



**PERSONALIDAD TRASTORNADA: REFLEJO DE UN ESTADO
DISTANTE**

JORGE ÁGUILA Y VALENTINA AGUILERA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

Categoría: Reportaje

PROFESOR/A GUÍA: LAUREANO CHECA

SANTIAGO DE CHILE

ABRIL – 2018

ÍNDICE

PRÓLOGO	3
CAPÍTULO 1: CONVIVIENDO CON LO DESCONOCIDO	4
HISTORIA DEL TDP: MÚLTIPLES POSTURAS, POCAS CERTEZAS	5
TRATAMIENTO PARA POCOS EN UN MAR DE PACIENTES	10
COMORBILIDAD: LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA ÍNTEGRA	16
¿UN PROCESO DE NUNCA ACABAR?	17
CAPÍTULO 2: SALUD MENTAL, UN DESAFÍO CRECIENTE	21
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE	24
INCLUSIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN GES: ¿NECESARIO O IMPOSIBLE?	29
UNA DEUDA CON LOS DERECHOS FUNDAMENTALES	32
CAPÍTULO 3: EFECTO DOMINÓ	38
ANTICIPARSE AL TRATAMIENTO: LA MEJOR INVERSIÓN	44
MIRANDO HACIA EL FUTURO	49
CONCLUSIÓN	58
REFERENCIAS	62
PUBLICACIONES	62
ENTREVISTAS	64
PACIENTES	65

PRÓLOGO

Conocer historias, empaparse con lágrimas ajenas y difundir ideas silenciadas por el ruido de voces más fuertes, es lo que nos motivó a sumergirnos en el mundo de la salud mental.

Muchas veces somos presos de nuestra ignorancia y de nuestros prejuicios, los que se alzan para señalar a las personas que consideramos diferentes. Durante este proceso hemos aprendido que en la diversidad radica el conocimiento, que de los relatos recogemos lecciones y que es necesario reventar aquella burbuja que nos aísla de ese mundo real que no queremos ver.

Tal vez no es suficiente con agradecer a las personas que a través de este texto nos confiaron sus más dolorosos recuerdos y sus más preciados anhelos, pero no queremos dejar de mencionar a esas valiosas mujeres que se armaron de coraje para hablar sin tapujos frente a unos completos desconocidos. Creemos firmemente que sus voces representan a millones de personas que tienen que cargar con el peso de vivir con una enfermedad mental, y que diariamente esperan que el resto pueda comprender mínimamente lo que esto significa.

Tampoco podemos olvidar a los profesionales que nos abrieron las puertas, impulsados por el inmenso vínculo que los une a esta disciplina y que los insta a compartir sus saberes con aquellos que se muestren interesados en un grupo de personas que ha estado invisibilizado y que requiere la atención de la ciudadanía y, por supuesto, del Estado.

CAPÍTULO 1:

CONVIVIENDO CON LO DESCONOCIDO

“Muchas veces me he intentado suicidar, pero no lo he hecho de cobarde. Hay momentos negros, donde te *nublai*, no *veí* más allá. De repente me siento sola”, relata María, nombre ficticio con el cual identificaremos a esta mujer de 43 años y que hace cuatro fue diagnosticada con trastorno de personalidad. Lejos de lo que siente, María no está sola: su enfermedad afecta entre el 30 y 40% de los pacientes tratados en un servicio de salud mental en el mundo.¹

La principal característica de las personas que sufren de este trastorno mental es que sus comportamientos no se ajustan a los cánones sociales establecidos. A diferencia de una “personalidad sana”, que en general es flexible y adaptativa, quienes manifiestan esta enfermedad se comportan de manera rígida e inestable, lo que los afecta en todos los planos.

El trabajo, la familia, los amigos, configuran dimensiones que se ven seriamente trastocadas producto de esta patología. Una enfermedad que generalmente aparece en la etapa final de la adolescencia o principios de la adultez. Por lo tanto, el círculo social y las relaciones del paciente se ponen en jaque la mayor parte de su vida.

Sin duda, María sabe lo que significa vivir con trastorno de personalidad: “Yo he llorado, he dicho por qué a mí, por qué esto. Yo me hago mis preguntas: por qué no me llevo bien con Juanita Pérez, por qué en los trabajos no duro. Mi mamá me quisiera ver, por ejemplo, detrás de un escritorio, detrás de un computador, pero nunca me ha visto así. Lloro de repente, se

¹ Según información del Royal College of Psychiatrists, principal organización de psiquiatría en el Reino Unido dedicada a la investigación e información a la comunidad.

siente mal. Le gustaría verme emparejada, con alguien, pololeando, ve lejano que pueda tener un hijo. Entonces, son cosas que a ella le duelen”.

María ha hecho de sus visitas al Centro Comunitario de Salud Mental (Cosam) de Conchalí una rutina sagrada. Como ella, existen 37.022 personas diagnosticadas con trastorno de personalidad en nuestro país y que se atienden por esta razón en algún programa de salud mental.² El 80% de esos diagnósticos (29.713 personas) corresponden a mujeres.

Pero la cifra total, de hombres y mujeres en el país, podría ser engañosa, ya que, solo contempla a las personas que poseen TDP como único diagnóstico, desatendiendo los casos- entre el 30 al 40%- de pacientes que padecen de otras enfermedades mentales, pero a su vez sufren de trastornos de personalidad.

HISTORIA DEL TDP: MÚLTIPLES POSTURAS, POCAS CERTEZAS

A pesar de tratarse de una afección que se presenta en parte importante de la población con cuadros psiquiátricos, su reconocimiento científico es relativamente reciente, y además, se ha convertido en una de las patologías mentales que ha generado mayor controversia en este campo.

La investigación sobre trastorno de personalidad y sus clasificaciones, estuvo a cargo del psicólogo estadounidense Theodore Millon, quien en 1969 publicó su primer libro “Psicopatología Moderna”, obra que lo llevó a formar parte del comité de la Asociación

² Información Preliminar del Ministerio de Salud en estudio *Población bajo control por trastorno de personalidad en el programa de salud mental, desagregado por región, concepto, grupo edad y sexo* . Chile, 2015-2016.

Americana de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, APA) como encargado de la conceptualización de los trastornos de personalidad.³

Fue en 1980 cuando Millon presentó la propuesta del Eje II del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) de la APA y logró, que este tipo de patologías se incluyera en uno de los textos más importantes de clasificación de enfermedades psiquiátricas. Esto significó un avance evidente respecto a la existencia de información concreta que aportara en los diagnósticos.

Posteriormente, el trastorno de personalidad fue incluido como patología en la sección de trastornos mentales y del comportamiento, del manual CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y publicado en 1992.

Tras su incorporación en los dos grandes manuales que rigen el desarrollo internacional de la psicología y la psiquiatría, comenzaron las controversias relacionadas a esta enfermedad. A pesar de que tanto el CIE - 10, como el actual DSM (en su versión número 5) han fusionado sus diagnósticos para llegar a puntos comunes, aún existen diferencias entre los tipos de trastornos identificados. Esto impide obtener una concepción unificada respecto a estos trastornos y dificulta su incorporación en las políticas públicas de carácter mundial.

En el DSM V, se incluyen en los TDP el trastorno paranoide de la personalidad, el esquizoide de la personalidad, el esquizotípico, el antisocial, el límite, el histriónico, el narcisista, el trastorno de la personalidad por evitación, por dependencia, el obsesivo - compulsivo de la personalidad y el sin especificación.

³ Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Clínica y Salud, 18(3), 305-324)

El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por un patrón de desconfianza, donde el afectado piensa que las intenciones de los demás son siempre maliciosas. Por lo tanto, las personas que sufren este trastorno no confían en los demás y suelen ser hostiles y controladores.

En el esquizoide, hay una reducción de relaciones sociales, del deseo sexual, una indiferencia a la alabanza o a la crítica y, por lo tanto, suelen llevar una vida bastante solitaria. Esto es porque no desean ni disfrutan de las relaciones personales. En el esquizotípico, además de no disfrutar del intercambio con sus pares, poseen ilusiones recurrentes, creencias extrañas y pensamiento mágico. Es una forma atenuada de esquizofrenia.

Por su parte, las personas que sufren de trastorno de personalidad antisocial, suelen despreciar y violentar los derechos de los demás. De hecho, en poblaciones carcelarias este trastorno puede alcanzar hasta a un 75% de los internos, y suele ir de la mano de abuso de sustancias como drogas y alcohol.

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad. Además de una notable impulsividad que los lleva a la automutilación e intentos suicidas recurrentes. El histriónico, por su parte, posee emotividad excesiva y una búsqueda constante de atención, y en el narcisista, se presenta un patrón de grandiosidad, necesitan de un público que los admire y suelen carecer de empatía. Entre sus características clínicas está el maltrato hacia sus parejas, la manipulación y fantasías.

La extrema timidez, sensibilidad al rechazo y el temor a las relaciones interpersonales son las características principales de quienes padecen el trastorno de personalidad por evitación. Además, estas manifestaciones suelen aparecer junto a trastornos depresivos o de ansiedad. En el TDP por dependencia, en cambio, las personas tienen una necesidad excesiva de que alguien más se preocupe de ellos y por lo tanto se vuelven muy sumisos, tolerando incluso ciertos abusos y teniendo un alto riesgo suicida. Los obsesivos- compulsivos son adictos al orden, la perfección y patológicamente controladores.

Al igual que en el DSM V, en el otro manual aceptado, el CIE - 10, también se presenta el trastorno paranoide de la personalidad, el esquizoide, el histriónico, el por evitación, el dependiente y el sin especificación. Sin embargo, el antisocial del DSM V aquí es llamado disocial de la personalidad, y se le agregan otros tres que no aparecen en el otro manual; trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad y otros trastornos específicos de la personalidad.

El trastorno anancástico de la personalidad que incluye el CIE - 10 se caracteriza por dudas y preocupaciones excesivas y suele ir de la mano con personalidad obsesivo - compulsiva, que en el DSM V es un trastorno como tal. Lo mismo pasa con el trastorno narcisista de la personalidad del DSM V, que en el CIE - 10 sólo se menciona como personalidad narcisista y se incluye en los otros trastornos específicos de la personalidad, junto a una personalidad inestable, excéntrica, inmadura, entre otras.

El CIE - 10 también deja fuera al trastorno esquizotípico de la personalidad, ya que es considerado por este manual como una forma de esquizofrenia y no como una clase específica de trastorno de personalidad.

Además de los tipos de diagnósticos que presenta cada manual, también se diferencian en que el DSM V los propone en categorías separadas, es decir, los agrupa según características comunes en el Grupo A, de trastornos raros o excéntricos, en el Grupo B, de dramáticos o emocionales, y en el Grupo C, de ansiosos o temerosos. Por su parte, el CIE - 10 no utiliza un sistema que proponga una evaluación en varios ejes y no agrupa dichos diagnósticos.

“Lo que ocurre es que estas dos grandes clasificaciones internacionales que están actualmente en uso, el DSM V de tradición anglosajona y el CIE - 10 que se usa generalmente en Europa, están hace muchos años en discusión y los expertos no han podido ponerse de acuerdo en cómo hacer los cambios que ambos requieren”, aclara Jimena Quijada, especialista del Grupo DBT Chile, el cual trabaja con pacientes afectados por trastornos de personalidad.

La discusión en torno a estos manuales ha traído como consecuencia la inexistencia de criterios universales para delimitar estas patologías y distinguirlas de otros trastornos mentales. Es en base a esta discusión que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no considera a los trastornos de personalidad como un problema que requiere la implementación de políticas públicas y además, se ha estancado la investigación en este campo.

Actualmente existe una corriente de profesionales que manifiestan que el trastorno de personalidad ni siquiera es calificable como una enfermedad, por lo cual la investigación en este campo se empantanó hace mucho tiempo. Uno de ellos es el experto en salud pública Rubén Alvarado.

“Yo me pregunto si existe efectivamente el trastorno de personalidad más allá de sus formas específicas. Hoy tenemos 16 descritos en los manuales de clasificación pero, ¿son realmente trastornos? ¿Son enfermedades? O simplemente son formas extremas de ciertas características de la personalidad que todos tenemos, y que por ser así tienen dificultades para la adaptación, para las relaciones interpersonales, para una sociedad que tiende a estructurarlo todo”, comenta.

Al respecto, la TO del Departamento de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y experta en el tema, María Angélica Montenegro, explicó que si bien estos trastornos no constituyen una enfermedad, deben ser tratados, ya que “son desórdenes que provocan un malestar subjetivo en el modo de comportarse, de pensar y de sentir” del paciente.

Ya en 1996 los estudios de la OMS anunciaban que la presencia de TDP influye negativamente en la respuesta a los tratamientos de aquellos pacientes que sufren de algún otro problema de

salud mental. Al presentarse ambos en el mismo cuadro, tienen más probabilidades de prolongar su estancia en los recintos hospitalarios.⁴

Las diversas opiniones contrapuestas sobre trastornos de personalidad generan una serie de interrogantes realmente difíciles de desentrañar. ¿Qué hacer con las 16.500 personas bajo control por trastorno de personalidad, sólo en la Región Metropolitana?⁵ Dejar de entender ciertos tipos de personalidades o comportamientos como patológicos podría ayudar a reducir la estigmatización hacia lo diferente, pero ¿podría también producir que se observe este tema con menos seriedad y se le otorgue menos importancia?

