress de la familia son altísimos" (Ana María)

"La familia además tiene que enfrentar todo ese prejuicio, y muchas veces por hacerlo mejor esconde, a su familiar, porque no hay educación, entonces no saben que hacer, y en general esconde para que no sufra. Entonces empiezan a asilarse, a aislarse, a aislarse." (Ana María)

"Ellas mismas han definido que no hay suficientes opciones como la que te hablo, no cierto, ésta, y que debería haber más, más para que hubiera una atención integral" (Ana María)

"es un proceso lentísimo sobre todo por la conciencia de todos, de todos, partiendo por los profesionales, partiendo por los profesionales, digo yo, siempre digo, el estigma es una cosa, me entiendes, cuando educo acerca del ambiente" (Ana María)

"pero resulta de que todavía se ve, que en la práctica, el sistema, por ejemplo de Isapres, no reconoce la enfermedad mental. Y si la reconoce no le da el tratamiento necesario, no le da el tratamiento que debería ser. Se ha avanzado, pero creo que falta mucho todavía, entonces" (Juan)

"nosotros teníamos la expectativa, de que ahora que venía el gobierno democrático, ya, iba a haber una mayor apertura, se iba a poder hacer un trabajo comunitario, se iba a volver a trabajar con la comunidad, y lejos de pasar eso. El sistema siguió su propio.... suerte, digamos, y cada vez la atención primaria se alejó más del hospital, por qué, porque dependieron los grupos de atención primaria, dependían entonces de las corporaciones municipales" (Juan)

"A veces se necesitaban más horas psiquiátricas, se necesitaban mayores recursos, se necesitaban más asistentes sociales, trabajar en la parte infantil se necesita más psicopedagogo, se necesita más terapeuta ocupacional, y no había nada de eso, entonces lo único que uno podía hacer era pastillar, dele y dele pastillas para justificar el acto médico, entonces yo dije no, para hacer eso no" (Juan)

"Y esa coordinación no llegó nunca. Fueron intentos, que se yo de hacer algunas cosas, pero en general, eso decepcionó a mucha gente, yo creo que me decepcionó" (Juan)

"Lo que yo entendí fíjate fue que había una descoordinación y una falta de recursos. Pero fíjate que la falta de recursos debiera ser entendida como una falta de voluntad para que esos recursos existan, y que sean derivados entonces a la salud. Entonces el liderazgo de la salud mental se fue perdiendo" (Juan)

"Y yo creo que quienes están liderando en salud en estos momentos son los economistas.... . Claro, ellos tienen una lógica matemática para explicar que la cosa va a seguir así y tiene que ser así, yo no, yo me resisto a eso, tiene que ser así, yo creo que la cosa podría cambiar. Entonces, uno dice, dónde está la reforma" (Juan)

"lo que funciona mal y pésimo en este país son las coordinaciones intersectoriales. No hay coordinación. Lo que hace salud, educación no tiene idea, lo que están haciendo. Hay una descoordinación. Yo te diría que eso ocurre a nivel de las municipalidades.... , porque en buenas cuentas, ellos son los que cortan el queque, si ellos están trabajando directamente con al población, entonces, yo me pongo en el lugar del alcalde, si anda tapando hovos por aquí por allá, que le importa un par de estudiantes más, un par de estudiantes menos" (Juan)

"Entonces, fíjate que yo creo que hay buenas intenciones, pero hay cuestiones en la práctica, que son prácticamente imposibles, imposibles" (Juan)

"yo he sabido de otras experiencias, hay gente que también se ha cansado, la falta de coordinación, porque uno tiene que para hacer algo, convencer como a treinta fulanos más o menos, cuando es cuestión que vean el diario y se convenzan de la necesidad de ciertas cosas. Entonces, mira yo creo que eso desgasta y los equipos de salud, sobre todo los equipos de salud mental, yo te diría que uno de los grandes problemas que tiene es el desgaste (...) se desgastan de luchar contra todo eso, por falta de una buena coordinación" (Juan)

"yo te diría que lo más que ha trancado el cambio en la psiquiatría hoy en día es las enfermedades médicas. El tema de salud no está preparado para enfrentar eso. Si están sobrepasados con la, imagínate en invierno con la, con las gripes ya el sistema revienta" (Juan)

"Oye, toda la, el trabajo que tu haces con recuperación con ese paciente, uno enfrenta entonces estos otros componentes adicionales, sociales, que agravan la patología mental" (Juan)

"Porque por un lado, abaratándose los costos, tú tienes que movilizar un grupo mayor de gente... ? Entonces ya, no se puede a las 9 de la mañana, a ver veamos a las 5 de la tarde. Tampoco, el papá no alcanza a llegar porque tiene que dejar de trabajar. Entonces uno ve que todo el sistema gira para un lado, y tu no puedes hacer la excepción de eso. Entonces la máquina te come. Entonces a la larga, la terapia de familia no resultan como terapia de familia, resultan como terapia de los que pueden no más ir, entonces ese trabajo no se.. entonces en adultos, llamar a toda la familia que vaya, en el extrasistema. Yo me acuerdo en el Sótero del Río, que se hacía trabajo familiar, oye, las deserciones en las familias eran grandes. Simplemente no pueden ir. Entonces eso es patético, te fijas. Entonces, yo te diría que uno de los grandes problemas de trabajar con familias es que hay que priorizar. Entonces sería distinto si tu pudieras darle un certificado a todos y que eso se validara" (Juan)

"Los organismos que se enriquecen o que profitan o que comercializan la salud, esos organismos perjudican a la salud. Perjudican la reforma" (Pablo)

"Por lo demás se le quitó al colegio médico su tuición ética de la profesión, entonces cada uno hace lo que quiere con respecto a la cosa profesional" (Pablo)

"los medicamentos no existen en el área prácticamente los que nosotros usamos, son medicamentos caros, que necesitan un presupuesto mayor, consultorios prácticamente no tienen psiquiatras y eso hace que sea mucho más difícil, la reforma, hacia lo que nosotros queremos llegar" (Pablo)

"Mira, yo creo que es una cuestión de presupuesto, es una cuestión también de visión hacia el futuro, o sea no se puede hablar sólo de lo administrativo. Así como estamos hablando de reforma en salud, estamos hablando de reforma en salud mental, estamos hablando en cambios de mentalidad con respecto a ... es una cosa que toma tiempo y no es fácil de hacer" (Pablo)

"este tipo de paciente, llegado el momento se va de alta y no siempre cuenta con un psiquiatra en su zona geográfica, ese es el problema" (Mariana)

"se necesita además, de inyectar recursos, necesariamente inyectar recursos, que en este minuto yo no sé de dónde podrían salir, no basta con que en el papel se diga que se van a acabar los hospitales grandes, se van a formar centros pequeñitos, que las horas se van a repartir, no basta con eso, lo que hay es poco. Yo creo que el problema va a estar, se va a dar en el área de lo práctico, en como se lleva a cabo esto" (Mariana)

"Porque todavía hay una cosa como de mentalidad, es decir, pueden haber de repente en algunas áreas geográficas privilegiadas pueden tener cosas, dentro de la referencia, pero o no tienen los remedios, o no tienen contratado al profesional que corresponde, o se les fue el que tenían, me entiendes, entonces ese tipo de cuestiones son las que interfieren finalmente en el resultado, o, que otra cosa puede pasar, o por último son las personas que no, quieren verse en tal parte y no a la vuelta de la casa" (Mariana)

"Cuando existen estos centros grandes, lejanos, distantes, las cosas se van, se demoran mucho en .... y finalmente se llega tarde, como te digo, hacer más, hacer más cercana a la gente" (Mariana)

"Y ese es el problema de la reforma, ahí está el problema de la reforma, porque contempla al paciente en su comunidad, su familia y parte de la base que todo el mundo tiene una familia que se haga cargo o un lugar donde dormir. No es la realidad de todos, y en este minuto hay muchas camas en los hospitales psiquiátricos que están ocupadas por pacientes que nosotros podríamos perfectamente dar de alta, no podemos porque no tenemos donde mandarlos, porque con la reforma se han ido cerrando los departamentos de larga estadía, lo cual es fantástico, siempre y cuando tú tengas donde mandar a este paciente que duerme bajo el puente, y que no tiene quien le de los remedios. Entonces no existe, todo aquello que se cierra no tiene ninguna posibilidad de encauzarse como por una chimenea a otro lado, cuando no está la familia, entonces hay mucho paciente

abandonado, que no tienen... no hay quien se haga cargo, en definitiva qué haces con él, a donde lo mandas, a la calle, y es un dilema ético muy grande y muy fuerte, en donde el estado a uno la deja a cargo, la hace a uno responsable como profesional de mandar a un sujeto a la calle, es una cuestión muy fuerte, muy violenta para uno" (Mariana)

"yo encuentro que ese es el punto flaco y eso se me había pasado y es re importante, (...) que así como se va reduciendo la atención intramuros, necesariamente debe haber lugares para rehabilitación, para acoger a esta gente, o sea, y ese el punto, ahí es donde está la inversión, que no se ha hecho" (Mariana)

"son crónicos y no hay nada que hacer, pese a toda la farmacoterapia nueva, te estoy hablando, digamos, estoy hablando de casos en los cuales los últimos (...remedios) no sirven, porque existen casos en que no sirven, no más, que no son la panacea para esas personas. Adónde los mandas" (Mariana)

(respecto a los cupos en hogares protegidos) "siempre es poco lo... yo, por lo menos en mi pobre experiencia, siempre hay el cupo, y siempre hay como dos o tres pacientes por sector que están requiriendo, o dos o tres pacientes por hospital, cumplen requisitos de más cada uno para este cupo, si es que existe, o que estamos esperando, pacientes hospitalizados por meses esperando un cupo.... claro, no se invierte en estos lugares, pero cuánto está gastando el paciente en el hospital, que es donde no debiera estar, por qué. Entonces lo mando a la calle y va a llegar peor, y va a haber que invertir más todavía para compensarlo, aún sabiendo que no va a llegar a la normalidad, a lo deseado, pero para estabilizarlo. Eso yo creo que requiere ser pulido, porque es un tema bien puntado. No basta con decir va, vamos a abrir las puertas y que todos salgan, porque hay algunos en donde tú les abres las puertas y adónde los mandas, que salgan a dónde. Y esto no es como un paternalismo, como una sobreprotección, es un hecho real, o sea, por favor, o sea, es preocuparse porque todo este trabajo que estoy haciendo con esta persona, le sirva de algo, a él, y que no sea una puerta giratoria" (Mariana)

"Tampoco vamos a decir que los fármacos nuevos, que son caros están a disposición de todos, todos, todos, tampoco es tan así, digamos (...) no en todas las áreas quizás no existen, y pese a todo eso después, finalmente tú los das y no siempre sirven" (Mariana)

"En el hospital tenemos, en el policlínico, que es la atención ambulatoria una gran masa de pacientes que no podemos derivar, porque no hay en todas partes, no podemos derivar a todos cuantos quisiéramos, porque no hay quien los reciba, porque son pacientes que requieren algunas medidas terapéuticas para ser mantenidas por mucho tiempo en atención ambulatoria que el médico general no maneja, y que necesitas un equipo de salud mental, donde haya psicólogo, terapeuta, psiquiatra, asistente social, en fin" (Mariana)



"qué pasa, que recibimos los casos sin, todos, por lo menos en mi hospital, los del área, recibimos todos los casos o casi todos, que no pueden ser resueltos a nivel primario..., entonces, nos hacemos cargo, especialistas, desde cuestiones como muy básicas hasta lo más complejo, y de repente quedan cosas muy complejas en lista de espera, no podemos, como te explico, darle curso, mover esta cosa, y hacerla más resolutive" (Mariana)

"o sea ojalá pudiéramos ver un paciente por 45 minutos, una hora, en la realidad lo vemos en 30 minutos, y en 30 minutos se ven 3 pacientes de los otros, que son pacientes que están ahí, con insuficiencia respiratoria, o que están con el paro, entonces, faltan horas para eso. Los arsenales farmacológicos no son adecuados, hasta donde yo sabía, digamos, están muy atrasados, faltaban remedios de este tipo. Y son caros, entonces... las penicilinas salvan muchos niños todos los inviernos, y es barata" (Mariana)

"yo creo que hay una vivencia, en el personal, de cómo sobrecarga, me entiendes, de sentir, como de frustración. Sentir que se está trabajando al máximo, y que no se pueden ver muchos logros, porque se trabaja solo. Cómo el último eslabón y el único eslabón, hasta hace un tiempo, porque es la piedra de tope, llegan todos los problemas. Efectivamente se traducen en síntomas psiquiátricos" (Mariana)

"Entonces, la vivencia es como estar tapando hovos, como una cuestión muy sintomática, y más encima que no sirve de mucho, porque al rato vuelve, y vuelve, y vuelve y vuelve, y nadie se hace cargo de los otros problemas" (Mariana)

"Y eso es un proceso, y un proceso que requiere de incorporar nuevos fondos, hemos ido incorporando pocos, pero no lo que se requiere, por una cuestión de expansión del presupuesto de salud en general, y entonces todavía tenemos una brecha tremenda, tenemos una brecha tremenda a nivel de país en general, en términos de capacidad para responder a los problemas de salud mental" (Paula)

"Lo que pasa es que hay un tema que tiene que ver también con las propias priorizaciones de repente que tienen a nivel de las comunas por las (...) que tienen, y ahí el tema también, están los cambios ahí de jefatura, o sea de alcalde, y que sé yo, que eso también de repente te mueve un poco el piso" (Paula)

"otro tema que nosotros sentíamos que es re importante, y que a lo mejor, en algún momento va a haber que reflotar, hubo cambio de ministro así que ahí quedó en el aire, es el sistema de vivienda, o sea, si salud está gastando de más en lo que es el arriendo de vivienda, se va una buena cantidad de plata en un tema que si tuviéramos apoyo dentro del ministerio, nosotros podríamos generar más para rehabilitación. O sea, pero por el

momento estamos financiando nosotros también lo que es la casa (para el hogar protegido) (Paula)

“son temas complicados también, son procesos, yo diría que son procesos largos, procesos largos que requieren como de irse afirmando como de a poquito, ir mostrando de a poco también que hay otras formas de trabajar en el tema salud mental y psiquiatría” (Paula)

“o sea, desgraciadamente esta cuestión también pasa, o sea pasa por un cambio cultural, pero también pasa por un tema de fondos, o sea la única manera de poder sacar a todas la gente que está dentro del hospital, que no requiere estar ahí, es teniendo recursos para tener la otra alternativa, entonces, por ejemplo, nos falta un ministerio de asuntos sociales, como hay en otros lados, que de alguna manera ve, en conjunto este tipo de cosas” (Paula)

“todavía hay problemas en algunas comunas para arrendar casa, por ejemplo, cuando saben que la casa es para personas que tienen trastornos psiquiátricos, se niegan al arriendo” (Paula)

(también hay problemas) “para trabajar con los consultorios también, pero una vez que se incorpora ya, sale como facilito, digamos” (Paula)

“de repente sí, de repente sí por, pero, a ver, pero no es tapar el hoyo por el hoyo, sino que es tapar un hoyo pero con una perspectiva, cachai o no, que es distinto, porque es teniendo una mirada objetivo, no es que tú estés haciendo cositas aquí sin saber porqué las estás haciendo. Claro, obviamente que si de repente tú requieres de, no sé, tienes brechas de miles de plazas para hogares protegidos, por ejemplo, puedes tener, y te faltan, puedes tener 300 y tantas o 400, obviamente que te sientes que eso es un poquitito, digamos, estás tapando un hoyito, pero esos pocos hogares que se han hecho, o esas plazas que existen tienen una razón de ser, y tienen una perspectiva hacia delante de cuanto (...) se requiere, que se yo, o sea no es porque sí, cuando estás pensando en que tienes que ir incorporando en los servicios de urgencia el tema de psiquiatría, que tienes que ir incorporando camas al, claro, a lo mejor vas a ir incorporando de a poquitas, y podría parecer como que estás tapando hoyos, incorporando de apoco y no todas de un viaje, pero lo estás haciendo con una mirada objetivo, entonces en ese sentido, sí es tapar hoyos” (Paula)

#### IV EVALUACION ACCIONES REFERIDAS

##### a) Sobre la categorización **intervención comunitaria**

"Y ahí viene todo el cuento de que cuando se empieza a gestar una forma nueva de intervención, tienes que meter tolo a todos los niveles, de partida convencer al médico jefe del servicio que te deje salir a los locos, por que tú tienes que justificar que este loco está bien y porque este otro no está bien y que no te lo puedes llevar. Tienes que convencer a la familia, si es que hay, y después tienes que hacer un trabajo igual en la comunidad que recibe a esta manga de locos que sale del hospita" (Patricia)

"que también es responsabilidad de la gente que trabaja en psiquiatría de no sensibilizar a la comunidad" (Patricia)

"Entonces también había que hacer una actividad para sensibilizar a la comunidad, que era básicamente la cuadra donde estaba la casa, el hogar protegido" (Patricia)

"Hacer un poco de difusión, si era posible tomar contacto con organizaciones comunitarias, con clubes deportivos, con la iglesia, cualquier organización que hubiera con la que a lo mejor se pudiera establecer algún lazo aunque fuera mínimo, y de repente la experiencia era buena, y se podía hacer alguna actividad en conjunto" (Patricia)

"Pero todas las otras intervenciones eran a nivel grupal, en talleres, en actividades grupales. y, organizaron un grupo de padres. Era condición para pertenecer a la comunidad terapéutica del centro comunitario que el paciente llegara con su familia, con un familiar por lo menos" (Patricia)

"no, nosotros trabajamos con todos los sectores, porque somos un centro de integración comunitaria, entonces las personas que pasan por acá, tienen objetivos de integración en sus roles, de vida" (Ana María)

##### b) Sobre la categorización **implementación de redes**

"Nosotros también hemos, por nuestra cuenta privada, también hemos hecho proyectos conjuntos con ellos" (Ana María)

"Y es una idea también de ir compartiendo realidades y como se dice, otro tipo de instancias, deportivas, otro tipo de cosas, moverse para acá, moverse para allá, una forma de apoyo de redes, de redes sociales. Así que eso, yo creo que, por lo menos los

terapeutas se están moviendo en ese nivel, prevención, y a nivel de niños, adolescentes, mamás, amigos" (Ana María)

"y creo que esa es la idea, como dice train the trainer, entrenar al entrenador, y esa es la idea, para que montáramos una red" (Ana María)

"hemos tratado de insertarnos en la red, no queremos inventar la rueda otra vez. Utilizar hoy los medios que están, utilizar.... el recurso humano, capacitado y nosotros aportar desde la perspectiva nuestra, y poder aportar, pero fijate que el resultado oye ha sido tanto cahuín, que a la larga lo único que hemos resultado ha sido perder tiempo" (Juan)

"Allá hacerle el proyecto, adecuarlo para la población que ellos asignan, etc., etc. Lo hemos hecho como 10 veces esa cuestión, y a la hora de los quihubo, la gente se echa para atrás, por intereses creados, por problemas de política, entonces uno dice mira, en un país pichiruchi como el nuestro, que se den el lujo de chutear un liceo regalado para peor, o sea, uno dice algo, algo no funciona bien en este cuento" (Juan)

"Pero yo te digo, esto no tiene nada que ver con ninguna institución del estado, es un cuento nuestro, que nosotros lo mantenemos con nuestra... y se autofinancia" (Juan)

"están estableciéndose las redes como para que esto suceda en la vuelta, en una atención secundaria como la nuestra, de alta complejidad, y el área sur oriente muy mal organizada, con muy poca preocupación por la salud mental, y entonces las redes no se organizan, los medicamentos no existen" (Pablo)

"Ahora, como yo, yo creo que el punto y el detalle del cuento es que el trabajo en red, necesita de mayor, para dar inicio a la, a este tipo de modalidad de trabajo" (Mariana)

"Ahora, hay situaciones y situaciones, hay familias que son muy disfuncionales, con muchos problemas, con mucho problema económico, con cesantía, alcoholismo, mucha disfunción y ahí no hay de donde agarrarse, esas son las familias que tratan en lo posible de no hacer caso, o sea, a mí me ha tocado tener pacientes que el único familiar es un drogadicto que está casi más loco que él, un alcohólico grave que no hay como armar una red" (Mariana)

"porque necesita, necesita esta red, por eso es importante la idea de la red, digamos, trabajar en conjunto con otros que agilicen el sistema y que lo utilicen mejor" (Mariana)

"es que ese es el punto que distorsiona, ese es el punto, y en todas partes, entonces ya tenes que empezar a contar de dónde viene usted, y pedir la información, que en ese

lugar hay o no hay una entidad para poder derivar, hay muchos pacientes que ya okay, se va con su diagnóstico, las indicaciones, y el equipo allá que sabe el tema, lo sigue manejando y bien, pero hay otras partes, de tal lugar, no hay nada, o sea con suerte tienen un médico que va a la posta del lugar, porque hay áreas que tienen una mezcla de población rural y urbana” (Mariana)

“ahí tú tienes que hacer, tienes que negociar, negociar con, o sea, ofrecer al sistema, digamos, ofrecerle al municipio, ofrecerle a la comuna, pero en general cuando se he hecho este ofrecimiento hay una buena disponibilidad” (Paula)

“pero sí tú puedes tener por el momento, estrategias para poder suplir esa falta, entonces lo que se hace de repente es que desde el nivel del servicio se compran medicamentos y el medicamento sigue al paciente, entonces si la persona está en el nivel secundario el medicamento está ahí, pero si sale de ahí y se va al nivel primario, para sus controles, el medicamento se lo entregan en el nivel primario, pero no es que se le aumente la pega al nivel primario, sino que lo que se ofrece también es este trabajo en conjunto, o sea, ahí, va al menos una vez al mes el psiquiatra, se podría abrir a otros profesionales también de la salud, a un consultorio, los pacientes que ya están bien y todo tú los puedes ver cualquier día” (Paula)

(el contacto)“lo tenemos a través de los encargados de salud mental, más bien con ellos sabemos en donde se está trabajando a nivel comunal, pero en general, a nivel comunal es más fácil” (Paula)

“o sea, nosotros estamos trabajando directamente con las agrupaciones por ejemplo, familiares, o sea están incorporadas en todo eso que es a nivel central, y al nivel de las comunas, al nivel de los servicios de salud, también, o sea, potenciando lo que son agrupaciones de familiares y usuarios y se está trabajando mucho con ellos, entonces, lo que pasa es que ahí también depende absolutamente de, bueno, uno, del servicio, y también de la organización, en, que esté dispuesto también a hacer, si está dispuesto o no también a de repente, adscribirse también a las formulaciones técnicas o normativas también que hay desde salud” (Paula)

“hay muchas organizaciones trabajando en conjunto, o sea, de hecho en el tema drogas las comunidades terapéuticas, por ejemplo, ahí hay, están en general en red con salud, porque no necesariamente tú tienes que tener todas las opciones para todos los niveles de atención que se requieren, entonces en ese caso por ejemplo, las comunidades terapéuticas, son ONG, son del extrasector, son sin fines de lucro, pero el sistema demanda a las comunidades terapéuticas, gente. Cuando la persona requiere residencia, o requiere un tratamiento ambulatorio de tanto tiempo, se le manda al extrasistema, y se

trabaja con el Hogar de Cristo, se trabaja con las comunidades Credo, con el proyecto Cercom, y los distintos tipos de institución, hasta con el Orpis se trabaja." (Paula)

"Entonces, yo creo que se han ido dando espacios como para quitarnos un poco este estigma tan negativo, y eso, de alguna manera, es una labor nuestra en conjunto con las agrupaciones, en conjunto con los servicios, en conjunto con toda la gente que trabaja en el tema" (Paula)

#### c) Sobre la categorización **organización intersectorial**

"Entonces, a nivel de los ministerios están super coordinados, porque ahí es cuestión de mandar un merno no más y están todos coordinados. Pero vayan a ver si eso se da a nivel municipalizado, de la municipalidad, porque en buenas cuentas, ellos son los que cortan el queque" (Juan)

(la coordinación entre diferentes áreas del estado) "por lo menos en el tema de... hay áreas que están mejor, o sea, en el tema de alcohol y drogas hay una buena coordinación en este momento con el CONACE, y por lo tanto, a través de eso también con educación, hay una coordinación con, también, a nivel de la comunidad, porque es un tema que ya tiene un tiempo, trabajándose, desde el intersector. El tema de violencia, también de alguna manera está cada vez con una mejor coordinación con SERNAM, entonces la idea es que nos potenciemos mutuamente, porque ellos también tienen, este año van a haber 17 centros a nivel del país, centros que son financiados, o que aportan fondos SERNAM, y hemos estado trabajando en la comisión intersectorial o interministerial, con la (...) con la idea de que esos centros realmente se complemente con el trabajo que hace salud, y que no se estén trabajando paralelamente. Incluso hay 2 centros, en los 2 extremos del país, el de Arica y el de Magallanes, que se van a hacer cargo administrativamente, lo va a tener salud, entonces yo creo que ha ido mejorando, la capacidad para trabajar en forma intersectorial. Y otros temas que no han resultado mucho, o sea, también se ha estado trabajando con Trabajo, pero más específicamente con las enfermedades que tienen que ver con, salud mental laboral, pero hay temas que todavía no los hemos trabajado en conjunto, que es por ejemplo todo el tema de la reinserción social, entonces por el momento la cosa funciona a nivel local, o con los talleres de rehabilitación, que en muchos casos son talleres productivos" (Paula)

#### d) Sobre la categorización **entrenamiento de personal y agentes de salud**

"sí, sí, de partida en los cursos que yo he brindado, por lo menos en la persona, las personas que han asistido les ha cambiado la visión. Ahora, hay personas que han estado mucho tiempo en el servicio, y que, algunas dicen que les ha costado muchísimo.

Muchísimo, porque son muchos años de tener la directiva, y que les da temor absoluto" (Ana María)

"les enseñamos a desmitificar el tema del enfermo mental. Porque incluso en las iglesias, llámense evangélicas, católicas, o que no quiere corte, también las iglesias están sumergidas en la cultura, entonces al paciente mental le rebota también y lo ven con cierta reticencia, entonces la idea es que estas instituciones se abran al enfermo mental, lo recojan, avuden a formar redes de apoyo, para el enfermo mental, y nos ha dado hartas satisfacciones fíjate este trabajo" (Juan)

(el personal de salud) "necesita entrenamiento, necesita sentirse seguro también en darle más control a la persona, y lo que pasa también con, porque yo he trabajado con el personal, y lo que pasa es que en general, cuando uno le da una participación más activa, el personal empieza a sentirse más inseguro, pero pasando eso lo empieza a pasar bien, pero necesita gente que los vava apoyando, me entiendes, necesita gente que esté convencida y al lado de ellos, no pueden aprender de un día para otro, porque es muy, muy difícil, es lo mismo que te estaba, o sea, es justo, el rol jerárquico a un rol participativo" (Ana María)

"entonces lo que nosotros queremos es capacitar a estos líderes naturales de la comunidad, y darles una especialización de tal manera que ellos puedan resolver un nivel de problemas mayor, que el que podrían hacer sin esta capacitación. Entonces ellos se capacitan como monitores en salud mental. Cuál será la función de ellos fíjate, a nivel de todas sus reuniones, cada iglesia ahí .. como quiera, pero los contenidos de salud mental son los que nosotros les entregamos, de tal manera que ellos puedan hablar que si existe la depresión, que ellos puedan hablar sobre la violencia intrafamiliar, y puedan hablar sobre el alcoholismo, puedan tener un enfoque institucional del tema de las drogas" (Juan)

"no, tampoco entrenarlos con jerarquía, sino con participación, entonces necesitas gente que haga el entrenamiento así" (Ana María)

"yo creo que los permisos de educación serían excelentes, un aporte, que pudiera ser, con permiso de hospital y de ministerio, digamos, un ministerio de salud mental, cachal, que les dieran el permiso, ya con eso, darles el permiso y financiarles parte de sus estudios" (Ana María)

(los estudiantes médicos) "bueno, en general, son muy interesados y abiertos, abiertos a aprender, yo creo que sería una buena opción sistematizar. Ahora, en este momento, también tratar de hacer un convenio con las universidades. O sea de ir para allá, con una

clase o dos clases, que bien vengan, por lo menos un día, a poder empaparse un poco"  
(Ana María)

"Entonces, para eso también se han implementado otras estrategias que son, por un lado, la consultoría de salud mental y psiquiatría, que está recién comenzando, o sea, hay servicios de salud que la comenzaron hace más tiempo, pero no está instalado en todo el país, en que profesionales del nivel secundario, especialmente hasta el momento psiquiatras, van a los consultorios y hacen por un lado asesoría a los equipos de salud general, y atienden en conjunto... con la idea de que ellos de alguna manera le pierdan el entre comillas, susto a los pacientes psiquiátricos" (Paula)

"Entonces, en este cuento nosotros estamos hace como 10 años, y hemos capacitado como a 600 personas, aquí en Chile, con las patas y el buche, ah. En esta cuestión no recibimos ayuda ni de la municipalidad... oye, el ministerio de salud no está ni ahí con este cuento, el ministerio de educación menos, ni siquiera nos da reconocimiento para esto" (Juan)

#### e) Sobre la categorización **comunicación social**

"ahí falta mucho todavía con educar a la población, porque la población también, yo creo en el autocuidado, fíjate, yo no creo que todo tenga que hacerlo el estado, no, yo no soy de la idea paternalista ni mucho menos, esa cuestión, no estoy ni ahí, no estoy mi ahí con eso. La idea es que hay que educar a la población, y hacerla responsable de su salud mental" (Juan)