El calificativo de enfermedad sigue en discusión. Lo que no parece discutible es que personas como María asisten periódicamente en busca de ayuda especializada y han visto mermada parte de su vida por su trastorno de personalidad, situación que incluso los ha llevado a pensar en el suicidio o, en casos más extremos, a cometerlo.⁶

TRATAMIENTO PARA POCOS EN UN MAR DE PACIENTES

Combos, patadas y escupitajos, forman parte de los recuerdos que Cecilia tiene de aquel hombre que la golpeaba, del padre de su hijo. Hace 23 años experimentó la violencia de la peor manera.

A sus 58 años, sentada en una de las sillas del Cosam de Conchalí, vuelve a recordar esos duros años de agresiones, que asegura, le “acarrearón” el trastorno de personalidad que la aqueja hace

⁴ Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *International Personality Disorder Examination* (1996).

⁵ Información Preliminar del Ministerio de Salud en estudio “Población bajo control por trastorno de personalidad en el programa de salud mental, desagregado por región, concepto, grupo edad y sexo.”, *op cit.*

⁶ Incluso, estudios como *Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento* de Tania Escribano Nieto, indican que más del 70% de los pacientes con trastorno de personalidad límite tendrán al menos un intento de suicidio.

un año, momento en el que la diagnosticaron. “Era terrible. Esas cosas te van cambiando. Yo me puse un buen tiempo tímida, porque vivía con miedo”, relata.

Debido a la falta de investigación en este tema, las causas del porqué se desarrollan los trastornos de personalidad están poco claras. La hipótesis más aceptada por la comunidad científica nace de la teoría Bío - Social, que afirma que factores ambientales de riesgo actuarían sobre una predisposición genética, o el también llamado temperamento de las personas.⁷

Tanto Cecilia como María fueron víctimas de estos factores de riesgo. La primera por repetidos episodios de violencia intrafamiliar; la última, cuenta que fue violada por su cuñado cuando tenía apenas 12 años y que sufrió *bullying* físico y psicológico durante toda su etapa escolar, sin recibir ninguna ayuda por parte del establecimiento.

Se calcula que sobre un 70% de los pacientes que sufren de trastorno de personalidad límite han tenido algún trauma grave o repetitivo, sobre todo en su infancia.⁸ Es en base a estas estimaciones, y la necesidad de trabajar dichas experiencias invalidantes, que nace uno de los tratamientos más aceptados para este TDP.

En un escenario donde la falta de investigación en la materia no ha permitido desarrollar una terapia con alta efectividad⁹, una de las alternativas más validadas por la comunidad experta para tratar los trastornos de personalidad límite es la terapia cognitivo conductual dialéctica, que en Chile es desarrollada por el Grupo DBT, mencionado anteriormente.

⁷ Padilla, R. J. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(2), 131-9.

⁸ Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñoz, C., ... & Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 335-340.

⁹: Quiroga Romero, E., & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3).

Este tipo de tratamiento fue desarrollado por la doctora e investigadora de psicología de la Universidad de Washington, Marsha Linehan. En el contexto nacional, el Grupo DBT (Dialectical Behavior Therapy o terapia conductual dialéctica) se trata de un colectivo de más de 20 profesionales de salud mental que se formaron en Estados Unidos con el equipo de la precursora del método y que cuentan con más de 13 años de experiencia en el tratamiento de personas que padecen dicho trastorno.

Esta terapia se basa en entregarle a las personas con trastorno de personalidad límite distintas herramientas que les permitan manejar sus emociones. Como respaldo exhibe la mayor cantidad de estudios controlados a lo largo del mundo en esta materia, llegando a tener más de 15 ensayos que demuestran su evidencia. Las otras terapias que trabajan este trastorno poseen entre uno y tres ensayos.

“Lo que nosotros hacemos es enseñarle habilidades a los pacientes. Trabajamos con objetivos concretos, en que cada sesión se les enseña una habilidad nueva que está estandarizada. Una vez que pasan por todos los módulos se dan de alta de grupo y en la terapia individual llevamos estas habilidades adquiridas a un plano más emocional”, explica Carolina Montalva Brahm, psicóloga perteneciente al grupo.

A estas terapias individuales y grupales se suma el acompañamiento telefónico, que ellos llaman *coaching*. Esto significa que cuando el paciente tiene una crisis, puede llamar a su especialista de cabecera y éste lo ayudará de inmediato. “Los estudios demuestran que el tratamiento DBT disminuye el intento suicida, hospitalizaciones, uso de fármacos y los auto daños sin fines suicidas”, agrega la Dra. Jimena Quijada Peters, psiquiatra del grupo.

La mayoría de quienes se atienden en el grupo DBT son derivados de otras clínicas o psiquiatras que conocen la técnica, luego de varios tratamientos y hospitalizaciones que no les han funcionado. Pese a que esta terapia se presenta como la más efectiva para la enfermedad, no está implementada en el sistema de salud mental y, por lo mismo, su acceso está limitado a aquellas personas que pueden pagarla.

Según las profesionales pertenecientes al grupo DBT, no se ha incluido esta opción de tratamiento porque en el sistema público de salud mental se utiliza una terapia habitual para todo, y no existe una estimulación por parte del Estado a los profesionales para que aprendan terapias especializadas para cada trastorno. “Sería una pega extra para el terapeuta, que está poco motivada en este sistema, porque no te estimula ni da tiempo de aprender, ya que tienes que ver a pacientes cada treinta minutos”, afirma Carolina Montalva.

Agrega que esta situación afecta a otras enfermedades mentales, para las cuales existen terapias especializadas y que nadie aplica en el sistema público porque no existen incentivos para hacerlo. Por su parte, la Dra. Quijada advierte que el estigma que aún permanece sobre los trastornos de personalidad es otra traba para implementar este tipo de terapias que deberían brindarles más beneficios a quienes los padecen.

Además de la terapia conductual dialéctica, la psicoterapia centrada en la transferencia (TFP, por su sigla en inglés) es otro de los tratamientos validados para este tipo de trastornos. Esta nace de décadas de investigación por parte de un equipo liderado por el doctor Otto Kernberg en el Personality Disorder Institute (PDI) del Weill Cornell Medical College, ubicado en Nueva York.

Este tratamiento, de orientación psicoanalítica, intenta hacer reflexionar al paciente sobre la imagen que tiene de sí mismo. A través de este análisis se busca que la persona pueda comprender sus emociones, pensamientos y conflictos, y posteriormente, el tipo de relación que construye con los demás.

Este método se comenzó a desarrollar en Chile en el año 2009, a partir del trabajo de un equipo de psicólogos y psiquiatras que participaron de un magíster sobre trastornos de personalidad en la Universidad del Desarrollo, desde el 2006 al 2009. En este último año fundaron el Instituto Chileno de Trastornos de Personalidad (ICHTP) que mantiene una relación directa con el equipo del Dr. Otto Kernberg.

El tratamiento de la TFP comienza con una serie de 3 a 4 entrevistas iniciales. Luego, el profesional a cargo realiza un diagnóstico sobre el trastorno de personalidad y su estructura. Ésta se define a partir de la reflexión del paciente sobre su identidad, del establecimiento de relaciones interpersonales que ha logrado a lo largo de su vida, de los mecanismos defensivos que suelen predominar en él y de un examen de realidad.

Tras el diagnóstico, profesional y paciente establecen un contrato terapéutico, que -en términos simples-, constituye los parámetros del tratamiento. El objetivo de la TFP es que la angustia y la ideación suicida, recurrentes en personas con trastornos de personalidad, no pasen del plano del pensamiento. Es decir, el paciente podría pensar en su propia muerte, sin llegar al límite de generar acciones que atenten contra su vida.

Esto se traduce en que los pacientes sean capaces de tolerar dichos pensamientos y expresarlos en cada sesión con el profesional, para así entender por qué se producen. “Nosotros no le pedimos a los pacientes que dejen de tener la ideación suicida. Lo que nosotros tratamos de abordar es la acción, de manera de trabajar lo que le está sucediendo”, cuenta Catalina Undurraga, psicóloga miembro del ICHTP.

Las personas solicitan ayuda al ICHTP mediante tres vías: su página web; Redgesam, la red de salud privada más importante del país; y consultas particulares que llevan a cabo los miembros del instituto. El segundo tratamiento más legitimado para abordar esta patología, tampoco se encuentra en el sistema público.

Al igual que en DBT, en el ICHTP también se comparte la idea de que el sistema de salud mental no incentiva a las terapias especializadas. Así lo cree Paula Fernández Elgueta, psicóloga y miembro del directorio del ICHTP: “A nosotros nos llega mucha gente que ha estado mal tratada no porque el profesional no quiera tratarlos, sino que porque no tiene la formación para lidiar con la complejidad de un trastorno de personalidad”.

Tanto Cecilia como María asisten al Cosam de Conchalí y ambas fueron derivadas del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, el principal hospital psiquiátrico de la Región

Metropolitana y de Chile. En el Cosam les diagnosticaron el trastorno de personalidad y hoy asisten a terapias individuales y de grupo, pero por su situación económica no podrían tener acceso a ninguno de estos tratamientos.

Los tratamientos a los que hoy podrían acceder personas como Cecilia o María, están centrados en la sintomatología, es decir, se orientan a disminuir las crisis que suelen aparecer más que curar la enfermedad. Esto se trabaja a través de terapia individual, grupal, y, principalmente, gracias a los medicamentos.

María consume cuatro remedios al día: imipramina de 25 mg, un antidepresivo que debe tomar en la mañana y en la noche; ácido valproico, medicamento antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, que ingiere dos veces en la mañana y dos en la noche; haldol, un antipsicótico que toma la mitad al comienzo del día y la otra cuando se va a acostar; y finalmente la fiel sertralina, otro antidepresivo que toma en la mañana.

Por su parte, Cecilia también consume sertralina, además de clonazepam, fármaco que se caracteriza por sus propiedades sedantes y estabilizadores del estado de ánimo. Adicionalmente debe ingerir medicamentos para tratar su hipertensión y colesterol, a lo que agrega la aspirina, su fiel compañera de por vida.

Como ellas dos, hay al menos 50 personas en el Cosam de Conchalí diagnosticadas con trastornos de personalidad, según su directora Verónica Valderrama. Al igual que ellas, asisten a sus terapias grupales mensuales y todas las semanas a alguna terapia individual. Sin embargo, la mayoría de sus nombres no aparecen con ese diagnóstico en los informes dirigidos al Estado.

“Para que el Estado nos pague los tratamientos debemos informar qué diagnóstico tienen los pacientes y el trastorno de personalidad no está en las nóminas del Estado. Entonces, en lo que mandamos no sale como tal, pero en las fichas tenemos registrado depresión, trastorno de ansiedad y trastorno de personalidad” aclara.

La facultativa cuenta que el Cosam tiene más de 1200 pacientes en control, y que de ellos, 400 están en tratamiento constante. De éstos, al menos 50 figuran en sus fichas con un trastorno de personalidad, pero ella cree que por lo menos la mitad de los que se atienden en el Cosam de Conchalí sufre de esta patología. Es decir, el Estado ignoraría que sólo en ese recinto de atención secundaria hay más de 200 personas que necesitan ayuda especializada.

COMORBILIDAD: LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA ÍNTEGRA

Alvan Feinstein, epidemiólogo de la Universidad de Yale, fue una de las primeras personas en acuñar y hacer referencia al término *comorbilidad*, en una publicación del *Journal of Chronic Diseases* en 1970. Este término se refiere a la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo paciente.

La Dra. Jimena Quijada, del grupo DBT Chile, explica que “en psiquiatría la comorbilidad es la regla” y estima que la mayoría de los pacientes que son atendidos por psiquiatras tienden a tener más de un diagnóstico.

Lo anterior cobra gran relevancia al considerar que la existencia de un trastorno de personalidad en relación con otra patología mental, aumentaría el riesgo de que el tratamiento obtenga malos resultados y que por ende, se pueda complejizar la situación del paciente.¹⁰ Por esta razón, el diagnosticar y tratar a tiempo la totalidad de trastornos del paciente es fundamental, ya que su condición podría agravarse con un diagnóstico tardío.

De esta manera, si una persona con depresión o cualquier otro cuadro clínico como enfermedad predominante, sufriera de trastorno de personalidad y este no fuese contemplado por los especialistas, existe una gran probabilidad de que el afectado no presente mejorías, ya que el hecho de no tratar dicho trastorno podría desestabilizarlo.

¹⁰ J. Hales, Debora, Hyman Rapaport, Hyman (2013) Trastornos de la personalidad (I). Edición en español *FOCUS*.

Igualmente negativo sería que una persona con un trastorno de personalidad como patología predominante no fuera diagnosticada a tiempo y pase años siendo tratada por otra enfermedad mental sin prestar atención al trastorno de mayor incidencia.

Por lo tanto, el diagnóstico tardío de un trastorno de personalidad en un paciente que presenta comorbilidad, incide profundamente en el tratamiento y en su efectividad.

La historia de María evidencia lo ya expuesto. Fueron 15 años los que mantuvo un tratamiento por depresión, antes de que los profesionales decidieran comenzar a trabajar en base a su trastorno de personalidad, previamente ignorado, y, por ende, tampoco contemplado en su tratamiento. Esto probablemente influyó en que los problemas que afrontaba en su vida cotidiana no encontraran solución con los métodos que los expertos utilizaban para tratar su depresión.

De esta forma, se hace fundamental que el profesional a cargo pueda ver la situación del paciente desde una perspectiva global. Es decir, todos los factores que afecten a la persona en cuestión deben ser tomados en cuenta.

“Uno de los puntos claves para trabajar con una persona TDP es pensar en las comorbilidades que tiene. Un paciente que tiene alguno de estos trastornos y es adicto; o tiene un trastorno de personalidad y diabetes... Si uno no estabiliza lo anterior, va a estar irritable igual. Hay que verlo como un todo”, precisa el subdirector de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. Jonathan Veliz.