(la reforma de salud mental) "Se ha tratado de difundir esto. Hay como expectación"  
(Mariana)

"pero yo creo que hay un avance, o sea hay un avance, y hay una idea de que no es la idea de ir a depositar, sino que es la idea de que la persona está ahí, el mínimo tiempo que requiera y de ahí se va a su espacio habitual, lo más cerca de la comunidad posible"  
(Paula)

"se ha estado trabajando desde el tema comunicación social lo que es la desestigmatización, un poco todo lo que tiene que ver con el estigma, y eso, en el nivel local igual ha ido cambiando" (Paula)

"es un trabajito de hormiguita de las personas que trabajan directamente ahí, porque tienen que ir a hablar con la gente, hablar con la gente del municipio, o sea, no nos corresponde a nosotros, sino en el nivel más... y a nosotros sí, el tema de la cosa más de"



comunicación social. Entonces, se han ido cada vez más sacando, incorporando temas en los medios, nosotros, los medios escritos o en la radio, hablar del tema, de que aparezca lo que se está haciendo, de que aparezca" (Paula)

"Se han hecho varios programas en la televisión, ... yo creo que se han ido dando espacios como para quitarnos un poco este estigma tan negativo, y eso, de alguna manera, es una labor nuestra en conjunto con las agrupaciones, en conjunto con los servicios, en conjunto con toda la gente que trabaja en el tema" (Paula)

#### f) Sobre la categorización **investigación epidemiológica**

"por eso es que (...) investigaciones juntos, generar una, investigación sobre la ocupación, o la participación, fabuloso, digamos, con observación en conjunto" (Ana María)

"había un proyecto muy interesante, muy bonito, la idea era hacer investigación, que se yo, pero fíjate que no hubo interés, de parte de las autoridades por un lado, y yo creo que estaban, bueno, resolviéndose otros problemas más importantes a lo mejor. Entonces quedán a un lado todo lo que es investigación, no, no se hace nada de eso" (Juan)

"Entonces yo creo que eso hace también de que mucha, muchos lugares de estudio, de docencia, no se haga investigación, no se realice investigación, entonces, todos los cursos de pregrado y postgrado, no se realiza investigación, en psiquiatría, en salud mental, yo creo que no se presta mucho la capacidad de ir enseñando cosas novedosas, entonces se pierde querer al sistema" (Juan)

"Hay trabajos muy interesantes, la doctora Rojas tiene uno en comunidad (...) el doctor Vicente, Benjamín Vicente. Bueno, y por algo, este interés tan grande, yo creo que hay porcentajes que son alarmantes, un 40% de la población con problemas depresivos, es una cifra para escandalizar a cualquiera, líderes digamos, top one, muy, muy alto" (Mariana)

"claro, yo creo que eso es urgente, porque los estudios actualmente han ido por el lado de que es lo que pasa en la población, ah, los equipos tiene la sensación, o equipos de salud de que están trabajando y que no están, es una cosa de echar y echar y no, al saco y que como que no se nota, y entonces yo creo que es bueno como ver, bueno si estamos haciendo esto, bueno, como cuánto es, por donde viene esta falencia, o a lo mejor estamos enfocando nuestro trabajo hacia un área en donde en realidad es inútil y hagamos el costo beneficio" (Mariana)

(la investigación) "se ha hecho en forma distinta, o se contratan servicios de personas que postulan para hacer un determinado estudio, se aprovechan estudios que también, que se hacen de otros lados, se buscan distintas formas. Ahora se va a hacer por ejemplo una en el tema depresión, a raíz de esta, como para hacerle el seguimiento, digamos a este programa que se va a instalar en varias comunas, se va hacer otro en torno a la puesta en marcha del reglamento, del reglamento de internación, como también ahí ir viendo como el proceso, o sea, van apareciendo necesidades y se van también tratando de hacer estudios en términos de esas necesidades" (Paula)

#### g) Sobre la categorización rehabilitación

"Tenemos programas de integración progresiva, en el área de rehabilitación, en el área laboral y en el área personal, a sus viviendas, a sus casas, toda el área personal de autonomía. Y con eso todo un proceso de remotivación de la persona." (Ana María)

"y a veces guiada como cuando te regala las cosas, por una cosa de buena voluntad pero que a la persona en rehabilitación no le sirve, porque no la está dejando usar sus habilidades" (Patricia)

"está dentro del proceso de rehabilitación el que las personas también empiecen a sentirse valoradas por el entorno que no conocen" (Patricia)

"Es super frustrante para una persona que está en rehabilitación, que por ejemplo lo están entrenando en manejo de dinero, que vava de repente al supermercado y no lo dejen entrar porque anda cochino. O que de repente vava a la Vega a comprar y que no pueda comprar por que las cosas se las regalan" (Patricia)

"La comunidad terapéutica cabía, cabe un poco en realidad dentro de lo que es rehabilitación" (Patricia)

"que una buena rehabilitación de todas maneras disminuye el costo absoluto, eso es lo que he tratado de decir, disminuye absoluto el costo, los médicos le bajan los medicamentos a la gente, cachai, les pagas eso y eso hace que también disminuya un costo social, de la familia" (Ana María)

"ahí tienes rehabilitación para personas que requieren de una atención mucho más intensiva, en que se plantean todos los días de la semana, como para personas que a lo mejor no requieren que sea tan intensivo y que pueden ir tres veces a la semana, es un programa bien específico y estructurado... en general están en todos lados, en general están en todos lados, eso es un tema que tiene, porque además es más factible, digamos,

y en muchos casos partieron como, se les denominaba antes Centros Diurnos, que es para gente, esas personas que tenían problemas de salud mental, o trastornos psiquiátricos más bien, iban a estos centros, y eso ha tenido, o sea, se reguló mejor, tienen ahora igual una, sobre todo el tema, tema hogar, tiene una normativa, y van aumentando, o sea, van en proceso de ir generando mayores programas digamos, y más cercanos a la gente, en general" (Paula)

"son los mismos equipos, los mismos equipos tanto de los servicios de psiquiatría como de los COSAM los que ofrecen estos programas de rehabilitación" (Paula)

#### h) Sobre la categorización **inserción laboral**

"A nivel local, los mismo municipios, que se yo tienen, han conseguido puestos de trabajo, o como pasa por ejemplo en el Servicio de Salud Sur, que hay gente que está ahí, que trabaja por ejemplo como estafeta, o que se yo, en el hospital, o le hace los jardines, por ejemplo le mantiene los jardines, ese tipo de cosas, pero obviamente que es un tema que se debe trabajar con trabajo" (Paula)

#### V ATENCION IDEAL

"Por lo tanto, yo creo que una de las cosas más importante en los ambientes es desarrollar esa, como esa relación más natural con la persona, no tener miedo, poder escuchar, como debiera para la persona escuchar, como debiérase organizar el ambiente físico, de tal manera que les hable a las personas, y los invite a reunirse o hacer otras cosas" (Ana María)

"ahí está el trabajo de todos, digamos, si tienes una persona encargada pero de un buen trabajo, de comunión en el fondo, perdón que hable así, con el director técnico del hospital, y el director administrativo, en conjunto, te fijas, con las personas que están encargadas. Ahora, eso tendría que verse bien, no cierto, la persona fidedigna para actuar, (...) o sea, esa es mi visión, yo, mi visión de lo que yo he visto, y lo que vi por ejemplo en Estados Unidos que al final se eligieron personas fidedignas, porque se comprobó, y se comprobó" (Ana María)

"Entonces, uno lo que quisiera, y tal vez lo ideal, yo el otro día pensaba cuál será el país ideal de trabajar en salud mental. Yo te diría el país ideal sería aquel donde tú, donde la empresa, donde el empresario ahí, cooperara, y (...) y el sistema también de Isapres fuera más preventivo, y no nos viera a nosotros entonces como aquellas personas que estamos oye, como te dijera yo, lucrándonos, por la gente, y dando licencias médicas de más" (Juan)

"para la persona que tiene un problema de salud mental, que tiene un trastorno psiquiátrico, el espacio ideal es el hospital común y corriente cuando tú requieres una hospitalización" (Paula)

## CAPITULO V CONCLUSIONES

### 1.- CONCLUSIONES

Con la información así sistematizada, podemos referirnos a la representación de la Reforma de Salud Mental en el siguiente esquema:

#### **Area Temática**

#### **I CONCEPTOS BASE**

##### **a) Concepto de Salud Mental**

- es un concepto comunitario, no individual
- es un concepto dinámico
- tiene que ver con el estilo de vida y el desarrollo de las personas
- la comunidad es responsable de su salud mental, mediante el autocuidado
- es un derecho
- implica mejorar la calidad de vida

##### **b) Concepto de Enfermedad Mental**

- en un modelo médico se indica que es un estado que puede ser tratado y curado
- se vivía en Chile como una vergüenza, y por lo tanto se escondía
- no puede curarse, por lo que se debe trabajar en la convivencia con ella
- es una vivencia particular para cada persona
- puede gatillarse por las condiciones sociales
- validarla significa validar el enfermo como ser humano
- es dinámica
- las dolencias físicas pueden ser provocadas por ellas
- tiene una vertiente biológica y social
- siempre ha existido, pero ha sido olvidada
- es necesario distinguirla de la pura sintomatología psiquiátrica
- repercute en la familia, en el trabajo y en la vida social

### c) Concepto de Enfermo Mental

- es estigmatizado por su deterioro social
- pierde su referente social, su contacto con el otro, las habilidades sociales
- para el Estado, era un incapacitado que genera gasto
- son personas con derechos y oportunidades y merecedores de un trato digno
- requieren rehabilitación más que tratamiento psicológico
- el rechazo provoca más deterioro
- también son responsables del estigma que recae sobre ellos
- en Chile es un asilado en su propio país
- en relación al trato hay un doble estándar: se habla de apoyarlo, pero no se lo reconoce
- debe estar integrado a su comunidad
- está dejando de vivir y de producir, pero puede volver a hacerlo
- existe el mito del loco de atar, rechazado por la familia
- siendo un problema social, se transforman en un problema médico
- cuando no hay familia, no hay un soporte social, no tienen cabida
- no se considera urgente atenderlos
- no son peligrosos
- aunque hay diferencias según el estrato social, la vivencia de la enfermedad es la misma.

### d) Concepto de Personal de Salud

- se ha empezado a valorar la labor de los no médicos
- los médicos establecen una relación de usuario con el paciente
- es aquel al que las personas recurren, debe acogerlos e informarlos
- todo el personal de salud es responsable de la acción médica
- deben trabajar como equipo

## Area Temática

### II EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

#### a) Formación del personal de salud

- en enfermería existe conocimiento en prevención y promoción
- los psicólogos están preparados para el trabajo con grupos
- los médicos sólo atienden
- no hay manejo de las personas con trastornos en la formación general
- se necesita manejo del concepto de rehabilitación
- desde las diferentes disciplinas debe existir un acercamiento a las personas con experiencia, de cualquier profesión
- el concepto de rehabilitación es poco manejado por la enfermería, la psicología, la psiquiatría, la asistencia social
- en los países occidentales los roles están muy marcados, en trabajo para y no con la persona
- es raro el trabajo no jerárquico
- la formación de pregrado en medicina es insuficiente, y también se requiere mejorar las becas de especialización
- en medicina hay un exceso de uso de exámenes sobre el trabajo relacional
- faltan maestros en medicina
- la formación del médico debe incluir el trabajo con equipos, en sectores de trinchera, no saltarse inmediatamente a la especialidad
- es importante cautelar la formación de especialistas

#### b) Calidad de la atención

- se tiene un visión más amplia de la calidad, que incluye no sólo la medición de habilidades sino el ambiente y la motivación
- la calidad debe dirigirse hacia lo preventivo

### **c) Estructura del sector salud**

- la municipalización afectó el financiamiento y desaparición de los COSAM
- el lineamiento de los COSAM depende de la política del municipio más que de las prioridades médicas
- la municipalización implica pérdida de espacio para el nivel central
- a nivel institucional, el personal de salud está obligado a preocuparse más por el orden y la limpieza
- la municipalización alejó a los consultorios del hospital, y dependen de los dineros municipales
- el Estado debe hacerse más cargo de la salud, no los privados
- las organizaciones del extrasistema se vinculan a las públicas en el nivel del servicio, no del nivel central
- la reforma es un proceso más a nivel de la Unidad de Salud mental que del Ministerio de Salud.

### **d) Trabajo con el usuario**

- se valora el trabajo comunitario basado en la pertenencia y la participación
- se desarrollan actividades recreativas, culturales, el desarrollo de habilidades sociales y prelaborales, el manejo de vocabulario, servicios públicos y la autonomía
- en los talleres laborales se realizan básicamente manualidades
- la actividad laboral se desarrolla en relación la capacidad de cada persona
- falta trabajo de información a las familias
- exceso de farmacoterapia en los hospitales por falta de tiempo

### **e) Enfermedades que se tratan**

- la esquizofrenia, que se ha hecho más conocida
- la depresión, que va en aumento en todos los grupos etarios
- falta tratar más las enfermedades infantiles
- tratamiento de temas de alcohol y drogas, y violencia intrafamiliar



#### **f) Sectorización**

- existencia de pocos grandes centros psiquiátricos a lo largo del país, que reciben población de todas las zonas
- en Santiago, la implementación está diferenciada por sectores, existiendo grandes desigualdades en los stocks de medicamentos, la mentalidad y la infraestructura

#### **g) Iniciativa personal**

- las cosas funcionan dependiendo de la capacidad y experiencia de cada persona
- los objetivos se logran dependiendo de las relaciones de las personas
- existe aún falta de sistematización, se depende de las motivaciones y estrategias de cada equipo

#### **h) Medición de la atención: eficiencia**

- en los COSAM la medición es cuantitativa y no cualitativa. No se evalúa en términos de realización de programas sino de número de personas
- para responder a números se prefiere intervenir en personas más jóvenes
- la atención psiquiátrica en hospitales es de 30 minutos por persona, tiempo en que se atiende a 2 pacientes físicos. Sin embargo, este tiempo es considerado insuficiente, permite sólo la farmacoterapia y no una organización coherente con el paciente
- existe una constante exigencia por responder con cifras
- existe una constante exigencia de las Isapres por informes sobre la fecha de curación de la persona
- los programas de salud mental se evalúan por el número de personas tratadas

## Area Temática

### III REFORMA DE SALUD MENTAL:

#### - CONOCIMIENTO

##### a) Cómo → Proceso

- existía una expectativa por la reforma, en términos de permitir una vuelta al trabajo comunitario
- percepción de cambio y mejoría frente al deterioro del sector de salud durante el régimen militar
- percepción de mayor apertura en hospitales a métodos distintos de atención
- percepción de un reparto más equitativo de fondos para sector salud
- bajo presupuesto de salud se limita a la farmacoterapia
- existe una percepción en el nivel central de que se estaba produciendo una pérdida de dinero
- comienza atención de salud mental en el nivel de atención primaria, pero con un enfoque muy asistencial
- existe una discontinuidad en la política de atención de los distintos servicios por los cambios de directiva
- aumenta la participación de las agrupaciones ed familiares y usuarios, la unidad de salud mental también los invita a participar
- a pesar de la recuperación en salud mental, falta organización y objetivos claros
- falta de especialistas
- los hospitales psiquiátricos grandes están sobrepasados
- existieron proyectos de atención poco flexibles que derivaron en pérdida de recursos
- hay percepción de necesidad de cambios en al estructura de los diferentes niveles de atención y también de los esfuerzos en este sentido
- existe un manejo de salud mental a nivel de temas como alcohol y drogas, violencia, derechos humanos y discapacidad. Se prioriza por temas y por formas específicas de atención en salud mental
- percepción del movimiento internacional en el tema

**b) Por qué → Razones**

- ausencia de trabajo preventivo, centrado sólo en el nivel curativo por falta de interés en organización comunitaria
- desfinanciamiento y aumento de internos en los hospitales públicos
- profesionales quieren validar su trabajo
- el nivel central quiere mejorar las cifras
- hay preocupación en el nivel central

**c) Para qué → Objetivos**

- se busca desinstitucionalizar a los enfermos
- se busca lograr la cobertura de Isapres
- valorar la intervención psiquiátrica como inversión
- búsqueda de participación más activa de la familia y el usuario
- cambios en el área laboral
- recuperación de la salud pública de antes de la dictadura
- atención hospitalaria sólo en casos agudos
- acercar la especialidad a la población, sacarla de los centros especializados
- mejorar la calidad de la atención
- aumentar el trabajo preventivo
- armar una red
- aumentar la contraparte hospitalaria: hogares protegidos, hospitales día
- mejorar las prestaciones de FONASA
- transformar los hospitales en centros de especialidad
- descongestionar el nivel secundario y aumentar la resolutivead del primario

## - EVALUACIÓN

### d) Efectos

- se ve una renovación de la psiquiatría, validando más al paciente y a su familia
- existe un compromiso de las Isapres por considerar la cobertura
- los cambios en hospitales son muy rápidos, falta una base para la línea más comunitaria
- mejora en trabajo de los equipos
- hay más implementación de redes, medicamentos
- creación de comités de estudio de fármacos y normativa de herramientas terapéuticas
- creación de hospitales día para la atención de los pacientes que salen de la fase agudos
- programas de rehabilitación en comunas
- programas para la depresión en comunas
- incorporación de la salud mental en la Reforma de Salud
- entrega de estándares de calidad para el sector privado

### e) Problemas

- choque entre el trabajo de los COSAM con la línea de los municipios
- problemas organizacionales y de afiatamiento de los equipos
- falta de especialistas
- problema de financiamiento por municipalización de la salud
- dificultad de educar al personal de salud por que no reciben un trato digno, no tienen un rol participativo y falta motivación
- aumenta las horas de especialistas pero falta énfasis en la rehabilitación
- no se considera los procesos personales de los pacientes tras la desinstitucionalización
- falta la contraparte de la institucionalización
- mucha dependencia de las directivas, falta continuidad en los programas
- falta un mayor apoyo del Estado a las contrapartes del extrasistema
- la familia se ve afectada por muy altos factores de stress
- no hay suficientes opciones para una atención integral

- las Isapres aún no reconocen las enfermedades mentales
- en vez de trabajar con la comunidad, los hospitales se alejaron de la atención primaria
- existe una descoordinación y falta de voluntad para derivar recursos a salud
- la salud está en manos de economistas
- hay descoordinación entre el nivel central y los municipios en la priorización de la salud mental
- el equipo de salud está desgastado por la burocracia
- se está sobrepasado por las enfermedades médicas
- el trabajo médico se pierde por las agravantes sociales
- no se puede trabajar con la familia. Hay una deserción generalizada por el sistema social
- falta cautelar la profesión médica
- existen faltas crónicas de medicamentos y especialistas en algunas áreas
- es necesario un cambio en la mentalidad
- los centros de atención psiquiátrica son todavía lejanos
- no todos los enfermos tienen una familia o comunidad de respaldo
- falta inversión en rehabilitación
- los fármacos no son la panacea. O no hay, o son caros, o no sirven
- no hay equipos de salud mental en todas partes
- los especialistas se ocupan de cosas básicas por la falta de resolutiveidad del sector primario
- no se puede atender el tiempo necesario al paciente, se prioriza la atención del paciente físico, que es más corta y con resultados más inmediatos
- el personal de salud siente que es la piedra de tope, le llegan todos los problemas no resueltos
- los cambios en las jefaturas municipales afectan el funcionamiento de la salud mental en el nivel comunal
- falta resolutiveidad en áreas de vivienda y trabajo
- existe aún rechazo en la comunidad al paciente psiquiátrico

## Area Temática

### IV EVALUACIÓN ACCIONES REFERIDAS

#### a) Intervención comunitaria

- se debe realizar un trabajo con la comunidad que recibe a los pacientes desinstitucionalizados
- el personal de salud es responsable de sensibilizar a la comunidad
- se trabaja con los pacientes y sus familias
- se busca que las personas se integran a la vida comunitaria.

#### b) Implementación de Redes

- existe un desarrollo del trabajo del extrasistema con los servicios públicos
- se ha desarrollado un trabajo con la comunidad
- existe un deseo por entrenar al personal de salud
- existe dificultad para insertarse en el área pública desde el extrasistema
- falta más trabajo de implementación de redes
- falta respaldo de las familias disfuncionales
- falta capacidad resolutive fuera de los grandes centros
- se ha implementado fórmulas de apoyo desde el nivel hospitalario a los consultorios, para derivar
- los equipos de salud comunal informan al nivel central
- hay más trabajo con las agrupaciones y con el nivel comunal, pero depende de la organización, las motivaciones y la adscripción a las formulaciones del nivel central
- existe red en temas específicos, como alcohol y drogas
- existe un trabajo en red en el tema de la desestigmatización del enfermo mental

### **c) Organización intersectorial**

- a nivel del ministerio están coordinados, pero no a nivel municipal
- la coordinación del nivel central se da por áreas temáticas, como alcohol y drogas, violencia intrafamiliar
- falta mejorar la coordinación con vivienda y trabajo

### **d) Entrenamiento del personal de salud**

- el personal refiere cambios tras un entrenamiento específico, pero con dificultades derivadas del sistema jerárquico
- hay trabajo de entrenamiento también en líderes comunales
- el personal necesita entrenamiento, porque cuando se le da una participación más activa no sabe que hacer
- es necesario apoyar los permisos de educación y financiamiento del entrenamiento
- el nivel central también ha implementado consultorías de salud mental y psiquiatría, entregadas por psiquiatras en los consultorios
- en muchos casos el entrenamiento no es financiado ni reconocido por el nivel central

### **e) Comunicación social**

- falta sensibilizar a la población en el autocuidado, en formas menos asistenciales de salud
- se percibe un interés del nivel central por difundir los cambios
- hay un avance en la difusión de la idea de no depositar al enfermo en el hospital, sino que vuelvan a la comunidad
- se ha trabajado en la desestigmatización del enfermo mental a nivel local
- el trabajo debe darse en los medios de comunicación, así como en la labor del personal de salud en su comunidad

#### **f) Investigación epidemiológica**

- se necesita investigación sobre la participación
- falta interés de las autoridades por desarrollar investigación
- la falta de investigación incide en la deficiencia en formación
- la investigación realizada informa de índices muy altos
- se requiere investigación acerca de la implementación de la reforma, como evaluación
- los estudios que se han realizado se han hecho en relación a temas muy específicos

#### **g) Rehabilitación**

- debe enfocarse a la autonomía y la remotivación de la persona
- debe buscar desarrollar y recuperar las habilidades de la persona
- disminuye el costo terapéutico y el costo social
- debe enfocarse en las necesidades de cada persona

#### **h) Inserción laboral**

- falta mucho, no está en las prioridades de los diferentes sectores
- depende de la buena voluntad de las personas, no está en las líneas programáticas en el tema



**Area Temática**  
**V ATENCIÓN IDEAL**

- tratar a las personas con naturalidad, en ambientes más naturales
- poner a las personas más adecuadas en los cargos, no por razones políticas ni por carrera funcionaria
- se debe dar cabida al enfermo en el ámbito laboral
- que la atención sea sólo ambulatoria, no más internamiento

## 2.-EPILOGO

En los últimos 30 años, la política de salud mental en Chile ha sufrido diversos cambios. Desde una situación de desmedro organizacional y financiero, tanto el nivel central como los profesionales de la salud han generado diversos esfuerzos por lograr una mejoría en la situación del enfermo mental, incorporando un concepto comunitario en la actividad sanitaria. A 10 años de la vuelta a la democracia, y del inicio formal de estos esfuerzos, esta memoria pretende entregar información valiosa para la comprensión de este proceso, con las herramientas de la Antropología Social.

Los cambios que propone la Reforma de Salud Mental se refieren tanto a las instancias que deben resolver los problemas de salud mental, como al tipo de respuesta que debe dar el sistema de salud a los problemas de las personas que sufren trastornos mentales. Se espera que el nivel primario se incorpore a la atención de salud mental, y que el personal de salud genere una nueva forma de intervención, que incorpore a la comunidad en la acción sanitaria y la haga responsable de su salud mental. Esto trae dos consecuencias inmediatas: que la atención de salud mental no estará más circunscrita a los centros especializados donde generalmente se trata, y que la estructura de la salud debe cambiar de un estilo jerárquico a uno más horizontal, en donde, desde el médico hasta el auxiliar de salud, son responsables en el diagnóstico y tratamiento digno de la persona que sufre, y con ellos, su familia y la comunidad en donde se inserta.

Los estudios sobre salud mental en Chile rara vez han incorporado la vivencia del personal de salud en estos cambios. De la percepción que ellos tengan sobre la persona del enfermo mental y sobre el trato que debe recibir, sin embargo, depende en parte importante el éxito de una Reforma que ha comenzado en Chile más de una vez. La representación social del enfermo mental que maneje el personal de salud, incidirá en el logro de la deshospitalización, así como en la constitución de la figura del enfermo mental como sujeto social inserto en su comunidad, con responsabilidades y derechos reconocidos por todos.

En la implementación de la reforma de salud mental, el personal de salud refiere dificultades desde el punto de vista de la implementación económica, pero especialmente desde el punto de vista de la mentalidad, es decir, de la representación social de la enfermedad y del enfermo mental.

R.502

Los resultados de esta investigación indican que el concepto salud y enfermedad mental que maneja el personal de salud corresponde a una idea dinámica, en donde la vida social juega un papel fundamental. La actividad terapéutica debe integrarse a los procesos sociales, que es donde se generan los factores protectores de la salud y los desencadenantes de las enfermedades. Esto significa a su vez, que una parte importante de la responsabilidad sobre la salud se traspa a la comunidad y pasa a depender de las actitudes de convivencia, laborales, económicas y políticas.

En ese sentido, la Reforma de Salud Mental debe lograr una mayor participación en el proceso terapéutico de parte de la persona que sufre un trastorno mental como su familia; la integración de la comunidad al proceso terapéutico y cambios en la formación del personal de salud.

Las dificultades en el logro de estos objetivos están dadas por la estructura jerárquica de la organización de la salud, que dificulta el proceso de integración del usuario y su familia, así como la participación de los diferentes miembros del personal de salud en el acto médico. Otro factor es el hecho que las enfermedades médicas sobrepasan el sistema de salud, que se ve obligado a destinar los escasos recursos humanos y económicos a los problemas más urgentes, postergando el cuidado de la salud mental, que sin embargo es la mayor causa de ellas. Un tercer factor es el abandono del nivel central de las actividades locales, pues tras la municipalización de la atención primaria, esta debe priorizar en relación a los objetivos y el financiamiento comunal, dependiendo el desarrollo de la salud mental de la importancia que le otorgue la jefatura de turno.

A pesar de estas dificultades, la representación social del enfermo mental como un alienado social está cambiando, tanto al interior del personal de salud como en las familias y los enfermos. Es un proceso en donde las Ciencias Sociales y la Antropología pueden integrarse, y desde el punto de vista del análisis de la cultura, enfrentar la contradicción entre una sociedad que no acepta la diferencia y una política que quiere lograr la aceptación.

## BIBLIOGRAFIA

**Ahumada Pacheco, Hermes:** PLAN NACIONAL DE DEFENSA DE LA SALUD MENTAL. Tesis para optar al Grado de Licenciado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. Editorial Jurídica de Chile. 1954.

**Alonso, Luis Enrique:** CAPITULO 8. SUJETO Y DISCURSO: EL LUGAR DE LA ENTREVISTA ABIERTA EN LAS PRACTICAS DE LA SOCIOLOGIA CUALITATIVA. En METODOS Y TECNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES. Delgado, Juan Manuel; y Gutiérrez, Juan; Coordinadores: Editorial Síntesis, S.A. Impreso en España, 3ª Reimpresión 1999.

**Arriagada, Genaro:** MODERNIZACION DEL ESTADO: LA VISION DEL GOBIERNO. Diario La Epoca Diciembre 11 de 1994. Apuntes Pregrado Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.

**Marco Barrientos, Marco, y Sepúlveda, Rafael:** TRABAJO EN SALUD MENTAL EN CONTEXTOS COMUNITARIOS: IDEAS PARA LA SINERGIA ENTRE LA PERSPECTIVA CLINICA Y LA PERSPECTIVA COMUNITARIA. Pag 21-30. En CUADERNOS MEDICO SOCIALES. COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.) DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA. Santiago de Chile Vol. XXXVII. Número 2/96. Junio 1996.

**Boas, Franz:** CUESTIONES FUNDAMENTALES DE ANTROPOLOGIA CULTURAL. Editorial Lautaro. Argentina. 1947.

**Boletín de la Academia Chilena de la Historia:** EL DESTINO DE LOS ENFERMOS MENTALES EN CHILE DURANTE LA COLONIA. Segundo semestre 1955. N° 53 Año 22 Paginas 79-95.

**Bustos, Reinaldo:** TRABAJO COMUNITARIO: LAS DEMANDAS SOCIALES Y EL TRABAJO DE LOS TECNICOS. Pág.31-38. En CUADERNOS MEDICO SOCIALES. COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.) DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA. Santiago de Chile Vol. XXXVII. Número 2/96. Junio 1996.

**Capponi, Ricardo:** PSICOPATOLOGIA Y SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA. Ed. Universitaria. Chile. 1987.

**CODIGO SANITARIO, REPUBLICA DE CHILE:** Edicion oficial aprobada por Decreto N° 553, 30 de Marzo de 1990, del Ministerio de Justicia. Ed. Juridica de Chile 7ª Edicion 1990. Stgo, Chile.

**De Miguel, Jesús M.:** INTRODUCCION AL CAMPO DE LA ANTROPOLOGIA MEDICA. En LA ANTROPOLOGIA MEDICA EN ESPAÑA. Michael Kenny y Jesús de Miguel Editores. Editorial Anagrama. 1980. Barcelona. España.