¿UN PROCESO DE NUNCA ACABAR?

Hace 20 años nació la única hija de Mirna. Paula, nombre ficticio con el que la llamaremos para resguardar su identidad, es estudiante de derecho y en febrero de 2017, cayó al hospital psiquiátrico de la Universidad de Chile por un gesto suicida. Quería acabar con “esta mierda de vida” que le tocó, comentó aquella vez a Mirna, luego de haberse tomado un cóctel de pastillas.

Cuando Mirna recibió la llamada del mejor amigo de Paula, contándole lo sucedido, tomó un bolso y viajó inmediatamente desde su ciudad natal, Valdivia. Su hija se encontraba en un tratamiento por depresión, y en su etapa escolar había sufrido bulimia, pero nunca había llegado a querer quitarse la vida. El miedo la invadió por completo.

Durante las dos semanas que su hija estuvo internada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Mirna anotó en una libreta todo lo que los doctores le decían sobre el nuevo diagnóstico de su hija: trastorno de personalidad. Una enfermedad absolutamente desconocida para la mujer de 52 años y que planteó de inmediato una duda en su cabeza.

“La pregunta más frecuente que yo le hacía a su doctora es que si era una condición que ella nunca iba a superar, pero según ella si se supera. No es una enfermedad crónica, es un rasgo de su personalidad que siempre va a tener”, cuenta Mirna. La respuesta de la médica tratante de su hija le dio tranquilidad. Sin embargo, la condición crónica de los trastornos de personalidad es algo que sigue en discusión.

En concordancia a la falta de investigación sobre un tratamiento efectivo para los TDP, la comunidad científica tampoco se ha puesto de acuerdo sobre el carácter crónico de este tipo de trastorno. Esta situación ha abierto dos posturas contrarias con respecto al tema.

La primera de ellas se apoya en la condición de “estables en el tiempo” con la que el manual DSM clasifica a los trastornos de personalidad. Algunos estudios plantean incluso que los TDP son intratables y con clara tendencia al fracaso terapéutico.¹¹

En base a esta teoría, el trastorno de personalidad tendría entonces tratamientos con alcances transitorios, enfocados en aliviar temporalmente los problemas que presentan los pacientes.¹²

¹¹Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3).

¹² Quiroga Romero, Ernesto; Errasti Pérez, José Manuel, *op cit*.

Es decir, que María, Cecilia y Paula sólo se sentirían aliviadas mientras dura su periodo de tratamiento, pero luego volverían a sentir que los problemas regresaron.

En contraste, se han propuesto también teorías más alentadoras con respecto al tema. Estas se basan en que los trastornos de personalidad tendrían cura, pero no desaparecerían por completo. Tal como se lo explicaron a Mirna, se trataría de una disminución significativa de los síntomas y, por ende, del impacto que éstos tienen en la vida de los pacientes. Llegando incluso a lograr una mayor autonomía y estabilidad de éstos con el paso del tiempo.

Para el Dr. Jonathan Veliz Uribe, este avance se daría gracias a objetivos concretos en la terapia. De acuerdo al cumplimiento de dichos objetivos, se trabajaría el alta del paciente y el tratamiento se iría pensando por momentos específicos, por fases que deberían ir siendo cumplidas poco a poco.

“Uno discute qué vamos a entender como alta, porque si se hospitalizó por una acción suicida y se le pasó, podría irse de alta de la hospitalización pero seguir con un tratamiento ambulatorio. En este tratamiento nos enfocaríamos, por ejemplo, en que mejore sus vínculos íntimos y que sean estables, para que no termine en el psiquiátrico o hospitalizado cada vez que tenga un quiebre con su pareja o lo echen del trabajo. Entonces, el objetivo de este paciente en particular sería manejar esta pulsión suicida”, aclara.

Es importante notar que no existe un consenso con respecto a cuánto tiempo podría durar la terapia. En el Grupo DBT, suelen dar de alta a sus pacientes cuando éstos llevan de uno a dos años de tratamiento, luego de haber completado todo un ciclo de terapia grupal e individual. Pero pese a que este es el tiempo estándar, todo varía de acuerdo al diagnóstico que tenga cada persona, pudiendo repetir este ciclo más de una vez.

Por su parte, en el ICHTP, no dan de alta a un paciente antes de los dos años. De hecho, es muy común que luego de que terminen su tratamiento en el instituto, vuelvan por alguna situación puntual a buscar ayuda, con un foco mucho más claro de lo que necesitan. “Yo estoy

terminando una terapia donde hubo un cambio estructural, pero fueron 5 años”, cuenta la psicóloga Catalina Undurraga.

Pese a que el tratamiento que se les brinda a los pacientes con trastorno de personalidad ya es largo y demandante, muchos de ellos arrastran procesos aún más tediosos. Décadas de tratamientos que no tuvieron respuesta por un diagnóstico erróneo, como el de Paula. En este caso en particular, la depresión diagnosticada en un principio en realidad se trataba de un trastorno de personalidad.

“Hoy el país está gastando en tratamientos largos de pacientes que lo que tienen es un trastorno de personalidad de base, pero el GES los recibe y hospitaliza por otras enfermedades, una y otra vez. Nosotros hemos tratado pacientes que han tenido cinco hospitalizaciones todas por GES, donde el problema no es la depresión”, enfatiza Paula Fernández, miembro del directorio del Instituto Chileno de Trastornos de Personalidad.

CAPÍTULO 2:

SALUD MENTAL, UN DESAFÍO CRECIENTE

Chile es uno de los pocos países en el mundo donde con el paso del tiempo y el desarrollo económico, los índices de enfermedades mentales no disminuyen, sino que aumentan preocupantemente. Ya en el 2013, la OMS explicitaba que los principales desafíos en la materia en Chile, por causas de muerte y pérdida de años de vida saludables, eran las enfermedades no transmisibles y la salud mental.¹³

El déficit de tratamiento de los trastornos mentales es elevado en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre el 76% y el 85% de las personas con alguna enfermedad mental grave no recibe tratamiento, y en los países de ingresos altos, entre un 35% y un 50%.¹⁴

Chile es el país con mayor incidencia de enfermedades mentales de la región. En 2016, según un estudio de la Universidad de Chile, sólo en Santiago existían más de dos millones de personas con alguna enfermedad psicológica y un 22% de la población total tenía sintomatología depresiva significativa (en el caso de las mujeres, el 25%).

En el presente año, la OMS alertó que más de un millón de chilenos sufre de ansiedad. A nivel local, la Superintendencia de Seguridad Social estableció que más de un tercio de las licencias médicas tramitadas son por trastornos mentales, entre los que se encuentran, el estrés laboral, trastornos de ánimo, de ansiedad, por nombrar algunos. Casi el 40% de estas licencias son rechazadas por las Isapres y más del 10% por Fonasa.

¹³World Health Organization. (2013). OMS Estrategia de Cooperation Resumen: Chile.

¹⁴Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020 (2013) Organización Mundial de la Salud.

Además, Chile es el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que presenta un crecimiento en su tasa de suicidios durante los últimos 15 años. De hecho, en 20 años, esta cifra casi se ha duplicado, y junto a Corea del Sur, es el único país donde esta tasa, particularmente de adolescentes y niños, aumenta año tras año. Si en el 2000, cuatro de cada 100 mil jóvenes se suicidaron, en el 2010 ya eran ocho.

El estrés es otro problema de salud mental que se ha ido acrecentando. Entre los años 2012 y 2016, el porcentaje de chilenos estresados creció de un 22% a un 42%.¹⁵ Esto se traduce en que las industrias farmacéuticas venden al año casi siete millones de algún tipo de psicotrópico.

Según el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible¹⁶, hoy los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad de Chile, con un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA). Este problema es una realidad a nivel mundial. Diversas estimaciones muestran que para el año 2030 este tipo de patologías representarán el 13% de la carga de enfermedad en el mundo, teniendo un costo de aproximadamente unos US\$15 trillones.

Todas estas cifras se tornan aún más preocupantes cuando se conoce cuántos recursos destina el Estado chileno a salud mental del presupuesto total de salud. Si en 2010 este porcentaje ascendía al 1,83%, seis años más tarde, sólo subió a un 1,97%, que quedaría en tan sólo un 1,37% si se descuenta el fondo para centros de tratamiento de problemas de alcohol y drogas¹⁷. Porcentaje muy alejado de la meta de un 5,0% propuesta por la OMS.

¹⁵ Estudio Chile Saludable (2016), fundación Chile en conjunto con Adimark.

¹⁶ Estudio que estima la carga de enfermedad para Chile usando como indicador los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) por muerte prematura (AVPM) y los años vividos con discapacidad.

¹⁷ Presupuesto de salud mental en el sistema público años 2010 - 2016, en relación al presupuesto total de salud. Fuentes: DIVAP, FONASA, Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales, SENDA

Según el último informe WHO - AIMS de la OMS sobre el sistema de salud mental en Chile¹⁸, ya para el 2012 el porcentaje promedio que se destinaba a salud mental en los países de ingreso medio alto era un 2,38% -grupo al cual pertenecía Chile en este año- y en los de ingreso alto un 5,10%. Chile ingresó a este segundo grupo en el año 2013 y hoy, cuatro años más tarde, no dispone para esos fines ni la mitad de este presupuesto.

Para Olga Toro, magíster en Salud Pública y encargada de planificación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el presupuesto no sólo está por debajo de lo esperado en las metas que propone la OMS, sino que más bien en el desarrollo de servicios de atención, de prevención y de promoción para abordar los temas de salud mental.

“Si nosotros miramos los datos epidemiológicos con los que contamos respecto de cómo se presenta el problema en nuestro país podemos ver que todo es insuficiente. Es insuficiente si lo comparamos con otros países en cuanto al nivel de cobertura que tenemos en los servicios de atención, al nivel de desarrollo de los programas de promoción a nivel sectorial e intersectorial, a la prevención que tenemos en el área. Pese a que en los últimos 10 años hemos avanzado mucho, evidentemente el presupuesto destinado a salud mental no es suficiente”, aclara Olga Toro.

Para la especialista, muchos de los recursos con los que hoy se cuenta en salud mental no están siendo eficientes en su uso y la concentración de estos en el Gran Santiago Urbano es un problema. Ya para el año 2014, la capital contaba con más del doble de recursos que el promedio nacional¹⁹.

Asimismo, para este año, la distribución del presupuesto era desigual entre los hospitales psiquiátricos más importantes del país. El instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo informe. Junio, 2014 Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS) Santiago de Chile.

¹⁹ *Ibid.*

concentraba el 55% del total, mientras que el Salvador y El Peral recibían sólo el 13% y 10% respectivamente. El porcentaje presupuestario nacional de salud mental para los hospitales psiquiátricos descendió desde el 74% en el año 1990 a 16% en el 2012. Esta merma fue de la mano con el cambio al modelo familiar de salud.

Para Olga Toro, la solución al déficit presupuestario recae en la planificación. “Cada vez que se decide en un presupuesto público asignar recursos para un área, estamos decidiendo no asignarlos para otra. Es súper importante no aumentar el presupuesto por aumentarlo, sino que sea en virtud de un plan de desarrollo del país, que en el caso de la salud mental es absolutamente necesario”, explica.

Posición que comparte Rubén Alvarado, académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y miembro del Programa de Salud Mental, y que afirma que Chile conoce en qué canalizar dicha planificación. “Necesitamos aumentar la inversión en salud mental, porque sabemos qué hacer y sabemos dónde hay vacíos de cobertura, dónde habría que poner centros comunitarios, dónde habría que aumentar los hospitales de día, dónde habría que aumentar los niveles de capacitación para trabajar con el modelo profesional nuestro. O sea, sabemos perfectamente qué hacer. El presupuesto es bajo por eso, porque es un problema importante y porque efectivamente tenemos cosas que hacer”, aclara.

Y es en base a esta misma línea que el Ministerio de Salud de Chile ha trabajado desde el año 1993, fecha en la que se presentó el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el que cuenta con dos versiones posteriores en el año 2000 y el más reciente, anunciado en mayo de 2017. Pero, si los indicadores de enfermedades mentales en Chile aumentan año tras año, es plausible cuestionar, qué tan efectivas han sido las políticas públicas implementadas.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE

Para comprender las características principales de nuestro actual sistema de salud mental, es necesario observar el proceso de transformación desde un sistema institucionalizado, basado mayoritariamente en la internación de los pacientes en hospitales psiquiátricos, hasta lo que hoy conocemos como sistema comunitario de salud mental.

Esta metamorfosis buscaba dejar atrás la imagen del manicomio y la institucionalización como piezas centrales del antiguo sistema de salud mental. El uso de estos mecanismos respondía a un contexto donde la necesidad de contener y separar a los pacientes del resto de la sociedad constituía la idea matriz para un adecuado tratamiento psiquiátrico²⁰. Sin embargo, el modelo comunitario de salud mental vendría a alterar este imaginario que consideraba beneficioso aislar de su medio social a aquellas personas afectadas por algún trastorno mental.

El modelo ambulatorio o comunitario de salud mental se caracteriza por adherir al concepto de multicausalidad de los trastornos psiquiátricos dado que se brinda importancia a los factores psicosociales ; por integrar la atención psiquiátrica a los establecimientos de salud general, en especial la atención primaria; poseer un enfoque territorial y poblacional; contar con un marco ético en la atención que asegure los derechos del paciente; contar con equipos multidisciplinarios; trabajar a través de una perspectiva integral que incluya promoción, prevención, tratamiento psicosocial y reintegración social; entre otras dimensiones.²¹

En definitiva, esta experiencia buscaría integrar a las personas con afecciones psiquiátricas a las comunidades de las que forman parte y donde se emplazan los servicios de atención con impronta territorial.