**DICCIONARIOS RIODUERO:** Antropología Cultural. Versión de Alejandro y Antonio Alvarez de Luna. Ediciones Rioduero, Madrid. 1986.

**El Mercurio, Cuerpo E:** CAMINO DE PERFECCION Psiquiatría en Chile. 12 de Marzo de 2000. Pag12-13.

**Esteva Fabregat, Claudio:** CULTURA Y SALUD MENTAL. En LA ANTROPOLOGIA MEDICA EN ESPAÑA. Michael Kenny y Jesús de Miguel Editores. Editorial Anagrama. 1980. Barcelona. España.

**Foucault, Michel:** LA VIDA DE LOS HOMBRES INFAMES. Editorial Altamira. 1996. La Plata. Argentina.

**Foucault, Michel:** ENFERMEDAD MENTAL Y PERSONALIDAD. Editorial Paidós. Barcelona. España. 3ª Reimpresión 1991.

**Godelier, Maurice:** LO IDEAL Y LO MATERIAL. Tauros Humanidades. 1989. España.

**Goffman, Erving:** INTERNADOS. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1970

**Gómez Papic, Claudio:** EL CONCEPTO DE MUERTE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: Un estudio sobre el entrenamiento de los estudiantes de medicina frente a la muerte. Memoria para optar al título de antropólogo. 1994.

**González Rodríguez, Sergio:** ESTUDIO EXPLORATORIO DE LA DISTANCIA SOCIAL HACIA LOS ENFERMOS MENTALES EN EL SECTOR POBLACIONAL. Tesis de grado para optar al Título de Licenciado en Antropología Social. Santiago. Chile. 1982. Universidad de Chile.

**Herskovits, Melville J.:** EL HOMBRE Y SUS OBRAS. Fondo de Cultura Económica. Octava reimpresión 1984. México.

**Kluckhohn, Clyde:** ANTROPOLOGIA. Fondo de Cultura Económica. Quinta Edición en español. 1965. México.

**Laín Entralgo, Pedro:** EL MEDICO Y EL ENFERMO. Ediciones Guadarrama, S.A. Madrid. 1969. Impreso en Italia.

**Levinson, Daniel J. & Gallagher, Eugene B.:** SOCIOLOGIA DEL ENFERMO MENTAL. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1971.

**Linton, Ralph:** ESTUDIO DEL HOMBRE. Décimocuarta reimpresión 1988. Fondo de Cultura Económica. México.

**Maas Vivanco, Juan y Monasterio Irazoque, Hernán:** RED DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS E INTERVENCION EN CRISIS PROPUESTA PARA LA MEJORIA DE LA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PSIQUIATRICA. Pág., 39-45. En CUADERNOS MEDICO SOCIALES. COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.) DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA. Santiago de Chile Vol. XXXVII. Número 2/96. Junio 1996.

**Maas Vivanco, Juan y Monasterio Irazoque, Hernán:** PROYECTO OCCIDENTE. FUNDAMENTOS PARA EL DESARROLLO DE UN SERVICIO ESTATAL DE SALUD MENTAL. Pag. 53-57. En CUADERNOS MEDICO SOCIALES. COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.) DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA. Santiago de Chile Vol. XXXVII. Número 2/96. Junio 1996

**Minsal:** ACUERDO DE SANTIAGO: Noviembre 16, 1991. Conferencia Chilena sobre "Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: accesibilidad, equidad y participación".

**Minsal:** CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL FAMILIAR COSAM. MEMORIA MARZO1990- MARZO1994. SANTIAGO, OCTUBRE 1994. PUBLICACIONES DE SALUD MENTAL N° 7. República de Chile. Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Departamento Programas de las Personas. Unidad de Salud Mental.

**Minsal:** CRONOGRAMA 2001. Documento Internet. Minsal.cl. 2001.

**Minsal:** ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE. MAGNITUD Y CONSECUENCIAS. Ministerio de Salud. 1999.

**Minsal:** DECLARACION DE CARACAS: DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE PSIQUIATRICO. 1990.

**Minsal:** DÍA MUNDIAL DE LA SALUD DESTINADO AL ÁMBITO MENTAL 300 MILLONES DE PESOS PARA TRATAMIENTO DE DEPRESIONES. Documento Internet. Minsal.cl. 2001.

**Minsal:** DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION. GUIA METODOLOGICA. Serie MINSAL 03. Guías metodológicas SM n°3, 1998. República de Chile. Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Depto. Programas de las Personas. Unidad de Salud Mental.



**Minsal:** METAS PRIORITARIAS 2000-2006. Documento Internet. Minsal.cl. 2001.

**Minsal:** REFORMA EN SALUD. Bases de la reforma. Documento Internet. Minsal.cl. 2001.

**Minsal:** REGLAMENTO PARA LA INTERNACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES. Documento Internet. Minsal.cl. 2001.

**Minsal:** PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA. Santiago, Chile - 1990. República de Chile. Ministerio de Salud. Programación. Unidad de Salud Mental

**Minsal:** PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA 2000. Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud.

**Minsal:** POLITICAS Y PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL. Santiago, Chile - 1993. República de Chile. Ministerio de Salud. Programación. Unidad de Salud Mental

**mtg:** EL PLAN QUE PROMETE SALUD MENTAL A LOS CHILENOS. Jueves 6 de Julio de 2000. Pag.10-11.

**Nadel, S.F.:** FUNDAMENTOS DE ANTROPOLOGIA SOCIAL. Fondo de Cultura Económica. Segunda reimpresión 1985. México.

**Newdick, Douglas:** PODER Y CONSENTIMIENTO. Reduccionismo, Dialéctica y la teoría del Consentimiento. Documento Internet. 1999.

**Parsons, Talcott:** EL SISTEMA SOCIAL. Ediciones de la Revista de Occidente. Madrid. 1966.

**Pemjean G., Alfredo:** EL PROCESO DE REESTRUCTURACION DE LA ATENCION EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA EN CHILE (1990-1996). Pag.5-17. En CUADERNOS MEDICO SOCIALES. COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.) DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA. Santiago de Chile Vol. XXXVII. Número 2/96. Junio 1996

**Roa, Armando:** PSIQUIATRIA. Ed. Andrés Bello. Santiago de Chile. 12ª Edición. 1981.

**Taylor, S.J. y Bogdan, R.:** INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN. La búsqueda de los significados. Ediciones Paidós. 1ª Reimpresión en España. 1992.

**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA DECIMA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10):** Documento Internet. 1999.

**Torres, Carmen:** LA OTRA MIRADA DE LA SALUD MENTAL. Agenda Salud. Publicación Trimestral del Programa Mujeres y Salud de Isis Internacional. Julio-Septiembre 1996. ISIS Internacional. Santiago, Chile.

**Van Dijk, Teun A.:** EL DISCURSO COMO INTERACCIÓN SOCIAL. Compilador. Estudios sobre el discurso II. Introducción multidisciplinaria. Editorial GEDISA. 1ª Edición, marzo 2000. Impreso en España.

**Von Bertalanffy, Ludwig:** TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS. Fondo de Cultura Económica. 3ª reimpresión 1992. Argentina.

**Weisner, Mónica:** APUNTES DE CLASE, Antropología Médica, 1994.

## ANEXO 1

### REGLAMENTO PARA LA INTERNACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

#### TITULO I

#### DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º.- Corresponderá al Estado ejercer acciones de fomento y protección de la salud mental de la población, detectando y previniendo situaciones de riesgo que puedan afectarla, así como velar porque se ejecuten las actividades de recuperación y de rehabilitación de las personas enfermas, ya sea que ello se realice con sus propios recursos o a través de entidades privadas autorizadas para estos efectos.

ARTICULO 2º.- El tratamiento a otorgarse a las personas que padecen enfermedades mentales debe ser multidimensional y sus componentes deben adaptarse a los diferentes momentos de la evolución del trastorno base y a las necesidades de la persona que lo experimenta.

Estará dirigido en forma simultánea, a contrarrestar los factores causales y a obtener alivio o remisión de los síntomas o signos clínicos de la enfermedad mental de base, a recuperar la adaptación a la situación de vida habitual del sujeto y, en algunos casos, a permitir una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la perturbación experimentada, de la eventual secuela y de su significación para la identidad personal.

ARTICULO 3º.- Para estos efectos deberán existir establecimientos especializados y, en los establecimientos de salud general, unidades o servicios de atención especializada de personas que padecen trastornos mentales, cuyo objetivo será prestar esta atención, en forma cerrada y/o ambulatoria, programada o de urgencia, mediante la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que correspondan.

Los establecimientos públicos y privados de esta naturaleza que se establezcan para cumplir las funciones asistenciales antes descritas, deberán cumplir las exigencias específicas que respecto de cada tipo de ellos, disponga el "Protocolo de acreditación de establecimientos y unidades que componen la red de servicios de salud mental y psiquiatría", que deberá ser aprobado por resolución del Ministerio de Salud, dictada en uso de sus atribuciones legales técnico normativas.

ARTICULO 4º.- El presente reglamento se refiere exclusivamente a los establecimientos de internación psiquiátrica, sean públicos o privados, destinados a otorgar tratamiento curativo o de rehabilitación, a través de un régimen de residencia total o parcial, así como a la organización e infraestructura de estos locales, todo ello con miras a garantizar a los pacientes una adecuada atención de salud.

Del mismo modo regulará el ingreso, permanencia y egreso desde estos establecimientos, de las personas que sufren enfermedades mentales.

ARTICULO 5°.- Toda persona que lo precise, tiene derecho a acceder a un tratamiento psiquiátrico, otorgado conforme a una buena y actualizada práctica clínica especializada y a los medios disponibles para ello, el que siempre deberá incluir oportunidades para participar activamente en las instancias del proceso de tratamiento que así lo requieran.

En el caso que el tratamiento requiera de hospitalización o internación, el establecimiento garantizará el libre acceso a toda persona que cumpla con los requisitos técnicos y administrativos establecidos para este efecto, la existencia de condiciones adecuadas para ello y una atención libre de toda forma de abuso.

ARTICULO 6°.- Para los efectos de este reglamento, se entenderá por:

1°.- Pacientes psiquiátricos: Las personas que sufren de una enfermedad o trastorno mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado.

2°.- Enfermedad o trastorno mental: Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Las enfermedades o trastornos mentales a que se refiere el presente reglamento, son los contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, de la Organización Mundial de la Salud, con el nombre de "Trastornos Mentales y del Comportamiento", documento que con las adecuaciones del caso, será aprobado por resolución del Ministerio de Salud, dictada en uso de sus atribuciones legales técnico normativas, y evaluado periódicamente por un grupo experto, convocado específicamente por el Ministerio para tales efectos.

3°.- Crisis: Es un episodio de duración variable de pérdida, total o parcial, de la capacidad de control sobre sí mismo y/o sobre su situación vital, que una persona experimenta por primera vez o en forma intermitente, a raíz de un trastorno mental conocido o probable, según criterio médico.

4°.- Tratamiento psiquiátrico: Toda acción, incluidas las propias de la medicina y otras profesiones relacionadas, tales como psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según sea procedente, efectuadas bajo la supervisión de un médico tratante y que tengan por objeto producir la recuperación o mejoría, adaptación y/o habilitación de una persona que sufre una enfermedad o trastorno mental.

5°.- Plan de Tratamiento: Es la enunciación del ordenamiento jerárquico y secuencial de las acciones de salud incluidas en el tratamiento, que se registra en la ficha clínica del

paciente, para ser efectuadas en un lapso determinado, por el equipo tratante, bajo la supervisión y responsabilidad del médico a cargo.

El plan de tratamiento establecerá el grado de autonomía de los pacientes psiquiátricos, de acuerdo a los criterios técnicos que el equipo tratante se dé para ello, tales como sistema de puertas abiertas, toma de decisiones de carácter legal, financiero u otras, internación conjunta con familiares, etc. siempre que no contravengan las disposiciones de este reglamento.

6°.- Rehabilitación psicosocial: Es el proceso que busca mejorar el acceso a las oportunidades que el ambiente social ofrece a las personas que presentan una discapacidad derivada de una enfermedad o trastorno mental, a través de intervenciones de carácter técnico-profesionales orientadas a disminuir sus limitaciones, incrementar sus capacidades remanentes y modificar los factores ambientales involucrados, de modo que alcancen el máximo nivel que permita su condición, en cuanto a autonomía y desenvolvimiento social. Se aplica también al caso de personas que, además o por efectos de una discapacidad física o sensorial, experimentan perturbaciones psicológicas asociadas o inhabilitantes por sí mismas.

7°.- Médico tratante o a cargo: Es aquel médico cirujano que puede acreditar la realización y aprobación por parte de una entidad académica legalmente autorizada para el efecto, de una especialización en el área de la psiquiatría o que puede acreditar a lo menos cinco años de experiencia en establecimientos de hospitalización o internación psiquiátrica o en centros de atención abierta de la especialidad, a través de la certificación de una entidad calificada para ello.

8°.- Equipo tratante: Es el conjunto de recursos humanos de carácter profesional, técnico o auxiliar, que concurre a la atención del paciente, encabezados por el médico a cargo, en un determinado establecimiento o unidad especializados.

9°.- Conductas perturbadoras o agresivas: Son acciones violentas de carácter físico o psíquico, de niveles variable de intensidad y peligrosidad, que se ejercen sobre sí mismo o sobre otras personas o cosas, en forma predecible o impredecible, provocando una perturbación en el ambiente social de la persona que las ejerce, las que deben ser evaluadas conforme a un criterio técnico, compartido por el equipo tratante, sobre la base, entre otros, de episodios anteriores de la misma naturaleza, reacciones similares frente a estímulos presentes en las mismas situaciones y condiciones clínicas regularmente asociadas y específicamente evaluadas, tales como impulsividad, agresividad, personalidad antisocial, manifestaciones paranoides u otras.

10.- Autoridad sanitaria.- Es el director del Servicio de Salud en cuyo territorio de competencia se encuentra ubicado el establecimiento o unidad de internación psiquiátrica

y/o los funcionarios en los cuales haya delegado las atribuciones relacionadas con las materias de que trata este reglamento.

11.- Director de establecimiento.- Es la persona que ostenta la dirección del establecimiento o unidad de internación psiquiátrica. En el caso de los hospitales generales, del sector público, se considerará como tal, al jefe del servicio clínico especializado en psiquiatría y salud mental.

12.- Establecimiento de internación psiquiátrica: es el hospital o clínica especializada o aquella unidad especializada que forma parte de un establecimiento de salud general, que se destinen específicamente a la internación psiquiátrica.

## TITULO II

### DE LAS PERSONAS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO BAJO REGIMEN DE INTERNACION PSIQUIATRICA

ARTICULO 7º.- Se considerará afecta a esta reglamentación a toda persona que sufre de una enfermedad o trastorno mental, que deba ser internada en un establecimiento destinado a tal objeto.

El diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental corresponderá exclusivamente al médico, el que podrá requerir de la coparticipación de un profesional psicólogo y/o de la colaboración de otros profesionales de la salud, con el fin de obtener una evaluación integral del sujeto.

## TITULO III

### DE LA INTERNACION

ARTICULO 8º.- Todo proceso de tratamiento psiquiátrico que requiera proporcionar internación a una persona con enfermedad o trastorno mental utilizará preferentemente, el medio menos restrictivo de sus derechos y libertades personales.

Corresponderá al médico tratante decidir técnicamente la elección del medio que resulte más adecuado.

ARTICULO 9º.- Para proceder a cualquier tipo de internación u hospitalización de una persona con enfermedad o trastorno mental, la medida deberá ser indicada por un médico cirujano, preferentemente que cumpla las condiciones de médico tratante que señala el Artículo 6 número 7 y, sólo en el evento de no existir este último, en la localidad o que,

habiéndolo, no sea posible su asistencia profesional, por otros médicos cirujanos. En este caso, la medida deberá ser evaluada y confirmada por un médico tratante o por el mismo, previamente asesorado por aquel, dentro de un plazo de 72 horas, de lo que se dejará constancia en la ficha clínica.

Solo procederá la internación psiquiátrica cuando concurran una o más de las siguientes condiciones:

- a) Necesidad de efectuar un diagnóstico o evaluación clínica que no pueda realizarse en forma ambulatoria.
- b) Necesidad de incorporar a la persona a un plan de tratamiento que no sea posible de llevarse a cabo de manera eficaz en forma ambulatoria, atendida la situación de vida del sujeto.
- c) Que el estado o condición psíquica o conductual de la persona represente un riesgo de daño físico, psíquico o psicosocial inminente; para sí misma o para terceros.

ARTICULO 10º.- Atendiendo al grado de aceptación de la internación, ésta puede ser voluntaria y no voluntaria.

Constituye una internación voluntaria aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante basado en la comprensión de la indicación médica y/o la solicitud de la propia persona,

ARTICULO 11º.- Constituyen una internación de carácter no voluntario, las siguientes:

- a. La de urgencia no voluntaria,
- b. La administrativa, y
- c. La judicial.

ARTICULO 12º.- El médico que indica una internación voluntaria determinará que esta sea dispuesta como de urgencia o programada.

La internación voluntaria tiene por objeto proveer el mejor tratamiento disponible para el paciente, atendido que éste no resulta conveniente o seguro de realizarse en forma ambulatoria. Su indicación corresponde al médico tratante y su ejecución estará a cargo del médico y del equipo tratante.

Al cabo de 60 días requerirá para su extensión, de la opinión concordante de un segundo médico psiquiatra y de una manera similar, podrá prolongarse por períodos consecutivos, hasta un máximo acumulado de 180 días.

En caso de requerirse prolongar la internación hasta 180 días más, ella debe ser resuelta por el comité a que se refiere el artículo 19, a solicitud del médico tratante.

En todo caso, si la internación continua siendo necesaria, más allá de las prórrogas señaladas, en la opinión del citado comité, su prolongación deberá ser resuelta por éste, remitiendo los antecedentes al conocimiento de la Comisión aludida en el artículo 59, en resguardo de los derechos del paciente.

ARTICULO 13º.- La internación de urgencia no voluntaria, es la dispuesta por un médico, atendido a que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con el consentimiento a que se refieren el artículo 10 ni culminar el trámite de una internación administrativa.

Sólo podrá extenderse por un período máximo de 72 horas, con el exclusivo objeto de realizar la observación indispensable para elaborar un diagnóstico médico especializado, o bien, para superar la crisis en la que se encuentra el paciente, al cabo de lo cual se determinará su alta o tratamiento; este último podrá verificarse en forma ambulatoria o bajo internación.

Si, cumplido dicho plazo, según la evaluación médica, la crisis del paciente continúa y éste persiste en no otorgar su consentimiento a continuar el tratamiento en régimen de internación, se procederá a elevar los antecedentes a la autoridad sanitaria correspondiente para que resuelva, en un plazo de 72 horas, su internación administrativa y, si la deniega se determinará su alta, comunicando la situación a la persona que actuará como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge.

ARTICULO 14º.- Se considerará una internación administrativa, aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante en el caso del inciso tercero del artículo anterior o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de trasladar o internar en un centro asistencial, a una persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público.

En el caso de que el paciente no consienta a su traslado, el apremio físico a que deba ser sometido, será el mínimo indispensable para el efecto de ser conducido al establecimiento asistencial. El cuidado de la persona y de su conducta disruptiva si se presenta, será acordada en cada caso, entre la autoridad policial y de salud presentes, aplicando un criterio de colaboración eficaz y de salvaguardia de la integridad física y psíquica del supuesto enfermo y de los terceros que puedan verse severamente afectados.

En todo caso, el auxilio de la fuerza pública deberá ser siempre proporcionado en la oportunidad que lo solicite la autoridad sanitaria, en conformidad con el artículo 8º del Código Sanitario.



Si el traslado es realizado por personal y vehículos dependientes de un centro asistencial o de instituciones encargadas del transporte de enfermos, los procedimientos de contención que deban utilizarse, se ajustarán a los criterios señalados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de sus facultades legales.

La internación administrativa deberá ser reevaluada cada treinta días con la opinión de otro médico que cumpla con las características de un médico tratante e informada a la autoridad sanitaria que la ordenó hasta la proposición de su alta.

ARTICULO 15º.- Internación judicial es aquella dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia.

ARTICULO 16º.- El procedimiento de internación implicará registrar a lo menos los siguientes datos:

n Individualización del paciente.

n Individualización de su representante legal y/o de la persona que actuará como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge.

n Expresión de las causales que hacen necesaria su internación, conforme a lo previsto en el artículo 9º.

n Tipo de internación que se efectúa.

n Individualización y firma del médico que la indica y su acreditación

#### TITULO IV

#### APLICACION DEL TRATAMIENTO DURANTE LA INTERNACION

ARTICULO 17.- La persona que padece un trastorno mental, internada en un establecimiento de internación psiquiátrica, tiene derecho a recibir un tratamiento especializado, conducido por el médico a cargo y efectuado por el equipo tratante, de manera que cumpla con los estándares de calidad en aplicación a la fecha y salvaguarde el respeto de los derechos personales del paciente.

ARTICULO 18.- Efectuada la internación, corresponde al médico tratante informar al paciente y a sus familiares, cuando proceda y el paciente libremente lo consienta, acerca de su diagnóstico, del plan de tratamiento propuesto y del resultado de las evaluaciones que se le vayan practicando.

Además, pondrá en su conocimiento el derecho que les asiste a oponerse al tratamiento que se le indica, elevando el correspondiente recurso a la dirección del establecimiento.

ARTICULO 19.- En todo establecimiento de internación psiquiátrica, se deberá constituir un comité asesor técnico y ético, formado por profesionales de idoneidad reconocida, con el fin de otorgar asesoría a la dirección del mismo, cuando sea solicitada en la forma que esta reglamentación establece, para colaborar en las resoluciones de carácter técnico y ético que deban adoptarse respecto de los pacientes internados en ellos.

En el caso de los establecimientos privados, estos profesionales serán seleccionados entre aquellos que se desempeñan en ellos en forma regular, en tanto que, en los de carácter público, se integrará con sus funcionarios, debiendo, en ambos casos, ser elegidos por votación, entre ellos mismos.

Corresponderá al director determinar el período de duración del mandato de este cuerpo y el número de sus integrantes elegidos, el que oscilará entre 3 y 5, según la magnitud del establecimiento, servicio o unidad, de los cuales no menos del 75 % serán médicos psiquiatras.

El comité se reunirá cuando sea convocado por el director con este objeto, oportunidad en que podrá ser invitado un representante de alguna agrupación de familiares de pacientes psiquiátricos.

Su responsabilidad en el orden ético, será independiente y no alterará aquellas que pudieren corresponder, en otras áreas, al médico tratante y/o al resto de los funcionarios de la institución, en forma individual o actuando como equipo.

#### SUBTITULO 1° DEL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS.

ARTICULO 20.- Consentimiento para tratamiento es la autorización que una persona otorga en forma voluntaria, a la propuesta del plan de tratamiento que le indica el médico a cargo y a sus variaciones.

Esta autorización deberá estar basada en el conocimiento de los fundamentos que hacen aconsejable tal tratamiento o procedimiento, los propósitos, riesgos y efectos directos y colaterales, incluyendo las posibilidades de éxito de otras alternativas terapéuticas existentes y la factibilidad de su realización.

ARTICULO 21.- Toda persona internada, cuya capacidad de decisión no se encuentre gravemente comprometida por su enfermedad o afección, podrá decidir por sí misma, aceptando o rechazando en forma libre y voluntaria y con debido conocimiento de causa, el plan de tratamiento que se le ofrezca.

Corresponderá al médico tratante resolver acerca de la capacidad de consentir del paciente, así como entregar en su caso, la información que sea necesaria, para que éste alcance el conocimiento a que se refiere el artículo precedente, de acuerdo a su capacidad de comprensión.

ARTICULO 22.- Sólo podrá aplicarse un tratamiento, siempre que no sea irreversible, sin el consentimiento previo e informado del paciente, en los siguientes casos:

- a) Si la persona es un menor, caso en el cual el consentimiento deberá otorgarse por su representante legal y/o la persona que actuará como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge.
- b) Si la persona, está inconsciente y/o requiere del tratamiento en forma urgente para preservar su salud o su vida.
- c) Si se trata de un paciente internado en conformidad al artículo 15.
- d) Si la persona es mayor de edad y ha sido evaluada por su médico tratante como incapaz de consentir, de la manera prevista en el artículo 21, se solicitará la anuencia del familiar que actúa como apoderado conforme al artículo 16. Si este no existe se informará al director del establecimiento, quién deberá consignar su opinión concordante por escrito en la historia clínica.

ARTICULO 23.- La persona que ha consentido en un tratamiento puede retractarse de ello, caso en el cual, el médico tratante deberá explicar al paciente o al familiar o persona que se ha hecho responsable como apoderado, conforme al artículo 16, las consecuencias que tal interrupción pudiere ocasionarle.

De persistir la negativa, si el médico tratante considera que el paciente ha perdido su capacidad de consentir o que la interrupción del tratamiento puede afectar gravemente el curso de la enfermedad, deberá solicitar una segunda opinión a un médico psiquiatra interconsultor y, además, al director del establecimiento, consignándose ambas opiniones en la ficha clínica del paciente.

En este caso, si las opiniones a que se refiere el inciso anterior, fueren concordantes con la suya, el médico tratante podrá continuar el tratamiento en la forma propuesta, sin contar con el consentimiento del paciente ni de su apoderado, hasta por un plazo de treinta días, al cabo de los cuales, de persistir la negativa, será suspendido.

ARTICULO 24.- Los siguientes tratamientos requerirán siempre de un consentimiento específicamente referido a ellos, otorgado por el paciente o, cuando corresponda, por la persona con el carácter de apoderado a que se refiere el artículo 16 o, en su defecto, de una segunda opinión psiquiátrica que ratifique la indicación clínica, la que deberá estamparse en la ficha correspondiente:

- a) Terapia electroconvulsivante, cada serie de una o más aplicaciones.

- b) Administración de medicamentos que siendo necesarios, produzcan efectos colaterales previamente experimentados como difícilmente tolerables por el paciente y/o modificaciones de su comportamiento o rendimiento que le signifiquen desventajas
- c) Tratamientos aversivos destinados a la modificación de conductas.

ARTICULO 25.- Requerirán siempre del consentimiento establecido en el artículo anterior que ratifique la del médico tratante, lo que deberá estamparse en la ficha clínica del paciente, los tratamientos o procedimientos irreversibles, considerándose tales, a aquellos cuyos procesos o resultados signifiquen cambios físicos o mentales de ese carácter. En estos casos los antecedentes serán remitidos al conocimiento de la Comisión aludida en el artículo 59, en resguardo de los derechos del paciente.

Dentro de este grupo, se considerarán los siguientes:

- a) Psicocirugía o cirugía aplicada al tejido cerebral, con el fin de suprimir o modificar funcionamientos o conductas del paciente.
- b) Aplicación de mecanismos terapéuticos en el paciente, tales como hormonas de carácter persistente, con el propósito de reducir o suprimir el impulso sexual.
- c) Aplicación de técnicas de esterilización.
- d) Cualquier otra forma de tratamiento irreversible.

La aplicación de las técnicas a que se alude en las letras a), b) y c) del inciso anterior así como la irreversibilidad de cualquier forma de tratamiento serán determinadas por resolución del Ministerio de Salud.

#### SUBTITULO 2º

#### DEL MANEJO DE CONDUCTAS PERTURBADORAS O AGRESIVAS DURANTE LA INTERNACION

ARTICULO 26.- Para configurar el carácter agresivo o perturbador del comportamiento de una persona con trastorno mental y tomar las medidas de manejo que más adelante se señalan, deberán considerarse tanto las condiciones de la persona cuánto las circunstancias personales y ambientales, que en la actualidad o en el pasado determinaron la expresión de la o las conductas definibles como perturbadoras o agresivas.

ARTICULO 27.- El uso de medidas de contención física o farmacológica y de observación continua en aislamiento, se reservarán para aquellas circunstancias en las que la conducta perturbadora o de agresión, física o psíquica, hacia sí mismo o hacia los demás, es de un grado de intensidad o inminencia tal, que representa un peligro para la propia persona y/o para los terceros que la rodean.

En todo caso, previo a la adopción de estos procedimientos, deberán considerarse los diversos factores humanos y ambientales que promueven tal tipo de comportamientos y agotar todas las medidas posibles para evitar el uso de aislamiento y contención.

Se prohíbe la utilización de estas medidas como medio de castigo, para forzar conductas de sometimiento o facilitar el trabajo del personal.

ARTICULO 28.- La decisión de las medidas de contención o de observación continua en aislamiento debe ser adoptada personalmente por el médico tratante, de propia iniciativa, a petición del equipo tratante o del propio paciente y se adoptarán tras la realización de una apreciación del estado físico y mental del paciente, dejándose constancia en la ficha clínica, acerca de la oportunidad, circunstancias y duración de dicho procedimiento y de las probables causas de las conductas perturbadoras que lo hacen necesario.

Solamente en casos de extrema urgencia que requieran de acción inmediata, podrá adoptarse esta medida por parte del director del establecimiento o de quién lo reemplace, sin perjuicio de informar al médico tratante a la brevedad posible.

ARTICULO 29.- La observación continua en aislamiento deberá efectuarse en una pieza que cuente con las condiciones de seguridad necesarias para evitar riesgos y daños al paciente, al cual se le deberá privar de cualquier elemento que pudiere permitirle autolesionarse.