A pesar de que en la década de 1960 ya habían tenido lugar experiencias de Psiquiatría Comunitaria²², no sería hasta finalizada la dictadura militar –período en el que se interrumpió cualquier avance al respecto- cuando se comienza a perfilar como un modelo susceptible de ser considerado seriamente en el desarrollo de las políticas públicas.

²⁰Experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile, Autor: Dra. Rosa Torres, Universidad de Santiago de Chile Facultad de Ciencias Médicas Dirección de Postgrado Unidad de Psiquiatría

²¹ Hormazábal, Naín & Riquelme, Carolina (2009) Modelo comunitario en salud mental y psiquiatría como modelo tecnológico

²² Entre estas iniciativas destacan la de M. Cordero, quien lideró una experiencia de Psiquiatría Comunitaria en Temuco, como también las intervenciones en Salud Mental Poblacional de L.

La Declaración de Caracas realizada el 14 de noviembre de 1990 influyó en la transformación del sistema de salud mental en el país. Esta instancia convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se llevó a cabo en el contexto de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, realizada en Venezuela. A este encuentro asistieron congresistas y equipos técnicos de distintos países latinoamericanos, incluido Chile.

El documento declara los beneficios de la reestructuración en la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud, y entrega consideraciones generales respecto al modo en que debe operar el nuevo sistema. Además, insta a las naciones de la región –con sus distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales- a apoyar este proceso, con el fin de asegurar su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de América Latina.²³

Luego de este hito mundial, Chile -a través del Ministerio de Salud- promulgaría oficialmente en 1993 su primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este Plan tuvo como principal labor la inclusión de la salud mental en la atención primaria–punto central presente en la Declaración de Caracas-, ya que se capacitaron profesionales de este sector en conocimientos de salud mental y diversos centros de atención primaria fueron reforzados con tres profesionales de media jornada, generalmente psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras obstétricas, con el objetivo de abordar la dimensión psicosocial de los trastornos psiquiátricos²⁴.

Además, a través de este Plan se aumentaron los equipos de especialidad ambulatoria y se instalaron los primeros hospitales de día, programas de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad y hogares protegidos.

²³ Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990.

²⁴ Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet*, 20(4), 440-447

Estas prácticas, innovadoras para ese entonces, sirvieron de cimiento para el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000), que se nutrió de las experiencias recabadas del primero y también de sus insuficiencias, para así generar un Plan que realmente transforma el sistema institucional en uno comunitario.

Según el primer informe de la OMS sobre el sistema de salud mental en Chile del año 2004, las principales fortalezas de este Plan tienen relación con sus formulaciones respecto promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, organización de servicios, colaboración intersectorial y financiación²⁵.

En cuanto a la colaboración intersectorial, el Plan establece acciones dirigidas a coordinar el sector de la salud mental con otros sectores del gobierno y la sociedad civil, definiendo cuatro dimensiones a abordar: las escuelas, centros de trabajo, barrios y personas en conflicto con la justicia.²⁶

En consonancia con el objetivo de establecer un sistema de salud mental más bien lejano al modelo institucionalizado, las camas en hospitales psiquiátricos disminuyeron, principalmente las de larga estadía, que entre el 2004 y el año 2012 redujeron su número en un 43,5%²⁷.

Respecto a la cantidad de dispositivos de salud mental en el sector público, este número creció de 759 en el año 2004 hasta llegar a 2022 en 2012. Este incremento positivo contrasta con el aumento en el tiempo de espera de la primera consulta psiquiátrica que pasó de 29 a 48,3 días.²⁸

²⁵ Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando *World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS). (Santiago, Chile) 2006

²⁶ Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.

²⁷ Las camas de larga estadía en hospitales psiquiátricos disminuyeron de 781 en el 2004 a 441 en el año 2012

²⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

Sin embargo, este no es el único aspecto negativo que condiciona la calidad de vida de la población con enfermedades psiquiátricas.

El segundo informe de la OMS sobre el sistema de salud mental en Chile, dio cuenta de diversas dimensiones deficitarias en este sector sanitario. Es así como se observa que para el 2012 la cantidad de centros de salud mental se encontraba por debajo de la norma técnica de uno por cada 40 mil beneficiarios.

Además, exceptuando la implementación de hogares y residencias protegidas, y la reconversión que ha tenido el Hospital El Peral –que ha distribuido su número de plaza entre la Red de Servicios de Salud Mental²⁹- los hospitales psiquiátricos no habían reasignado recursos para la formación de equipos ambulatorios, hospitales de día y servicios de psiquiatría en hospitales generales.

Otras de las debilidades que no pudo revertir el Plan Nacional (2001) es la insuficiencia en la cobertura de actividades de salud mental en áreas complementarias, como la promoción y prevención en las escuelas, por ejemplo, que alcanzaba un índice menor al 10%. Tampoco existía una especificidad para personas con enfermedades mentales en programas creados para entregar facilidades de empleo, vivienda y pensiones de invalidez³⁰.

Asimismo, se hacían palpables las inequidades del sistema de salud mental, ya que la calidad de la atención presentaba variaciones según el servicio sanitario al que cada persona estaba adscrita según la comuna donde reside. De esta forma se observaba una marcada diferencia de recursos para salud mental entre el Santiago urbano y el resto del país.

Para la experta en Salud Pública, Olga Toro, a pesar de que “se ha avanzado muchísimo” en nuestro sistema de salud mental, en la actualidad todavía existiría una deuda entre la urbe y las

²⁹ Avances en salud mental en Chile, a 25 años de la Declaración de Caracas, 2015

³⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

regiones del país que debe ser saldada. “Hay una brecha muy importante y particularmente en regiones. Mucha centralización. Hay regiones en que los niños no cuentan con psiquiatra infantil. Entonces se genera una inequidad importante”, enfatiza.

El pasado 23 de octubre el Ministerio de Salud entregó el tercer Plan Nacional de Salud Mental, el cual proyecta los desafíos del país en el sector para el periodo comprendido entre el 2017 y el año 2025. Para Toro, el plan nacional es un instrumento que ha demostrado que cada vez que se implementa una nueva versión se suscitan esfuerzos para ordenar de mejor manera los recursos, generando avances en el área de la salud mental.

Sin embargo, según la experta el Estado debería elaborar un nuevo plan cada diez años. El primero fue en 1993 y el segundo en 2001, por lo tanto Chile cumplió en su primera etapa con esta periodicidad. Sin embargo, desde esa fecha hasta el día de hoy, han pasado más de 16 años en los que Chile no ha renovado ni sus metas ni objetivos respecto a la salud mental.

INCLUSIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN GES: ¿NECESARIO O IMPOSIBLE?

Nuestro actual sistema de salud es mixto, con presencia del sector público y del sector privado. La cobertura del sector público alcanza al 73% de la población³¹ y está a cargo del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). El sector privado cuenta con el seguro de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Ambos subsistemas tienen cobertura de “todos los problemas de salud mental y trastornos mentales”, aunque con un alto copago y limitaciones en la cantidad de prestaciones a entregar en el sector privado³².

³¹ Según el sitio web de Fonasa. Información recuperada de www.fonasa.cl/ con fecha diciembre del año 2015.

³² Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

Según el último informe de la OMS sobre el sistema de salud mental en Chile³³ existen marcadas diferencias entre ambos sectores en esta área. Para el año 2012 “el acceso a tratamiento de salud mental de los beneficiarios de Isapres era 8 veces superior al de los beneficiarios de Fonasa” y con “una tasa de hospitalización 1,5 veces mayor”.

En 2004 se promulgó la Ley 19.966, que establece Garantías Explícitas de Salud (GES) para ciertas enfermedades a tratar tanto en Fonasa como en Isapres. Esta Ley crea un plan que se hace cargo de garantizar el acceso, la oportunidad en la entrega de la prestación (estableciendo un plazo máximo de atención), calidad y protección financiera. Este marco legal busca “mejorar la eficiencia del subsistema público, disminuyendo la brecha de oportunidad existente con el subsistema privado”³⁴.

Actualmente son 80 las enfermedades cubiertas por el GES. Dentro de esa lista se encuentran incorporados cuatro trastornos mentales. La esquizofrenia, el consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años, la depresión en personas de 15 años o más y el trastorno bipolar en personas de 15 años o más. Esta última, fue incorporada a partir del año 2013.

Para Jimena Quijada, psiquiatra del grupo DBT, la implementación del Ges es una ventaja, ya que antes sin importar la enfermedad psiquiátrica del paciente los planes de las Isapres generalmente “daban derecho a unas cuatro consultas psiquiátricas al año y seis psicológicas”, siendo insuficiente para tratar una patología de mayor complejidad. En cuanto al sistema público, la experta añade que sin dichas garantías la atención estaba limitada por factores como la “baja frecuencia y el tiempo de espera”.

El Ges contempla 80 enfermedades, solo 4 pertenecen a salud mental, y el trastorno de personalidad no se encuentra entre ellas. Surge entonces la interrogante en torno a si debería

³³ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

³⁴ Benavides, Paula; Castro, Rubén ; Jones, Ingrid (2013) Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales.

considerarse el TDP dentro de las Garantías Explícitas de Salud. Es una simple pregunta, sin embargo, genera muchas respuestas diferentes por parte de los expertos.

El Dr. Jonathan Veliz, subdirector de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Clínico de la U. de Chile, cree que la respuesta es lógica. Es una acción necesaria y cuenta con suficientes razones que la respaldan. “Hay tantas personas con trastornos de personalidad, es tan común, es transversal a todas las otras categorías diagnósticas. Hospitalizar a un paciente por un riesgo suicida en el contexto de un TDP es millonario. Hacer una psicoterapia es carísimo. Los fármacos psiquiátricos, que son de muy difícil uso, también son muy caros”, enfatiza.

Al respecto, Jimena Quijada explica que la incorporación de patologías GES, que por un lado es benéfica, también ha provocado que existan patologías de “primera clase” y otras como el trastorno de personalidad, que carecen de dichas garantías y son rezagadas por la presión de los centros asistenciales de dar prioridad a las primeras.

“Yo trabajé un tiempo en Integramédica y ahí tenía que hacer la distinción sobre si era o no era GES. Era horrible, porque si lo metías dentro de la caja tenía todas estas garantías, y si no, ninguna. Es bien perverso el sistema”, agrega la psiquiatra.

Por su parte, Olga Toro explica que uno de los factores más relevantes que determina la inclusión de una enfermedad o trastorno en el GES es la “existencia de evidencia científica sobre el tratamiento a utilizar, lo que constituiría uno de los grandes problemas del trastorno de personalidad (...). Hoy las alternativas de intervención existentes ayudan al paciente a que logre tener una vida más adaptada a su contexto, pero no existe una cura para el trastorno de personalidad”, afirma.

Para Mirna, la madre de Paula, el hecho de que los trastornos de personalidad no estén cubiertos en el sistema de salud ha generado un cambio en su vida. Los padres de Paula han costeado de forma particular su tratamiento. Esto les ha significado desembolsar 200 mil pesos mensuales de psicólogo y alrededor de 140 mil en medicamentos, a lo que hay que sumarle unos 300 mil pesos por cada viaje en vehículo de Valdivia a Santiago. Viajes que realizan cada 15 días para

acompañar a su hija. “Hemos tenido que renunciar a varias cosas, pero sabemos que hoy la salud de Paula debe ser nuestra prioridad. Muchos *regaloneos* se han ido al tacho de la basura”, comenta.

Sin embargo, expertos como Rubén Alvarado continúan cuestionando la idea de incluir dicho trastorno en el GES. El especialista explica que al no ser una enfermedad como tal, no puede ser beneficiaria de estas garantías. “Alguien que hace políticas públicas debe decirte que si se trata de un trastorno cuestionado, no se debería invertir el dinero de todos los chilenos en eso”, indica, dejando abierto un debate que no pareciera acabar pronto.

UNA DEUDA CON LOS DERECHOS FUNDAMENTALES

Para el año 2013, el 50% de los Estados miembros de la OMS contaba con una ley específica sobre salud mental. Sin embargo, sólo el 34% de ellas estaba en plena consonancia con los pactos internacionales sobre derechos humanos, su aplicación era eficiente y en su elaboración habían contado con una participación activa de las personas con trastornos mentales y sus familiares.³⁵

Para el 2020, la OMS propuso como meta en su Plan de Acción de Salud Mental que esta cifra subiera al menos a un 50%. A tan sólo tres años de este plazo, Chile continúa en el grupo que no dispone de una legislación específica sobre salud mental, pese a tener los indicadores más altos de la región en este tema. Sin embargo, sí existen algunas leyes que incluyen componentes relacionados a esta área y que están reconocidas por la OMS como avances en la materia³⁶.

³⁵ Plan de acción de salud mental 2013 - 2020 (2013), Organización Mundial de la Salud.

³⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

La primera de ellas es la ya mencionada Ley N° 19.966 del año 2004, que establece las Garantías Explícitas de Salud (GES), primer avance en materia legal que incluyó temas de salud mental.

A esta le sigue, un año más tarde, la Ley N°20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y en el 2008 el Decreto Supremo N° 201 que promulga la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, adoptada por su Asamblea General en 2006 y aprobada por el Congreso Nacional de Chile dos años más tarde.

En 2009, la Ley N° 20.379 crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”, el que incluye ciertos aspectos de protección y promoción a la salud mental en el país. En el año 2010, la Ley 20.422 establece una serie de normas sobre inclusión social e igualdad de oportunidades para personas con discapacidad, y en el mismo año, se promulga la Ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación arbitraria.

Ley N° 20.584, del año 2012, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud. Esta ley aborda la hospitalización y las prácticas de investigación en personas con discapacidad intelectual y crea la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales.

A estas leyes, se le agregan dos proyectos de ley que se encuentran aún en alguna fase de su tramitación y que hacen alusión directa a salud mental. El primero de ellos ingresó el 18 de diciembre de 2008 y establece la revisión judicial de la internación administrativa de las personas con enfermedades mentales.

Este proyecto, basado en el artículo 130 del Código Sanitario, busca que la decisión de internar a una persona con alguna enfermedad mental en un centro de asistencia pública tenga que ser revisada por un órgano jurisdiccional, como los Tribunales de Justicia o Corte de Apelaciones, para asegurarse de resguardar los derechos de la persona internada. Hoy, esta iniciativa se

encuentra aún en el primer trámite constitucional, y los directores de estos establecimientos poseen potestades no sólo sobre la persona, sino que también sobre sus bienes, ya que asumen su curaduría provisoria.

El segundo proyecto de ley se ingresó en junio de 2016 y busca establecer normas de reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad o discapacidad mental. De acuerdo con su creador, el diputado Sergio Espejo (DC), la idea nació tras encontrar a muchas personas con depresión en su campaña política ante las elecciones parlamentarias, busca ser la nueva Ley de Salud Mental para Chile y tiene cuatro objetivos fundamentales.

El primero de ellos es asegurar que las personas con enfermedad o discapacidad mental puedan tomar sus propias decisiones, y si es necesario, actuar a través de un representante legal. Se pretende también prohibir los tratamientos invasivos o irreversibles sin su consentimiento, establecer como requisito para la internación involuntaria la autorización de la Corte de Apelaciones - que deberá revisar constantemente que responda a una exigencia clínica - y propone estándares para la atención en salud mental.

Para el diputado Espejo, el atraso que presenta el país en este tipo de iniciativas se debe a la baja viabilidad política y técnica para sacar adelante una gran ley marco en salud mental. “Primero porque requerimos de modificaciones orgánicas, de cambios a la institucionalidad y eso debía ser iniciativa del ejecutivo, no de una moción parlamentaria. Segundo porque iba a requerir recursos y conseguirlos siempre es difícil, especialmente para crear nuevas instituciones. Tercero porque había discrepancias profundas con respecto a los contenidos que tenía que tener esa ley. Todavía las hay”, explica.

Los disensos se han visto reflejados en diversas críticas efectuadas al proyecto, como la utilización de términos discriminatorios o no establecer la prohibición absoluta de esterilización como método anticonceptivo sin el consentimiento de la persona afectada, sino que sólo regularla. Estas críticas impulsaron una serie de mejoras para el proyecto final, que el propio autor de la iniciativa admite.

“Reconozco que la primera versión del proyecto era más tímida por las reacciones con las que me encontré a medida que fuimos avanzando. Sin embargo, creo que la redacción final establece lo que nos importa, por ejemplo, que la esterilización esté prohibida, exceptuando los casos en que haya un consentimiento expresado por alguno de los mecanismos que existen hoy”, aclara.

Otras de las críticas al proyecto de ley responden a una decisión y no al proceso de perfeccionamiento. Por ejemplo, el no garantizar la prohibición absoluta de la hospitalización involuntaria sino que regularla a través de la Corte de Apelaciones. El equipo tras el proyecto, basado en el manual de recursos de la OMS sobre salud mental, no la prohíbe pero sí define los estándares, confiados en que esta hospitalización continúa siendo una opción terapéutica, pero en casos excepcionales y que se justifica sólo si trae beneficios al paciente.

“Yo creo que prohibir absolutamente la hospitalización involuntaria es un error, porque pueden haber ocasiones en que sea necesario, por ejemplo episodios psicóticos violentos. Tú puedes tener la necesidad de hospitalizar a alguien para estabilizarlo, pero requieres autorización de la corte. También establecimos plazos, hay una revisión a los 30 días, a los 90 días, porque eso es lo que plantea el manual de procedimientos de la OMS”, detalla Espejo.

En octubre de 2017, la Cámara de Diputados aprobó el informe final del proyecto de manera unánime. A diferencia de la iniciativa de ley de 2008, que su última acción fue en 2009 y que se estancó en el primer trámite constitucional, esta propuesta de ley avanza en sus procesos periódicamente y se vislumbra como una posibilidad real de que Chile cuente con una norma. Sin embargo lo concreto es que hoy el país no garantiza los derechos de las personas que sufren de alguna patología mental.

Para Matías González, psiquiatra de la Pontificia Universidad Católica de Chile y miembro del equipo médico que estuvo tras la creación del proyecto de ley, el contar prontamente con esta normativa sería un gran avance para la salud mental en Chile. “Tenemos que empujar para que los pacientes mentales sean sujetos de derecho. Sería excelente que podamos decir que Chile

fortalece la protección de aquellos que son más vulnerables, porque cómo los tratamos se traduce en que tan desarrollados somos”, explica.

Tanto para Matías como para Olga Toro, la propuesta del diputado Espejo es un avance a la casi inexistente voluntad política que se ha demostrado para este tema. “No entiendo cuál es el riesgo político que se ha visto en aprobar una ley de este tipo cuando es tan necesaria para las personas. Probablemente porque se piensa que las personas ‘locas’ no dan votos, no sé”, comenta la experta en Salud Pública.

Según la OMS, las principales omisiones de la legislación chilena en esta área se refieren al acceso a la atención de salud mental y a los mecanismos para implementar las pequeñas disposiciones que hoy existen en las normas anteriormente mencionadas. El Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental ha señalado que, además que sus avances son mínimos, estas leyes ni siquiera cumplen con los estándares internacionales que ha fijado Naciones Unidas y la OMS.³⁷

Ejemplo de ello es que en el marco jurídico actual es posible declarar con facilidad la interdicción de una persona con discapacidad mental y nombrar un curador de sus bienes (Ley N° 18.600), que no se reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental (Ley N° 20.422), que el médico tratante puede negarle a la persona leer su ficha clínica (Ley N° 20.584), que la legislación vigente presente vacíos en la creación de una autoridad independiente que supervise las hospitalizaciones involuntarias y no reconozca en plenitud el derecho de estas personas a dar consentimiento para algunos procedimientos irreversibles (ambos cambios que se esperaba fueran introducidos en la Ley N° 20.584).

Además, estas vulneraciones explícitas a los derechos humanos de aquellos que sufren de alguna patología mental en Chile, se contradicen incluso con disposiciones existentes en leyes de otros ámbitos. Tal es el caso de la Ley 18.600 que señala en su artículo 16 que en el contrato

³⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

de trabajo de estas personas “podrá estipularse una remuneración libremente convenida entre las partes, no aplicándose a este respecto las normas sobre ingreso mínimo”. Siendo que en la propia Constitución Política de la República se señala que no debe existir ningún tipo de discriminación laboral y que toda persona tiene derecho a justa retribución por su trabajo.

La situación se torna más grave cuando se conocen las consecuencias de estas vulneraciones, como por ejemplo, que las medidas forzadas en hospitales generales y psiquiátricos en Chile hayan aumentado constantemente entre los años 2004 y 2012. Para este último año, se realizaron 1.792 hospitalizaciones involuntarias en el país autorizadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), lo que representa una tasa nacional de 10,3 casos por 100.000 habitantes³⁸

Para Sergio Espejo, estas consecuencias se deben a la invisibilización de las personas que sufren de alguna patología mental en Chile. “Por razones culturales e históricas, porque las familias no saben qué hacer con ellos, porque provocan vergüenza, porque no pueden marchar, porque muchos de ellos no votan. La invisibilidad es brutal y agrava la incapacidad o enfermedad, aumenta la barrera”, comenta.

Para el diputado, la posibilidad real de tener una ley marco en salud mental a un corto plazo es casi inexistente. Aún falta un largo camino para que su propuesta, que pretende llenar estos vacíos, salga a la luz. A esto, le suma la poca planificación y el déficit presupuestario. Hoy, la salud mental en Chile no es prioridad y duda que pueda serlo en mucho tiempo.

³⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

CAPÍTULO 3:

EFECTO DOMINÓ

Ruth tiene 53 años y actualmente reside con uno de sus tres hijos. Aún es fresco el recuerdo del año en que vivió sola. En ocasiones no podía aguantar el llanto que la envolvía. En su memoria guarda, como una especie de fotografía, la imagen de esos días en que se dormía en el suelo y, sin nadie más en el hogar que interviniera, despertaba en el mismo sitio. El dolor de aquella etapa de su vida fue grande. Aun así debía levantarse a diario y atender su negocio, que se ha convertido en un espacio cada vez más tedioso para ella.

Aquel año fue una fase oscura en su vida. Sin embargo, no ha sido su único periodo difícil. En el 2011 estuvo un mes hospitalizada en una clínica, por intento de suicidio. Además, quedó a un paso de ser internada en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, ubicado en la Av. la Paz, lugar al que se resistió a ingresar, pese a la insistencia de su nuera.

Aquella situación ocurrió luego de que Ruth experimentara una nueva crisis. “No te *vai*, Cote”, le gritaba desesperada a la pareja de su hijo y madre de su nieta, la cual vivió en su casa por un tiempo, y con la que llevaba una pésima relación. Esta escena y su negativa a ser hospitalizada nuevamente determinaron que Ruth fuera derivada al Cosam de Pudahuel, donde actualmente se atiende de manera ambulatoria.

Al igual que María, Paula y Cecilia, Ruth presenta un trastorno de personalidad. A diferencia de las demás ella no lo tiene tan claro, dado que el Cosam de Pudahuel no trabaja en base a diagnósticos específicos, aunque si llevan un registro de ellos. Producto de esta condición, Ruth ha experimentado importantes cambios. “Yo antes me reía, disfrutaba. Ahora estoy más para dentro. Hablo mucho a veces y muy nerviosa. He pasado por harto. Veo cosas de repente”, afirma.

Su vida ha cambiado y la soledad se ha convertido en una compañera habitual en su cotidianeidad. “Me gusta dormir y que nadie me moleste. Estar en mi metro cuadrado sola. Por mí estaría sola todos los días. Yo soy una persona muy egoísta. Pero no siempre he sido así”, cuenta.

Ese sentir retrata una realidad muy evidente: el TDP es un trastorno que innegablemente involucra al círculo cercano que rodea al afectado, y que golpea fuertemente su entorno social y familiar. “Me molestan mis nietos ... De repente llega mi hijo y yo me pongo inquieta, no hallo la hora de que se vayan. Quiero estar sola, tranquila”, explica Ruth.

Los estudios indican que ante la aparición del trastorno de personalidad, la familia reacciona de dos maneras. La primera de ellas es resistirse a la enfermedad, negarse a aceptar que algo no está bien, y la segunda desarrollar una tendencia a la sobreprotección y/o codependencia con la persona afectada³⁹.

En el primero de los casos las valoraciones negativas sobre las acciones o sentimientos del paciente o los comentarios hostiles por parte de la familia son frecuentes. Este es el panorama que sufre Ruth con sus hijos. “La psicóloga le pidió a mi hijo que dijera lo bueno y lo malo que tengo y él me respondió ‘pero tu *tení* todo malo’. Ellos no ven las cosas buenas que hago, tal vez porque vieron muchas cosas. Dicen ‘mi mamá está loca’ porque me vieron cuando me cortaba las venas, cuando estaba tirada en el suelo o intoxicada con pastillas en el hospital”, comenta.

Para Cecilia, su familia entiende por lo que está pasando. Sin embargo, comentarios de su madre como “dejen sola a la Cecilia porque ya le dio” son la manera que tienen de evitar sus conflictos. La hermana de María suele tratarla de loca, de enferma y en ocasiones ha estado a punto de golpearla, pero no lo ha hecho por respeto a su madre que vive con ella. “Una vez

³⁹ Rodríguez Moya, Laura, & Peláez, José Carlos. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84.

traté mal a mi sobrina y le tiré el pelo y mi hermana no me sacó la cresta y media por respeto a mi mamá. Ahí yo me quería suicidar. Vi todo negro porque todos estaban en contra mía.”, recuerda.

En la segunda reacción posible, los familiares se sienten inseguros y necesitan entregarle una excesiva protección al paciente. Este es el caso de Paula, ya que tanto su madre como su padre sienten que no tuvo el apoyo necesario en sus momentos más difíciles, lo que para ellos detonó su intento suicida. Hoy intentan entregarle ese apoyo y más.

“No le empezó a encontrar sentido a la vida. ¿Por qué no se sentía bien si tenía tantos motivos para estarlo? Eso fue lo que la llevó a tomar la tremenda decisión de pedirnos ayuda de esa forma. Para nosotros ha sido muy duro pero hoy ella es la prioridad en todo”, afirma Mirna. La madre de Paula estuvo tres semanas con ella desde su internación y hoy realiza viajes periódicos cada 15 días, además de llamadas telefónicas recurrentes.

A la par de estas diversas reacciones, es probable que el tener una persona con trastorno de personalidad en la familia genere otro tipo de patologías. Es muy frecuente ver cuadros depresivos de otro integrante del grupo. El padre de Paula padece de esta enfermedad desde que diagnosticaron a su hija.

Asimismo, la violencia doméstica suele aflorar en la mayoría de estos casos. María ha incluso llegado a maltratar a su madre. “A veces la he zamarreado y a mí me ha dolido mucho porque nunca he querido hacerlo. Nunca le he pegado en la cara, ni dios lo quiera. Mi mamá está ahí y me perdona. Si fuera una mala persona ya me habría echado de la casa”, relata.