Mientras la persona permanezca en observación continua en aislamiento, deberá destacarse a un miembro del personal del centro que mantenga una observación del paciente al menos cada 15 minutos, registrándose su evolución.

ARTICULO 30.- El plan de tratamiento en aislamiento deberá ser llevado a cabo por el médico y el equipo tratante.

En el caso de que la observación continua en aislamiento deba durar más de 2 horas, será evaluado al cabo de ese lapso, por el médico tratante y por el director del establecimiento o quien lo subrogue, antes de ser prorrogado, para analizar sus resultados en el paciente.

Si la observación continua en aislamiento se prolonga por más de 8 horas consecutivas o más de 12 horas en forma intermitente, en un período de 48 horas, sin que se obtengan los resultados esperados, su prolongación deberá ser aprobada por el director del establecimiento, asesorado en la forma prevista en el artículo 19 y, en todo caso, no podrá extenderse por más allá de una suma total de 24 horas adicionales.

### SUBTITULO 3º

#### DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

ARTICULO 31.- A todo paciente internado, voluntaria o no voluntariamente, en establecimientos de internación psiquiátrica les serán respetados los derechos que en el

orden patrimonial y personal, se contemplan en este subtítulo y, por su parte, deberá cumplir con las obligaciones que a su respecto se señalan.

El director del establecimiento velará porque al momento de su ingreso, cada paciente, o en el caso de encontrarse imposibilitado, su representante legal o la persona que actuará como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge, reciban información escrita acerca de los derechos y deberes que les corresponden mientras se encuentra internado.

ARTICULO 32.- En el orden patrimonial los pacientes tendrán derecho a que el Tribunal designe un curador de sus bienes y mientras ello no ocurra, corresponderá al Director del establecimiento ejercer la curaduría provisoria, mientras permanezcan internados, a menos que se encuentren sometidos a patria potestad.

Para ejercer esta curaduría, el director no necesitará de discernimiento, ni estará obligado a rendir fianza o a hacer inventario, debiendo servir este cargo en forma gratuita. Gozará de privilegio de pobreza en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que deba efectuar en el ejercicio de la curaduría, rigiéndose en todo lo demás por las disposiciones comunes que acerca de la materia se contemplan en el Código Civil.

El ejercicio de la curaduría podrá ser delegado, en el caso de los establecimientos del sector público, por el director del establecimiento, en un profesional, funcionario de su dependencia, que se encuentre capacitado para ejercerla, sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde de velar por el adecuado ejercicio de esta función por parte del delegado.

ARTICULO 33.- En ese mismo orden patrimonial, los pacientes tendrán derecho a que los recursos económicos de que disponen, sean invertidos en la satisfacción de aquellas necesidades personales relativas a su bienestar, confort y esparcimiento; al uso y goce de los elementos de uso personal de su propiedad que no signifiquen un riesgo para su salud y su vida o para las de los demás, así como a obtener una retribución pecuniaria por los trabajos lucrativos que realicen, en cumplimiento de las terapias que les han sido dispuestas en su respectivo plan de tratamiento.

ARTICULO 34.- Correlativamente a estos derechos, los pacientes deberán informar acerca de su situación previsional, económica y de los recursos de que disponen para solventar su internación; cuidar y mantener sus bienes, así como aquellos elementos que han sido puestos a su disposición dentro del establecimiento y, además, participar de las tareas y trabajos que se les encomienden como parte del programa de tratamiento contemplado para ellos.

ARTICULO 35.- Las personas que por causa de padecer de un trastorno mental, deban ser internadas, tienen derecho a ser informadas acerca del plan de tratamiento indicado para ellas; del desarrollo y evaluación del mismo; los eventuales traslados y posibilidades de alta, así como de las personas que integran el equipo de salud que lo está atendiendo y del médico tratante a cargo.

Una vez recibida la información acerca de las alternativas de su tratamiento, corresponderá al paciente ejercer su opción de consentir cualquiera de ellas, o solicitar una segunda opinión, cuando corresponda, en la forma prevista en el Subtítulo 1°.

Todo paciente tendrá derecho a que se resguarde su seguridad personal y la confidencialidad de su estadía y tratamiento dentro del establecimiento, a mantener el ejercicio de su vida privada en cuanto sea compatible con éste y a no ser sometido a investigaciones y estudios no autorizados por él.

Los registros, libros, fichas clínicas y documentos de estos establecimientos que atañen a la condición clínica de sus pacientes, tendrán el carácter de reservados, salvo para las autoridades judicial y sanitaria.

Sólo el director del establecimiento público o los funcionarios en quienes delegue esta facultad, y el director médico o el médico tratante, en el caso de los establecimientos privados, podrán otorgar certificados acerca de la permanencia del enfermo, la naturaleza de su enfermedad o cualquier otra información relacionada con su internación. La certificación solamente podrá ser extendida a petición del enfermo, su representante legal o las autoridades judiciales.

ARTICULO 36.- El paciente internado colaborará en el desarrollo de las terapias acordadas para él, cumpliendo las indicaciones del médico tratante.

Deberá además respetar la confidencialidad, la vida privada y los derechos de los demás pacientes internados.

ARTICULO 37.- Los pacientes internados en establecimientos psiquiátricos tienen derecho a que se respete su dignidad de personas, salvaguardándose de toda forma de perjuicio o discriminación negativa.

Mientras dure su permanencia en el establecimiento, los pacientes podrán ejercer sus derechos ciudadanos si corresponde, acceder a una libertad de movimientos y comunicación con el exterior compatible con el tratamiento programado, sobre la base de recibir visitas, obtener asesorías de orden legal o económico y el apoyo espiritual que requieran de los ministros de los credos religiosos que profesen.

ARTICULO 38.- Las perturbaciones o amenazas que se generen para los pacientes y que les impidan o dificulten el goce de estos derechos, los habilitarán para entablar las reclamaciones a que se alude en el Título VI de este reglamento, sin perjuicio de las demás acciones legales que procedan.

#### SUBTITULO 4°

#### DE LAS ALTAS O TERMINO DEL TRATAMIENTO EN INTERNACION

ARTICULO 39.- Se entenderá por alta, el término de la etapa de internación dentro de un plan de tratamiento, ordenada por el médico tratante, cuando las circunstancias que hicieron necesaria dicha internación, han sido superadas y el paciente puede continuar su recuperación en forma ambulatoria o bien pasar a la etapa de rehabilitación psicosocial.

El alta podrá también otorgarse condicionada al cumplimiento de los procedimientos que establezca el médico tratante, los que deberán cumplirse por parte del paciente, su representante legal y/o la persona que actúa como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge y, en caso contrario, harán procedente su revocación.

Toda la información sobre el alta y la condicionalidad impuesta para su otorgamiento, si correspondiere, deberán quedar registradas en la ficha clínica del paciente.

ARTICULO 40.- Los pacientes que hayan ingresado a tratamiento en internación, en forma voluntaria, podrán obtener su alta por indicación del médico tratante, la que se otorgará por su propia decisión o a solicitud del paciente, su representante legal o la persona que actúa como su apoderado en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge, siempre que su salida no constituya un riesgo para sí o para los demás.

En caso que el alta solicitada por el paciente sea denegada por la circunstancia expuesta, se iniciará una internación no voluntaria de urgencia si se cumplen las condiciones previstas en el artículo 13, o bien, administrativa, en su caso.

ARTICULO 41.- El alta de los pacientes internados administrativamente, será dispuesta mediante resolución de la autoridad que la ordenó, a proposición del médico tratante, conforme al artículo 14 inciso final.

ARTICULO 42.- El alta administrativa podrá disponerse incluso en el evento de que el paciente mantenga un grado de perturbación psicológica y/o conducta riesgosa para sí o para terceros, similar al que motivó su ingreso, a solicitud escrita de los familiares o representantes legales siempre que cuente con la autorización del médico tratante y ellos garanticen y se responsabilicen de su control y vigilancia domiciliaria.



ARTICULO 43.- El alta de los pacientes internados como medida de seguridad por resolución judicial será ordenada por el Tribunal.

Para estos efectos la autoridad sanitaria informará al Tribunal en la oportunidad en que considere que han cesado las condiciones que hicieron necesaria la adopción de dicha medida de seguridad.

ARTICULO 44.- En el caso de que un paciente internado en forma no voluntaria, se fugue del recinto asistencial o bien, cuando éste no regrese al establecimiento en aquellos casos en que goza de un alta condicionada y se trata de personas que sin un adecuado resguardo o protección, pueden generar un peligro para sí mismas o para terceros, el director del establecimiento podrá notificar del hecho a la autoridad policial o judicial. Esta notificación será obligatoria, si se trata de un paciente internado por la vía judicial, que aún permanece bajo la tuición del tribunal respectivo, con el fin de que sea reincorporado al centro de internación psiquiátrica, para reprogramar y reiniciar su plan de tratamiento, en cambio, en el caso de los pacientes internados administrativamente que se fuguen corresponderá al médico tratante resolver en conjunto con la autoridad sanitaria la notificación a la autoridad policial.

ARTICULO 45.- Con todo, un paciente que se ha fugado de un recinto asistencial, no podrá ser reinternado en un establecimiento psiquiátrico al cabo de los 30 días siguientes a aquel de su fuga, sin haber sido sometido nuevamente a una evaluación por médico psiquiatra.

Lo expuesto en el inciso anterior, no se aplicará a aquellos pacientes internados por orden de la autoridad judicial y que se encuentran sometidos aún a su control y resguardo.

#### TITULO V

#### DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN ATENCION ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL, BAJO REGIMEN DE INTERNACION.

ARTICULO 46.- Los establecimientos que presten atenciones especializadas en psiquiatría a personas que requieren de tratamiento o rehabilitación, bajo régimen de internación, completa o parcial, se sujetarán a las disposiciones de este reglamento, debiendo cumplir los requisitos que a su respecto se establecen, según el tipo de tratamiento que realizan.

Estas exigencias, en cuanto a recursos técnicos, físicos y humanos, serán determinadas por resolución del Ministerio de Salud, de conformidad a sus facultades técnico - normativas.

ARTICULO 47.- Los establecimientos de atención especializada en psiquiatría y salud mental, bajo régimen de internación, podrán organizarse en una o varias de las siguientes categorías:

1º.- Establecimientos de hospitalización completa: son las que proveen facilidades durante el día y la noche, para la estadía, de pacientes psiquiátricos que requieren internación; pueden constituirse como entidades independientes o formando parte de un hospital o clínica general.

2º.- Establecimientos de internación parcial, que a su vez, pueden ser de dos tipos:

a) Diurna: son aquellas que admiten la estadía de pacientes psiquiátricos durante varias horas del día, para proveerles las acciones y procedimientos que sean convenientes, y

b) Nocturnas: destinadas a ingresar pacientes para efectuar o preparar determinados procedimientos de diagnóstico o tratamiento, medidas de manejo ambiental y otras que sean necesarias de efectuar durante la noche.

3º.- Establecimientos de internación completa de larga estadía: Son las que proveen una residencia adecuada a los pacientes psiquiátricos con mayor grado de persistencia de discapacidad asegurando el cumplimiento del tratamiento y proveyendo un plan de rehabilitación psicosocial, que facilite su reinserción social y laboral.

ARTICULO 48.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, cualquier establecimiento que otorgue atención psiquiátrica, deberá cumplir con las condiciones generales de diseño, construcción y habilitación, que garanticen una adecuada iluminación diurna y nocturna, aireación o ventilación, aislamiento y calefacción, cuando corresponda, para asegurar la higiene y el bienestar de los pacientes y su seguridad frente a emergencias.

Además de lo expuesto, estarán sujetos a las exigencias básicas de higiene y seguridad establecidas para los lugares de trabajo, contenidas en la reglamentación aprobada por Decreto Supremo N° 745, de 1992, de esta Secretaría de Estado.

ARTICULO 49.- Estos establecimientos deberán cumplir, además de las condiciones generales antes enunciadas, los siguientes requisitos especiales, según corresponda:

1º.- Mantener un espacio destinado al cuidado intensivo de pacientes que presentan conductas perturbadoras o agresivas, que tenga las condiciones necesarias para un tratamiento adecuado de la situación, evitando interferencias en el funcionamiento regular del establecimiento respecto de los pacientes.

2º.- En el caso de que el establecimiento albergue a personas con trastornos mentales, que además padecen de discapacidades físicas o sensoriales, se deberá contar con la

infraestructura y habilitación pertinente para su adecuada rehabilitación y mejor desplazamiento y seguridad.

3°.- El área de dormitorios podrá ser individual o compartida, en este último caso, por no más de seis residentes por habitación; dispondrá de separaciones visuales y otras que permitan la privacidad de cada persona y la seguridad de sus pertenencias.

4°.- El área de comedores deberá permitir compartir los horarios de comidas por parte de los pacientes, en mesas con capacidad para cuatro a seis personas.

5°.- El área de servicios sanitarios deberá contar con un número de artefactos proporcionalmente adecuado al número de personas que los ocupan y con sistemas de provisión de agua fría y templada.

6°.- Los espacios destinados a recreación y esparcimiento deberán considerar áreas abiertas y cerradas con dimensiones adecuadas para el desplazamiento o permanencia de los pacientes, además de implementos y/o equipos de entretenimiento.

7°.- Los pacientes deberán tener acceso a comunicación telefónica, información sobre fecha y hora, noticias y otros antecedentes o medios que le permitan mantener y acrecentar el grado de ubicación en su entorno ambiental social y cultural.

ARTICULO 50.- Cada establecimiento organizará su funcionamiento de la manera que mejor se adecúe al cumplimiento de su objetivo, contemplándose a lo menos, los siguientes procedimientos:

1°.- De registro de la información clínica de cada persona internada y de archivo y conservación de fichas clínicas, que asegure su confidencialidad.

2°.- Para el análisis periódico de la información relativa al conjunto de pacientes internados, el cumplimiento de los requisitos reglamentarios establecidos al efecto y el grado de satisfacción de los usuarios.

3°.- Para otorgar información básica inicial al paciente y/o a su representante legal y/o la persona que actuará como su apoderado de la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge la que se formulará por escrito y contendrá, a lo menos, datos tales como derechos y deberes del paciente, características del establecimiento y/o unidad, su organización y funcionamiento.

Adicionalmente, el establecimiento velará porque los equipos tratantes entreguen constantemente información a los familiares y al paciente acerca de su evolución clínica y tratamiento.

4º.- De emergencia ante situaciones de incendios, sismos y otros desastres, escrito, conocido y ensayado periódicamente.

5º.- De visitas que permita que el paciente decida acerca de si las recibe, de la periodicidad para ello, o bien, si las discrimina o incluso rechaza. Ningún paciente será privado de este derecho a menos que así haya sido establecido por el médico tratante y conste en su hoja o ficha de tratamiento. En el caso que esta situación sea reiterada, contrariando la voluntad del paciente, éste podrá someter el caso a la resolución del director, el que podrá resolver por sí mismo o asesorado en la forma como lo establece el artículo 19.