Otras familias sucumben ante el desgaste emocional y deciden negar y alejarse de la situación. Este es el caso de Karin, estudiante de agronomía de 27 años, que acude a tratamiento desde hace tres. Primero comenzó en la unidad de apoyo de su universidad, luego fue internada en el Hospital Félix Bulnes, derivada al Consultorio Violeta Parra y hoy en el Cosam de Pudahuel.

“Yo soy la loca. Mi hermano me lo dice y mi mamá me pregunta hasta cuándo voy a tomar pastillas. Cuando estaba mal, en el hospital, estaban involucrados. Pero cuando he estado en la casa sin poder levantarme durante tres semanas, no. Creo que quizás me ayudarían más si vieran que estoy internada en algún lugar”, cuenta.

Cuando estuvo en el Hospital Félix Bulnes, Karin miraba por la ventana y con nostalgia veía como todos seguían su vida. Actos como cruzar la calle o andar en auto la hacían cuestionarse por qué ella no estaba ahí. Según sus palabras, su estancia en el recinto no le sirvió para nada más que acumular aún más tristeza. Estaba sola sin nadie con quién hablar. Su familia la internó y se fue de vacaciones.

Además de sus relaciones familiares, las personas que sufren de trastornos de personalidad ven también afectada la posibilidad de ajustarse de manera flexible y eficiente al medio laboral. Como respuesta a esto, en variadas ocasiones son percibidos por sus compañeros de trabajo como manipuladores, conflictivos, molestos y con necesidad excesiva de atención⁴⁰.

María es el reflejo vivo de aquello. Ha perdido un sinnúmero de trabajos por conflictos no sólo con sus compañeros, sino también con sus superiores. El último de ellos fue en una reconocida tienda de *retail* donde al no encontrar su almuerzo en el lugar que ella lo había dejado comenzó a gritar. “Me dio la ira, ahí fue como que el diablo se apoderó de mi cuerpo”, recuerda. María fue despedida tras insultar a su jefa.

Asimismo, otra esfera de la vida que se ve trastocada por este trastorno es la pareja. Tanto Karin, Paula y Cecilia decidieron que no tenían ganas de compartir su tiempo con un compañero. María lo desea, e incluso quisiera tener un hijo, pero su impulsividad ha hecho que todas sus relaciones sean efímeras.

⁴⁰ Gálvez Herrer, Macarena, Mingote Adán, José Carlos, & Moreno Jiménez, Bernardo. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220), 226-247.

Ruth, en cambio lleva dos años con su pareja, pero la mayoría del tiempo se siente asfixiada. Desde la traumática separación que le tocó vivir con el padre de sus hijos -era consumidor de cocaína-, Ruth no es la misma en sus relaciones amorosas. Relata que su pareja se preocupa de ella, “pero hay días que yo no me levanto en todo el día y simplemente no le abro la puerta aunque el toque el timbre una y otra vez. Me ahoga”, afirma.

El contacto que día a día se genera entre los afectados por el TDP y sus familias influye enormemente en estas últimas -como ya se explicitó- y en los propios pacientes. No obstante, además de las relaciones sociales cotidianas donde se enmarcan estos trastornos, existen hechos pasados que pueden haber influido en la aparición de la afección. Estas experiencias de gran impacto que suelen presentarse en los relatos de más de un paciente con TDP son conocidas como factores de riesgo. “Lo que me pasó en la niñez, en la adolescencia, todo eso influyó en mi trastorno de personalidad”, cuenta María.

Con lo que le pasó en su niñez y adolescencia, María se refiere a una violación y a un bullying sistemático por parte de sus compañeros de colegio. Ambas situaciones han sido estudiadas como factores de riesgo determinantes para el desarrollo de algún trastorno mental. De hecho, algunos autores establecen una probabilidad cuatro veces mayor de poseer trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil⁴¹ y los que han sido víctimas directas de violencia, tienen altas probabilidades de presentar depresión u otro tipo de afecciones emocionales.⁴²

Incluso, estas historias de abusos son en muchos casos las que detonan las autolesiones o conductas autoagresivas. Son reacciones por sentimientos de culpa y para llamar la atención

⁴¹ Padilla, R. J., *op cit.*

⁴² Díaz-Martínez, A., & Esteban-Jiménez, R. (2003). Violencia intrafamiliar. *Gac Med Mex*, 139(4), 353-355.

de los demás en estas situaciones de estrés⁴³. Tal como lo dice María, al preguntarse “¿Por qué a mí? ¿Por qué esto?”.

Tal como se explicó en capítulos anteriores, la postura con mayor aceptación entre los científicos es que los trastornos de personalidad tendrían origen tanto en componentes biológicos como sociales -factores de riesgo-. Por lo mismo, si se diera a conocer la historia personal de todos los pacientes con TDP, saldrían a la luz varias situaciones complejas que de una u otra manera han marcado sus vidas, como es el caso de Paola; el de Cecilia y Karim, que han vivido violencia física y psicológica por parte de anteriores parejas, o el de millones de anónimos y anónimas en todo el mundo.

Pero la violencia no es el único factor de riesgo. Hay una gran lista. Son muchas las experiencias que pueden gatillar una enfermedad mental. El trastorno alimenticio se suma a esta nómina. La comorbilidad de trastornos de personalidad con alteraciones de la conducta alimenticia oscila entre el 51% y el 84% de los casos⁴⁴. Asimismo, la adicción a sustancias también se configura como un posible factor de riesgo para este tipo de trastornos. Hasta en un 50-75% de probabilidades tiene una persona adicta al alcohol o las drogas de desarrollar algún problema de afección mental. Con respecto al trastorno de personalidad en específico, el alcohol es la sustancia más frecuente⁴⁵.

Cabe reiterar que, a pesar de existir un riguroso análisis sobre las posibles causas, los especialistas concuerdan en que el TDP no tiene cura y en que no hay tratamientos que presenten evidencia científica respecto a su efectividad, lo que dificulta que este trastorno sea considerado en la implementación de políticas públicas, como el GES. Sin embargo, existe una

⁴³ Peñacoba, M. J. (2011). Violencia y trastornos de personalidad.

⁴⁴ Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525

⁴⁵ Fernández-Montalvo, J., & Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14(1).

dimensión, muchas veces ignorada, que podría aportar la afectividad tan requerida por lo expertos: se trata de la prevención.

ANTICIPARSE AL TRATAMIENTO: LA MEJOR INVERSIÓN

Durante las últimas décadas los fármacos se han posicionado en el centro de los tratamientos y estrategias usadas para abordar los trastornos mentales a nivel mundial. Sin embargo, una cantidad importante de voces expertas han planteado desde hace algunos años la necesidad de cambiar de enfoque. Estos especialistas argumentan que el uso de medicamentos es insuficiente para el manejo de las afecciones mentales, por lo cual nunca se lograría disminuir la prevalencia de éstas a través de dicho método⁴⁶.

El tratamiento de las enfermedades no es algo sencillo y no existe un camino fácil en aquella dirección. Es por esto que el campo de la salud mental ha cargado durante décadas con el sueño de poder llegar antes de que la enfermedad se desarrolle. Para acercarse a aquel anhelo, son muchos los países que han concentrado sus esfuerzos en la prevención, haciendo valer de forma efectiva la preocupación por la salud mental.

China, país pionero en este tipo de medidas sanitarias, comprobó una reducción de síntomas depresivos en niños y niñas en etapa escolar tras un programa preventivo. Esta iniciativa tuvo como objetivo educarlos sobre el desarrollo de pensamientos positivos, habilidades en la toma de decisiones y resoluciones de conflictos.

⁴⁶ Irrázaval, Matías, Prieto, Fernanda, & Armijo, Julio. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.

Estas líneas de acción también se han desarrollado en Irán, donde se redujo la ansiedad a largo plazo de los niños, o en Nigeria, donde se demostraron efectos positivos en los índices de depresión y ansiedad, pero esta vez en adultos en situación de riesgo.

Muchos estudios han concluido entonces que estos programas de prevención en salud mental son vitales para reducir los altos índices de enfermedades y trastornos psicológicos que hoy afectan a gran parte de la población mundial. Incluso algunos han detectado que elementos los hacen más efectivos en su aplicación⁴⁷.

Los programas preventivos en salud mental son doblemente eficaces si se implementan por profesionales del campo de la salud. Las intervenciones realizadas al comienzo de la etapa escolar también podrían aumentar su efectividad, al igual que la inclusión de medidas de evaluación a largo plazo.

Además, es vital considerar los factores de riesgo en el diseño de estas iniciativas, como por ejemplo el abuso sexual, físico o la falta de un soporte psico-social en una familia disfuncional. La mayoría de los estudios poblacionales demuestran que las personas en situación de pobreza o marginación tienen un mayor riesgo de padecer trastornos ansiosos y depresivos⁴⁸.

Asimismo, es importante incorporar la comorbilidad. El elaborar múltiples objetivos para tratar en un mismo programa distintas enfermedades es una posible estrategia para mejorar la salud mental, y a su vez, la salud física de las personas.

Los programas mayormente avalados por la experiencia internacional en la prevención de la salud mental, son las capacitaciones de padres en escuelas, visitas domiciliarias en poblaciones

⁴⁷ Jané-Llopis, Eva. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77.

⁴⁸ Irarrázaval, Matías, Prieto, Fernanda, & Armijo, Julio, *op cit*.

vulnerables, intervenciones orientadas a hijos de familiares que sufren alguna enfermedad mental, entre otros.

Chile también ha puesto sus ojos en la prevención de la salud mental. Esta tarea ha estado orientada en el trabajo intersectorial, enfocándose en la labor en las escuelas. Como la iniciativa más relevante de prevención de salud mental en el ámbito escolar, destaca el Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), el cual abarca al 18% de los estudiantes de establecimientos municipales y al 3,3% perteneciente a colegios particulares subvencionados. Además de este programa, en las escuelas se han llevado a cabo estrategias para prevenir el consumo de drogas en los estudiantes⁴⁹.

Sin embargo, estas importantes intervenciones intersectoriales que ponen el foco a nivel escolar, alcanzan una cobertura menor al 10%, lo que resulta insuficiente tomando en cuenta la relevancia de estas acciones⁵⁰.

Además de la prevención de salud mental en esta área, se mencionan como objetivos en políticas nacionales y regionales el otorgamiento de empleos y viviendas para personas con afecciones mentales, sumado a pensiones de invalidez. No obstante, estas estrategias están enfocadas a población que ya ha sido afectada por los trastornos en cuestión, lo que pondría en duda su carácter de preventivo.

Asimismo, estos programas nacionales entregan la responsabilidad a ministerios y secretarías regionales (SEREMIS) de generar una intervención más localizada en grupos de personas con

⁴⁹ Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., Vargas, B., & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 14(1), 31-41.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), *op cit.*

alto riesgo de vulnerabilidad, organizaciones comunitarias, etc. Para esta labor se han creado una serie de mesas intersectoriales a nivel regional y nacional.

El movilizar a este grupo intersectorial requiere de un gran esfuerzo que no siempre se está dispuesto a efectuar tanto en Chile como en el mundo. Se necesita no sólo de políticos y entidades gubernamentales, sino también de profesores, asistentes sociales, grupos comunitarios locales e incluso organizaciones religiosas⁵¹. Este trabajo se convierte muchas veces en la piedra de tope al momento de investigar o implementar estrategias en el campo de la prevención.

A este desafío se le suma una lucha con la que carga la salud mental desde sus inicios y que vuelve aún más lento el proceso: el estigma. El considerar esta condición tendría mucha injerencia en qué tipos de programas de prevención poseen más posibilidades de generar un cambio concreto. Algunos teóricos del área⁵², han argumentado que el estigma depende de los poderes social, económico y político, lo que significa que gran parte de las iniciativas antiestigma deberían ir dirigidas contra los grupos de poder. Lo que no suele darse con mucha frecuencia.

De hecho, la mayoría de las campañas antiestigma en el mundo se dirigen a los ciudadanos. En Bélgica, por ejemplo, se implementan programas de información acerca de las consecuencias y causas de un trastorno psiquiátrico, mediante visitas a servicios de salud mental, actividades de terapia de grupo y conferencias. En Eslovenia se realizan sesiones dirigidas a usuarios de

⁵¹ Knapp, M., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica. *Líneas futuras en salud mental. España: Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios.*

⁵² Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

algún servicio de salud mental, sus profesionales y familiares. Al día de hoy no hay evidencia sobre si estas campañas de información son eficientes⁵³.

El experto en salud pública, Rubén Alvarado, comenta que en los países que se han hecho campañas antiestigma no se han obtenido los resultados esperados. “No hay una estrategia que podamos adaptar a la realidad chilena porque los resultados de los modelos de países desarrollados, como Inglaterra por ejemplo, han sido bajísimos. No hay certeza de la efectividad de las campañas para cambiar estas actitudes estigmatizadoras”, aclara.

Pero de lo que sí hay evidencia es que el método más eficaz de reducir el estigma es el contacto directo con alguna persona que sufre de alguna afección mental⁵⁴. Este contacto reduciría el temor al otro e incrementaría en gran medida la empatía, configurándose como una medida efectiva frente a la intervención antidiscriminatoria.

Karin se reconoce como víctima del estigma. La estudiante de agronomía de 27 años cree que se debe a la ignorancia y falta de educación sobre el tema, pero no lo justifica. “Hoy hay internet, la gente puede averiguar de lo que quiera pero prefiere no escuchar lo que está pasando. No va un poco más allá y por eso nos tildan de locos. Son prejuiciosos. Yo, en cambio, felicitaría a una persona que está en una terapia por haber reconocido que necesita ayuda”, cuenta.

Debido al estigma, muchos pacientes prefieren mantener su afección mental en secreto. Ruth, la mujer de 53 años, no comenta que asiste al Cosam de Pudahuel porque teme que le digan “ah, va al Cosam, entonces está loca”.

⁵³ Knapp, M., Mossialos, E., & Thornicroft, G, *op cit*.

⁵⁴ Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10(1), 1-7.

Para Cecilia, el estigma que existe respecto a los trastornos mentales está dado por la ignorancia y por un erróneo concepto de normalidad, donde la violencia y el caos es algo de todos los días. “Yo me pregunto. ¿Cuál es el Cosam realmente? ¿Cuáles son esos locos de los que hablan? Para mí el Cosam es como debiera ser allá afuera”.

Además, este estigma social trae como consecuencia el auto estigma, que no es más que los prejuicios que tienen sobre sí mismos los pacientes de algún trastorno mental por estar insertos en esta sociedad. Tal como lo explica Olga Toro, la experta en salud pública, “es como que todo su ser tuviera que explicarse por la patología mental. Como si no se enamoraran, se frustraran, sintieran pena. Todo tiene que ser anormal porque hay un componente de ese ser humano que no es como entendemos la normalidad”.

Se torna entonces un círculo vicioso donde la educación y la cultura son la vía de escape más clara. ¿Pero por dónde empezar? Muchos de los teóricos concuerdan en que la prevención en estos temas debería comenzar por razones biológicas y sociales en las etapas más iniciales del ser humano.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Numerosos especialistas, provenientes de áreas de estudio como la salud mental y la salud pública, concuerdan en la importancia de garantizar el más óptimo cuidado del niño o niña en sus primeros años de vida, etapa conocida como primera infancia.

Para Rúben Alvarado, es factible reducir la prevalencia de muchos trastornos mentales, incluyendo los TDP, mediante una inversión en mejores cuidados durante el embarazo y en los primeros cinco años de vida del infante. Este especial resguardo debe abarcar elementos fundamentales en el crecimiento del menor, como su adecuada nutrición, la detección de enfermedades, la existencia de un ambiente psicosocial afectuoso, entre otras dimensiones, aclara el experto.

Por su parte, Anneliese Dorr, directora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la U. de Chile, releva el rol central de la familia durante los primeros años de vida, en los que debe existir un vínculo de exclusividad con la madre. “La mayor cantidad de trastornos mentales están relacionados con ausencia materna”, plantea.

En uno de sus textos (2010)⁵⁵, la psicóloga cita a Förster para explicitar la existencia de etapas críticas en el desarrollo neurológico. Estas etapas son períodos específicos en los que el ser humano requiere de ciertos estímulos, los que serían claves en la formación de habilidades necesarias para el desarrollo íntegro del individuo, como es el caso de la capacidad de establecer un vínculo afectivo, “que se extiende durante los dos primeros años de vida”.

Para Olga Toro, el cuidado del cerebro humano durante este periodo configura una acción absolutamente necesaria en el camino a disminuir los trastornos de personalidad. Argumenta que durante los primeros dos años de vida, las personas que se enfrentan a una sensación de seguridad son las que logran desarrollar un psiquis sana.

“El cuidado de la psiquis humana no tiene relación con la necesidad de que haya un papá, una mamá, y todo un mundo ideal, porque esa no es la familia real de la sociedad actual. Tiene que ver con figuras adultas protectoras”, enfatiza.

Estas figuras entonces deberán generar un vínculo afectivo con el niño o niña durante sus primeros años de vida, el cual será vital para que estos puedan experimentar sentimientos hacia otros. El bebé adopta confianza a través de la satisfacción de sus necesidades básicas y de las acciones de su cuidador o cuidadora y a través de esta “experiencia afectiva” aprende acerca

⁵⁵ Universitaria, P., Dörr, A., & Banz, C. Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales v/s niños abandonados en instituciones. *www.gacetadepsiquiatriauniversitaria. cl*, 38.

del mundo, y lo más importante, sobre sí mismo⁵⁶. El cuidado entonces en esta etapa se vuelve fundamental para su desarrollo psicológico posterior.

En Chile, la iniciativa más importante en este tema es el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, institucionalizado el año 2009 a través de la Ley N° 20.379 y que se configura como la primera política intersectorial que aborda el desarrollo infantil en su primera etapa. Este programa tiene como objetivo servir de compañía en el desarrollo de niños y niñas - desde su gestación hasta su ingreso al sistema escolar- que se atienden en el sistema público de salud.

Para Olga Toro, este programa es la vacuna para los trastornos mentales y en particular para el trastorno de personalidad. “El tener un acompañamiento psicosocial a las madres vulnerables desde su embarazo hasta el parto, que los niños tengan cuidados mínimos y todas estas intervenciones que resguardan el cerebro en los primeros años de vida de nuestra especie es la manera más efectiva de prevenir las enfermedades mentales. Debemos avanzar y seguir potenciándolo”, opina.

El subsistema se organiza en cuatro grandes líneas: Un programa educativo, un sistema de acompañamiento desde el primer control de embarazo hasta los 4 - 5 años que se denomina Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, prestaciones garantizadas para el 60% más vulnerable de la población chilena y que corresponden a acceso gratuito a sala cuna o jardín infantil, ayuda técnica para niños con discapacidad e incorporación gratuita a Chile Solidario y finalmente prestaciones de acceso preferente como subsidio familiar, mejoramiento de viviendas, asistencia judicial, nivelación de estudios, entre otras, al 40% más vulnerable de la población.

Son muchas las evaluaciones que se le han hecho a esta iniciativa desde su implementación. Pese a que se reconoce su beneficio a las familias más vulnerables y la búsqueda de disminuir

⁵⁶ Universitaria, P., Dörr, A., & Banz, C, *op cit.*

la brecha de acceso a bienes básicos y de contenido educativo para los infantes, son varios los espacios a mejorar con urgencia. La mayoría de ellos en el ámbito de la gestión. La última de las evaluaciones, publicada en el año 2016⁵⁷, revela algunos datos que lo ratifican.

En cuanto al capital humano que efectúa los talleres y el acompañamiento a las familias, se evidencia en la evaluación que el 99% de los encargados cuenta con un título de tercer nivel y por lo tanto está capacitado para la labor. Sin embargo, el 50% lleva menos de un año y sólo el 6% de los encargados municipales a nivel nacional indica que tiene una dedicación exclusiva al programa, mientras que el 90% le dedica medio tiempo o menos.

Esta inestabilidad laboral, que afecta a gran parte del personal tendría consecuencias palpables. Así lo percibe Camila Bejar, madre de 26 años que hizo uso del programa. Para ella, se hace necesaria una relación más cercana por parte de los profesionales. “Mi hermana se salió de Chile Crece Contigo porque las enfermeras la trataban mal. Deberían ser un poco más humanos”, cuenta.

Por su parte, Belén Segovia, quien es parte de esta iniciativa desde su embarazo, critica los tiempos de espera para la atención. Desde que su hija cumplió ocho meses no ha podido agendar una hora en el consultorio público para su control mensual y por lo tanto, su vínculo con el programa se ha estancado. Esto debido a que la única información que recibe Belén sobre Chile Crece Contigo es a través del sistema público de salud. Nadie se ha contactado con ella desde entonces.

En 2014, el 23% de las gestantes incluidas en el programa asistió al menos a un taller y sólo el 6% de los representantes de los niños. Se hallaron también importantes retrasos entre la realización de un control y su registro en el sistema (58 días en promedio), su derivación y la visita domiciliar correspondiente (136 días en promedio). La mayor demora para realizar una

⁵⁷ Espejo, A.; Cortínez, V.; Leyton, C.; Martínez, L.; Tomaselli, A. y Figueroa, N (2016) Evaluación de las Redes Comunes del Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo

visita a niños o niñas se detectó en Calera, con 564 días. Es decir, más de un año y medio de espera.

Asimismo, los análisis relativos a la implementación de las visitas domiciliarias del programa⁵⁸ arrojaron que en general son bien evaluadas por los usuarios y que mantienen buenos índices de planificación, sin embargo la mitad de las familias indica que sólo lo visitaron una vez y tan sólo un 12% declaró haber recibido tres visitas. Esto, pese a que se afirma que en general los procesos son de larga duración, yendo desde los cuatro meses hasta los dos años⁵⁹.

Además, en otros estudios, se le critica al subsistema el no ejercer un proceso de socialización masiva sobre el uso del material que entregan a las familias y el no relevar la educación como un componente igual de importante en la crianza⁶⁰. Esto basado en que un gran porcentaje de las familias declara conocer sobre la existencia del material y en menor grado sobre los talleres educativos.

Igualmente, se ha considerado como otra gran falencia del programa el no generar políticas de salud mental para los cuidadores de los niños, que vayan más allá de la detección de depresión post - parto⁶¹. Esto, debido a que se descubrió que este grupo posee alto riesgo para su salud mental y por tanto para la crianza de los niños y niñas. El 56% declaró estar estresado, el 70%

⁵⁸ Análisis de la implementación y funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo (2013) ICCOM.

⁵⁹ Para el Desarrollo, V. D. I. (2009). Biopsicosocial de la infancia, chile crece contigo. Ministerio de Salud. *Santiago*.

⁶⁰ Castillo C., C. (2016-01). Análisis sobre el diseño e implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo en el contexto del Sistema de Protección Social de Chile.

⁶¹ Bedregal, P., Hernández, V., Prado, P., Castañón, C., Mingo, V., & de la Cruz, R. (2010). Hacia la evaluación de " Chile Crece Contigo": Resultados psicosociales del estudio piloto. *Revista médica de Chile*, 138(6), 791-793.

que no tiene amigos o se ha reunido con ellos en los últimos seis meses, el 46% presenta síntomas depresivos y el 38% de ellos ha recibido tratamiento por esta enfermedad.

Tanto Camila como Belén concuerdan en que pese a que el programa es una ayuda, no fue fundamental para su proceso de maternidad. Para ellas, mejorar la constancia y la cercanía con los beneficiarios podría hacer la diferencia, convirtiéndolo en una política pública trascendental para madres e hijos/as.

María Pía Fuenzalida si lo considera un “pilar fundamental en la crianza”. Para la mujer de 23 años, Chile Crece Contigo ha incidido mucho en la primera etapa de su hija y constantemente lo consulta para evaluar cómo actuar en determinadas ocasiones. “Te enseñan todo lo que hay que hacer y además te apoyan emocionalmente. Fui a talleres, recibí materiales, para mí es un programa muy completo”, comenta.

Antes de la implementación del programa Chile Crece Contigo, fueron once las iniciativas nacionales que demostraron efectos en la promoción de salud mental en familias con niños de cero a seis años⁶². Algunas de ellas se incorporaron al programa años más tarde, buscando, a través de la fusión de iniciativas, mejorar poco a poco las debilidades encontradas. Otras continuaron su labor de forma paralela.

Entre estas iniciativas se encuentra el Servicio Fonoinfancia de Fundación Integra, cuyo objetivo es escuchar y orientar a las familias a través de diversas plataformas para promover el desarrollo integral de los niños; el Programa de Comunicación Gestual en Lactantes, dirigido a niños menores de un año que asisten a salas cunas de la JUNJI y que pertenecen a familias vulnerables; el programa de Promoción de Apego Seguro (P.A.S.), para contener a mujeres embarazadas por primera vez; el Programa Habilidades para la Vida, que busca promover el

⁶² Estudios, D. M., & Bachelet, V. (2007). Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura.

desarrollo psicosocial de niños, padres y profesores; el Programa de Salud Mental Perinatal que busca prevenir el maltrato o alguna psicopatología evolutiva; entre otras.

De todas ellas, sólo una pone su foco en la escolarización y es sólo para establecimientos con alto índice de vulnerabilidad psicosocial y socioeconómica. El Programa Habilidades para la Vida que ingresó el año 2016 al Chile Crece Contigo está dirigido a niños y niñas que cursan desde prekínder hasta cuarto básico en establecimientos de carácter municipal o particular subvencionado.

Hoy, el sueño de muchos profesionales es que la prevención de la salud mental en primera infancia se implemente en todos los establecimientos, siendo una materia más a estudiar. Olga Toro defiende este punto, explicando que las temáticas que antes eran imposibles de incorporar en los colegios por ser vistas como tabúes, como lo fue en algún momento la reproducción humana o las drogas, hoy se han ido incorporando en la programación educativa, generando más consciencia y sensibilidad por parte de los niños.

“Ese es el camino. Sería un tremendo avance para este país poder incorporar líneas que tengan que ver con entender que las personas son distintas y se comportan distinto. Que los niños le pierdan el miedo a lo que para nosotros los adultos resulta tan extraño. Ellos tienen una mayor naturalidad para relacionarse y si aprenden que así es nuestro mundo, desde pequeños, tendremos una sociedad más amigable”, comenta la experta en salud pública.

La efectividad de las iniciativas de prevención en salud mental en etapa pre-escolar se viene estudiando desde hace años. Ya entre los años 1962 y 1967, un estudio norteamericano dirigido por David Weikart en Michigan tuvo como objetivo identificar si la educación preescolar marcaba o no la diferencia en el futuro bienestar de los niños. Se dirigió a 123 niños afroamericanos de escasa situación socioeconómica, de entre 3 y 4 años, y se cataloga como una de las grandes intervenciones de promoción de la salud mental en los centros de enseñanza.