6º.- Que permitan personalizar el entorno del paciente, su autonomía en la disposición de aquellos bienes propios de uso personal, que sin ser indispensables, aumentan su comodidad y sentido de identidad y familiaridad con su habitat.

7º.- Para proveer alimentación balanceada y de buena presentación, además de la posibilidad de acceder a regímenes dietéticos especiales, en los casos que así lo haya dispuesto el médico tratante.

8º.- Para la consideración y resolución de reclamos, sobre la base de un libro u otro mecanismo, que se encuentre a disposición de los pacientes y de la familia en forma permanente, el que deberá ser revisado diariamente por el director del establecimiento, quién además fijará un plazo para su resolución y respuesta a quién realiza el reclamo.

ARTICULO 51.- La dirección técnica de estos establecimientos o unidades, estará a cargo del profesional capacitado según el tipo de atención que en él se otorgue, el que deberá cumplirla en una jornada adecuada al horario de atención y, en caso de ausencia o impedimento, será reemplazado por otro profesional idóneo designado con antelación para tal efecto.

En el caso de los establecimientos a que se refieren los N°s. 1º y 2º del artículo 47, deberá ser médico especializado en psiquiatría en la forma como se determina en el artículo 6º N° 7.

En el caso del N° 3 del mismo artículo, el director podrá ser : un médico especializado al igual que en el inciso anterior, un médico general u otro profesional de la salud que acrediten un nivel de experiencia en rehabilitación psicosocial. En este último caso, deberá disponerse de un médico de llamada para consultas de urgencia.

ARTICULO 52.- El director del establecimiento estará a cargo de su adecuada administración, organización y funcionamiento, en cuanto a infraestructura, instalaciones, equipamiento y elementos de uso terapéutico, tales como medicamentos y otros, así como de las condiciones de trabajo del personal y de aquellas que dicen relación con una

adecuada calidad de vida y con la satisfacción de las necesidades básicas de los residentes.

Le corresponderá en especial las siguientes funciones técnicas:

1º.- Velar por que el equipo tratante dé cumplimiento a los tratamientos prescritos a los residentes por sus respectivos médicos a cargo.

2º.- Preocuparse de la idoneidad y capacitación del personal técnico y auxiliar que se desempeñe en el establecimiento o unidad.

3º.- Representar al establecimiento o unidad ante la autoridad sanitaria y demás autoridades que tengan injerencia en su gestión, otorgando las certificaciones que corresponda.

4º.- Responsabilizarse de la permanencia de los internados en el establecimiento, conjugando las medidas restrictivas que impone su tratamiento, con las máximas libertades que sea posible otorgarles según su especial condición.

5º.- Cumplir las demás funciones específicas que se le asignan en esta reglamentación y, en general, efectuar todas las acciones que sean necesarias para mantener un normal desenvolvimiento de las actividades del centro.

El desempeño de las funciones técnicas descritas en el inciso anterior, corresponderá al jefe de servicio o de unidad clínica especializada que forma parte de un establecimiento de salud general y a éste serán exigidos los requisitos de idoneidad aludidos en el artículo 51.

ARTICULO 53.- El personal profesional, técnico y auxiliar del área de salud de estos establecimientos, deberá tener la capacitación y disposición adecuada para contribuir a la eficacia de los tratamientos dispuestos para los residentes, habida consideración a la condición de enfermos psiquiátricos de quienes se encuentran sometidos a un régimen de internación, debiendo, a lo menos, cumplir las funciones y obligaciones que se le asignen, las cuales deberán constar en un documento escrito de descripción de sus actividades.

La unidad de administración de los recursos humanos del establecimiento se encargará además, de la implementación de los mecanismos de capacitación periódica del personal que sea necesaria para mantener la más alta idoneidad posible.

El personal estará en conocimiento de los procedimientos disciplinarios establecidos, para hacer efectiva la responsabilidad que les correspondiere, en aquellos actos realizados con abuso o desmedro de los derechos de los pacientes.

ARTICULO 54.- Por lo menos dos tercios del personal profesional, técnico o auxiliar, destinado a labores asistenciales directas de pacientes, deberá desempeñarse en jornada completa de trabajo.

La relación personal - pacientes, según el tipo de establecimiento o unidad, será la que se refiere en las normas aludidas en el artículo 3° del presente reglamento.

## TITULO VI

### DE LA AUTORIZACION, INSPECCION Y SANCIONES

ARTICULO 55.- La autorización para la instalación y funcionamiento de los establecimientos privados de internación psiquiátrica será otorgada previa acreditación y verificación de los requisitos generales que se establecen en el Título V precedente y de aquellos especiales que se dispongan en la resolución a que se refiere el artículo 3°.

La solicitud correspondiente deberá presentarse a la Oficina de Registro y Control de Profesiones Médicas y Paramédicas del Servicio de Salud en cuyo territorio de competencia se encuentre situado el establecimiento. Esta oficina procederá, con la asesoría del Departamento de Programas de Salud del Ambiente, en lo que corresponde a las condiciones básicas exigibles para los lugares de trabajo y del Departamento de Programas de Salud de las Personas, con los profesionales especializados del Servicio que sean necesarios, en cuanto a la acreditación de las condiciones técnicas propias del área.

La solicitud deberá ser suscrita por el profesional que ejercerá la dirección técnica del establecimiento y deberá acompañar los antecedentes necesarios para acreditar el cumplimiento de los requisitos especiales exigidos, sin perjuicio de aportar los siguientes antecedentes generales:

- a) Ubicación y nombre del establecimiento.
- b) Individualización del representante legal y de quién asumirá la dirección técnica.
- c) Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo.
- d) Programa de atención que se propone otorgar, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 47.
- e) Croquis o plano del edificio que indique la distribución funcional de las dependencias.
- f) Copias de los planos de las instalaciones de electricidad, de agua potable, gas y seguridad.

ARTICULO 56.- La resolución de autorización sanitaria expresa, será otorgada por el director del Servicio de Salud o por el funcionario de su dependencia en quién haya delegado esta función.

La autoridad sanitaria aludida se pronunciará sobre la solicitud que le ha sido presentada, dentro del plazo de 30 días corridos, contados desde la fecha en que el requiriente ha completado los antecedentes exigidos para su otorgamiento y, en caso de denegarla, deberá hacerlo mediante resolución fundada.

Al cabo de dicho lapso, si la autoridad no ha emitido un pronunciamiento al respecto, éste le será plenamente exigible a través de los recursos que la ley confiere, sin perjuicio de lo cual, el establecimiento no podrá iniciar sus actividades, mientras no cuente con la autorización expresa que requiere.

La autorización tendrá validez por el plazo de 5 años, el que será renovado, por períodos iguales y sucesivos, mientras no sea expresamente dejada sin efecto. Dentro de los seis meses anteriores al vencimiento de dicho plazo, el director del establecimiento comunicará esta circunstancia a la autoridad sanitaria.

ARTICULO 57.- La autorización sanitaria otorgada para la instalación y funcionamiento de un establecimiento de atención psiquiátrica, no obsta al ejercicio de la actividad fiscalizadora del Servicio de Salud competente, la que podrá ejercerse de oficio o mediante denuncia de particulares.

Las infracciones a las disposiciones de esta reglamentación y de la demás normativa aplicable, según su naturaleza, serán sancionados de acuerdo a los procedimientos y mecanismos disciplinarios que se contemplan en el Libro Décimo del Código Sanitario, Decreto con Fuerza de Ley N° 725, de 1968, del Ministerio de Salud.

ARTICULO 58.- La autoridad sanitaria deberá visitar periódicamente los establecimientos públicos y privados destinados a la atención de personas que sufren trastornos mentales, con el fin de supervisarlos y asesorarlos en el cumplimiento de las disposiciones relativas a la internación, tratamiento y alta de los pacientes, de manera de garantizar el ejercicio de los derechos que a éstos confiere la normativa en vigencia.

Para ello podrá, entre otras diligencias, examinar las fichas clínicas de los pacientes sometidos a tratamiento y revisar el libro o instrumento de que se disponga para recibir sus quejas o reclamos, el que deberá ser foliado, timbrado o sancionado de cualquier forma que asegure su invulnerabilidad. En este mecanismo deberá dejarse constancia, además, de las acciones adoptadas por la dirección técnica del establecimiento para solucionar el problema detectado y del plazo que ello implicó.

Sin perjuicio de lo expuesto, toda persona que sienta amenazados, perturbados o infringidos los derechos que este reglamento reconoce en favor de las personas que sufren trastornos mentales, podrá elevar el conocimiento del caso al Ministerio de Salud, el que contará con la asesoría de la Comisión Nacional de Protección de las Personas

Afectadas de Enfermedades Mentales para derivar el caso con la recomendación correspondiente a la autoridad sanitaria.

#### TITULO VII

#### DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 59.- Este reglamento entrará en vigencia al cabo de seis meses contados desde la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la República, una vez que haya sido tomado razón por la Contraloría General. Durante dicho período, se constituirá la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales, en el Ministerio de Salud.

ARTICULO 60.- Derógase, a partir de la vigencia de este reglamento, el Decreto Supremo N° 68, de 1927, del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que aprobó el Reglamento General para la Organización y Atención de los Servicios de Salubridad Mental y Hospitalización y Reclusión de Insanos, y el Título VIII del Decreto Supremo N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas.

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN Y PUBLÍQUESE.-

EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE  
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

ALEX FIGUEROA MUÑOZ  
MINISTRO DE SALUD



## ANEXO 2

### ACUERDO DE SANTIAGO

Noviembre 16, 1991

Conferencia Chilena sobre "Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: accesibilidad, equidad y participación".

Los profesionales de Salud Mental, Atención Primaria, Salud Pública, responsables de tareas asistenciales, académicas, de gestión y administración, en organismos de salud del sector público, universitario y solidario, reunidos en un clima de diálogo, acercamiento y consenso, con motivo de la Conferencia Chilena sobre "Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: accesibilidad, equidad y participación" realizada en Santiago de Chile, acuerdan comunicar que,

#### ADHIEREN:

Al proceso de reestructuración de la Atención Psiquiátrica que la Conferencia de Caracas, con la participación de autoridades de Salud, legisladores, juristas y técnicos de 13 países y con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud, sancionó como el camino necesario y conveniente para la Región.

#### CONSIDERAN:

1.- Que la responsabilidad del Estado y de la sociedad en el campo de la Salud Mental es considerablemente amplia, diversa y constructiva y que la adecuada atención de las personas con desórdenes es uno de los elementos más sensibles.

2.- Que entre las metas y componentes del crecimiento global a que el país aspira, debe incluirse el desarrollo humano de sus ciudadanos, como un área preferente de inversión de inteligencia, voluntad y recursos materiales.

3.- Que la Salud Mental así comprendida, se constituye, en propiedad, en una de las tareas por elevar la calidad de vida, para contar con ambientes psicosociales y culturales protectores y facilitadores del desarrollo de las potencialidades de las personas.

#### ESTIMAN QUE HA LLEGADO EL MOMENTO para que:

1.- Chile cuente con una Política Nacional de Salud Mental, de carácter intersectorial, permanente y dinámica, que se oriente los propósitos antes señalados.

2.- En el sector propio de la Salud, es necesario que dicha política

- sea congruente con las políticas de salud general,
- se proponga objetivos de promoción de salud mental, prevención y detección precoz de perturbaciones psicológicas y psiquiátricas,
- reconozca en la Atención Primaria, un área de acción prioritaria en la que, mediante un trabajo técnico cuidadoso, es posible obtener un buen nivel de resolutivez y calidad de la atención,
- incluya al creación, en cada Región del país, de una red de servicios clínicos especializados, en al que el hospital general es una alternativa preferible al hospital psiquiátrico, para efectos de internación de pacientes mentales,
- proteja y respete en todo momento, la dignidad y los derechos de las personas a las que intenta servir,
- proteja y mejore las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud mental, de modo de salvaguardar y promover su integridad psicológica y física y al capacidad relacional, toda vez que es la persona el principal instrumento en todas las acciones de salud mental.

3.- La participación de la comunidad, sus organizaciones y las instituciones solidarias, esté contemplada en esa política, pues es requisito de eficacia y que la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SILOS), constituye un camino adecuado para potenciar la conjunción de esfuerzos entre los servicios y al comunidad.

4.- El sector privado de salud se incorpore a esta modalidad integral de responsabilidad integral en salud mental.

#### RECOMIENDAN:

1.- Que la educación Superior pre y post grado en Salud y Ciencias Sociales, se adecue a los requerimientos sociales, éticos y técnicos que implica la redelimitación del campo de la salud mental y considere los lineamientos de la política ya señalados.

2.- Que se elaboren proyectos de ley que provean de una base jurídica a diversos desafíos que se desprenden de los anterior, entre otros, la promoción de la salud mental en los medios laboral, educacional, y muy especialmente, en las familias. La incorporación de los medios de comunicación social a la tarea colectiva de desarrollo humano consciente y democráticamente acordada. La salvaguardia cuidadosa de los derechos personales, en diversas instituciones que la sociedad se da para proteger a sus miembros, hospitales psiquiátricos, cárceles, asilos de niños y ancianos, etc. Mejorar las condiciones de vida, las oportunidades de vivienda y trabajo protegidas y, en suma, la más plena reinserción posible en la comunidad, de los enfermos psiquiátricos con diversos grados de discapacidad.

SE COMPROMETEN a:

1.- Permanecer alertas para develar formas sutiles de violencia en las instituciones sociales en las que se desempeñan y a continuar asumiendo con dedicación las responsabilidades que implica la reparación de la salud mental perdida, sin dejar de señalar que la atención integral de salud, de la que el país tiene hoy la posibilidad de disponer, incluye a la salud mental además de la salud física.

2.- Continuar respondiendo a los requerimientos que hacen los organismos de gobierno o de la sociedad en su conjunto, en orden a entregar sus aportes técnicos y su experiencia, por el camino que esta Conferencia Chilena está consolidando.

Santiago de Chile, Noviembre 16, 1991.

## ANEXO 3

### DECLARACION DE CARACAS DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE PSIQUIATRICO

Firmada por Chile en 1990

- 1.- Derecho a ser tratado en todo momento con solicitud, el respeto y la dignidad propias de su condición de persona.-
- 2.- Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, religiosas, raciales u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.-
- 3.- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos en esa condición, según las más elevadas normas técnicas y éticas.
- 4.- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.-
- 5.- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.-
- 6.- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.-
- 7.- Derecho recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso y de libertad de conciencia y religión.-
- 8.- Derecho a recibir educación y capacitación adecuada a su estado.-
- 9.- Derecho a trabajar y recibir una remuneración correspondiente.-
- 10.- Derecho a una personalidad civil ya que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento por la ley al efecto.-
- 11.- Derecho a que en caso de ser inculpado por algún delito u otra infracción criminal su responsabilidad o inimputabilidad se determinen por un Tribunal de Justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de salud con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.-
- 12.- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley, para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesiones sus derechos.-
- 13.- Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y el ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.-