Esta iniciativa logró a corto plazo un mayor éxito escolar, y mejoras en el ajuste social de los niños. 20 años más tarde, se demostró un aumento de la competencia social, un incremento en

un 40% de índices de alfabetización, en tasas de empleo y una reducción en el mismo porcentaje de arrestos, contacto con la policía y problemáticas sociales⁶³.

Para María Angélica Montenegro, terapeuta ocupacional del Departamento de Trastornos de Personalidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Ministerio de Educación es el organismo que debe dar el primer paso en Chile. No sólo creando este tipo de contenidos, sino también educando a los profesionales.

“Se debe partir por enseñarle a los niños pequeños sobre control de impulsos, sobre la postergación del deseo de la necesidad, lo que significa enseñarles cosas tan básicas como que deben controlarse si se quieren comer un paquete de papas fritas. Para poder educarlos sobre eso, el Ministerio de Educación debe tener un rol bastante importante, ya que hay que capacitar a los pedagogos para que esta situación se pueda ir manejando en jardines y colegios sin problema alguno”, explica la terapeuta.

El cuidado de la primera infancia y la enseñanza de habilidades que puedan ayudar a los niños a controlar sus emociones y a enfrentarse de buena manera a su entorno social, son estrategias preventivas prometedoras y que han tratado de ser abordadas a través de los distintos programas ya mencionados.

Sin embargo, comparten una limitación: la necesidad de coordinar el trabajo intersectorial y de construir un sistema operativo que abarque a una parte importante de la población y que logre constituirse como un sistema generador habilidades y no sólo como un programa asistencialista.

La prevención de la salud mental es fundamental, la importancia de trabajar en el cuidado de los infantes tiene un alto grado de adherencia. No obstante, el trabajo intersectorial y todo lo

⁶³ Jané-Llopis, Eva, *op cit.*

que esto conlleva vuelve a generar una piedra de tope en la búsqueda efectiva de una fórmula que combata los trastornos mentales, y en este caso específico, el TDP.

CONCLUSIÓN

Durante siglos la salud mental ha caminado sola por un sendero más oscuro que las otras áreas de la medicina. Muchas veces estigmatizada y menospreciada, con presupuestos ínfimos que reflejan la poca priorización que le entrega un sistema que siempre ha mirado con cierta distancia a “los trastornados mentales”.

Como quedó de manifiesto en el primer capítulo, los TDP también llevan un tiempo sin brújula, sin un destino claro ni un mapa que lo oriente. Han sido relegados a un lugar secundario debido a la escasa evidencia científica con la que cuentan los tratamientos dispuestos a trabajar con dichos trastornos. Esta situación se agrava al contrastar las posturas de los expertos entrevistados y lo establecido por los más reconocidos manuales de clasificación sobre salud mental, de las que se hace imposible hallar una definición y categorización unívocas.

Contraposiciones en cuestiones tan fundamentales para los TDP, como lo son la eficacia de sus tratamientos, el tiempo de duración del trastorno, la necesidad de un abordaje profesional e incluso su sentido de urgencia, han quedado demostradas a lo largo de este relato.

Como si esto fuera poco, la confusión y el debate existente se enmarca en un país que definitivamente no considera a la salud mental como una prioridad para sus políticas públicas. La segunda parte de este escrito es un fiel retrato de esta preocupante situación, ya que Chile, con la mayor incidencia de enfermedades mentales en la región, invierte menos de la mitad del presupuesto mínimo fijado por la OMS.

A esto se le suma la inexistencia de una ley que proteja los derechos básicos de las personas que sufren de alguna patología mental en nuestro país y lo insuficiente que resultan las políticas públicas que se han ido implementando a lo largo de los años, con discrepancias en su diseño y su gestión. Esta falta de preocupación es tan evidente, que sólo se requiere comparar los

plazos autoimpuestos para la creación de los planes nacionales de salud mental -10 años- con el intervalo real entre los dos últimos planes, que sobrepasa los 16 años de espera.

Es en este panorama donde habitan los distintos tipos de trastornos de personalidad en la actualidad. Como se evidenció en el tercer y último capítulo, se trata de un trastorno que no sólo afecta a quienes lo padecen. Contrarios a las posturas que relativizan la necesidad de un tratamiento profesional son los relatos de los propios protagonistas, quienes cuentan la difícil situación que viven sus familias.

El núcleo más cercano no siempre tiene las herramientas para sobrellevar esta condición, y muchas veces terminan dañando al paciente al no saber cómo tratarlo. En ocasiones son ellos los que resultan perjudicados, llegando incluso a verse afectados por algún trastorno mental como consecuencia de un entorno que sobrepasa sus límites.

Muchos de ellos han sido espectadores de cómo la vida de su ser querido se vuelve una tormenta. Intentos de suicidio, violencia doméstica, problemas para encontrar trabajo, agresiones a personas externas a la familia, entre muchas otras cosas, son parte de manifestaciones que tiene esta enfermedad, las que terminan por tensionar a la persona y su entorno familiar. La necesidad de encontrar una solución para estos pacientes no sólo se remite a mejorar sus condiciones de vida, sino también para todo su círculo cercano.

Sin embargo, resulta utópico pensar que con este panorama sobre la mesa, la comunidad científica volcará todos sus esfuerzos en investigar y encontrar una cura para estos trastornos, que como ya se dijo en reiteradas ocasiones, comprenden diferentes diagnósticos y condiciones. Hoy, tal como quedó expuesto en este relato, el TDP es el “eslabón perdido” de la salud mental y su falta de prioridad ha generado que se encuentre en una especie de estancamiento para las políticas públicas nacionales.

Por lo tanto, si se quiere encontrar una solución realista no es posible centrarse sólo en los TDP, sino en cómo el sistema de salud puede ofrecer una solución integral. Razonar a nivel macro para incidir en lo micro. Y la respuesta se encuentra en las últimas páginas de este texto. Se

trata de llegar antes del desarrollo de la enfermedad y por tanto, prevenirla. Es ahí donde los esfuerzos deben estar enfocados. Prevenir no sólo los TDP, sino que muchas enfermedades mentales que hoy afectan a la población chilena.

Situarse desde la prevención e intentar mejorar y profundizar las políticas públicas ya existentes, no es una idea antojadiza que nace durante la generación de este escrito. Son los expertos que han estado involucrados en las políticas de salud y que dedican su carrera al bienestar de sus pacientes, los que a través de sus opiniones y hallazgos plantean una fórmula, que lejos de ser descabellada, abre una gama de posibilidades que es importante visibilizar.

Acabar con la violencia, el bullying, la drogadicción o la pobreza son opciones que sin duda harían una diferencia para muchos. Sin embargo, todas estas alternativas parecen poco factibles en primera instancia cuando se traza el plan a seguir y se cuestionan sus acciones concretas. Resulta ingenuo pensar en acabar con los TDP o con las enfermedades mentales en general, poniéndole fin a la pobreza.

Es por esto que, al buscar un camino concreto, las opiniones de aquellos que han trabajado durante años para relevar la importancia de la primera infancia se alzan como una ruta clara y viable. Voces como la de Olga Toro, Rubén Alvarado o Anneliese Dörr se escuchan con fuerza al defender la idea de asegurar el desarrollo de una psiquis sana cuidando el cerebro humano en sus primeras etapas. Argumentando innegable evidencia científica ligada al desarrollo neurológico, sus fundamentos aseguran que, bajo esta ruta, muchas patologías mentales que se desarrollan en los primeros años de vida del paciente - como los TDP - podrían desaparecer.

Es importante recalcar, que este tipo de acciones se enmarcan bajo el alero de la teoría Bio – Social, ya mencionada en este texto, que plantea que las causas de los TDP y de las enfermedades mentales en general, estarían dadas por la acción conjunta de factores hereditarios y factores de riesgo (sociales).

Bajo esta lógica, el fortalecer la prevención en la primera infancia y cuidar de mayor manera la existencia de factores de riesgo, se convertiría en una alternativa con altas probabilidades de

eficacia, ya que reduciría las posibilidades de gatillar una enfermedad mental en un individuo susceptible por alguna condición biológica.

A estas posibilidades de éxito, se le añade que hoy en Chile existe camino avanzado con el programa de protección a la infancia Chile Crece Contigo, tal como se señaló en el último capítulo. Esto implicaría no comenzar desde cero, sino que potenciar lo que ya existe, reduciendo en gran medida los recursos que se necesitarían.

Reforzar su diseño y mejorar su implementación; invertir en especialistas que investiguen qué políticas de prevención son más efectivas en la primera infancia; generar un trabajo continuo y con objetivos claros; realizar controles recurrentes y supervisar la efectividad de las medidas que se van implementando. Estas acciones podrían hacer la diferencia en los índices de salud mental que día a día crecen en nuestro país.

Por supuesto que estas medidas deben ir de la mano de un aumento presupuestario por las razones ya explicitadas. Absolutamente todos los especialistas que fueron consultados en este relato estuvieron de acuerdo que la cantidad de recursos que hoy se inyectan al sistema son insuficientes y que planear políticas públicas no sirve de nada si no se mejora esta situación primero.

Son tantas las tareas pendientes en esta área que el panorama resulta un poco desolador. Incrementar los recursos con urgencia, aprobar una ley de salud mental para garantizar sus derechos básicos, generar una prevención efectiva, educar a la población, reducir los índices de enfermedades mentales, entre tantas cosas. El camino por recorrer es largo y está claro que lo primero es acordar cómo empezar a transitarlo.

REFERENCIAS

PUBLICACIONES

Análisis de la implementación y funcionamiento de las Visitas Domiciliarias Integrales del Sistema Chile Crece Contigo (2013) ICCOM.

Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10(1), 1-7.

Bedregal, P., Hernández, V., Prado, P., Castañón, C., Mingo, V., & de la Cruz, R. (2010). Hacia la evaluación de " Chile Crece Contigo": Resultados psicosociales del estudio piloto. *Revista médica de Chile*, 138(6), 791-793.

Benavides, Paula; Castro, Rubén ; Jones, Ingrid (2013) Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales.

Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Clínica y Salud, 18(3), 305-324)

Castillo C., C. (2016-01).Análisis sobre el diseño e implementación del Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo en el contexto del Sistema de Protección Social de Chile.

Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990.

Díaz-Martínez, A., & Esteban-Jiménez, R. (2003). Violencia intrafamiliar. *Gac Med Mex*, 139(4), 353-355.

Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525

Estudio Chile Saludable (2016), fundación Chile en conjunto con Adimark

Estudios, D. M., & Bachelet, V. (2007).Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura.

Espejo, A.; Cortínez, V.; Leyton, C.; Martínez, L.; Tomaselli, A. y Figueroa, N (2016) Evaluación de las Redes Comunales del Subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo

Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo informe. Junio, 2014 Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS) Santiago de Chile, 2014.

Experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile, Autor: Dra. Rosa Torres, Universidad de Santiago de Chile Facultad de Ciencias Médicas Dirección de Postgrado Unidad de Psiquiatría

- Fernández-Montalvo, J., & Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud, 14*(1).
- Florenzano, R., Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñoz, C., ... & Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40*(4), 335-340.
- Gálvez Herrer, Macarena, Mingote Adán, José Carlos, & Moreno Jiménez, Bernardo. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 56*(220), 226-247.
- Hormazábal, Naín & Riquelme, Carolina (2009) Modelo comunitario en salud mental y psiquiatría como modelo tecnológico)
- Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando *World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. (Santiago, Chile) 2006
- Irrázaval, Matías, Prieto, Fernanda, & Armijo, Julio. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica, 22*(1), 37-50.
- Jané-Llopis, Eva. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (89)*, 67-77.
- J. Hales, Debora, Hyman Rapaport, Hyman (2013) Trastornos de la personalidad (I). Edición en español *FOCUS*.
- Knapp, M., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica. *Líneas futuras en salud mental. España: Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios*
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., Vargas, B., & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas, 14*(1), 31-41.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology, 27*(1), 363-385.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet, 20*(4), 440-447
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia
- Organización Mundial de la Salud (OMS) *International Personality Disorder Examination* (1996).
- Padilla, R. J. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Esp Psiquiatr, 39*(2), 131-9.
- Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020 (2013) Organización Mundial de la Salud.
- Para el Desarrollo, V. D. I. (2009). Biopsicosocial de la infancia, Chile crece contigo. Ministerio de Salud. *Santiago*.

Presupuesto de salud mental en el sistema público años 2010 - 2016, en relación al presupuesto total de salud. Fuentes: DIVAP, FONASA, Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales, SENDA

Peñacoba, M. J. (2011). Violencia y trastornos de personalidad

Población bajo control por trastorno de personalidad en el programa de salud mental, desagregado por región, concepto, grupo edad y sexo . Chile, 2015-2016

Quiroga Romero, E., & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3).

Rodríguez Moya, Laura, & Peláez, José Carlos. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84.

Sitio web de Fonasa. Información recuperada de www.fonasa.cl/ con fecha diciembre del año 2015.

Universitaria, P., Dörr, A., & Banz, C. Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales v/s niños abandonados en instituciones. *www.gacetadepsiquiatriauniversitaria. cl*, 38.

Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3).

World Health Organization. (2013). OMS Estrategia de Cooperation Resumen: Chile

ENTREVISTAS

Jonathan Veliz Uribe - 17 de mayo de 2017

Carolina Montalva Brahm - 23 de mayo de 2017

Jimena Quijada Peters - 23 de mayo de 2017

Paula Fernández Elgueta - 04 de junio de 2017

Catalina Undurraga Tschischow- 04 de junio de 2017

Verónica Valderrama Rocha - 14 de junio de 2017

Olga Toro Devia - 09 de agosto de 2017

Rubén Alvarado Muñoz - 17 de agosto de 2017

María Angélica Montenegro - 21 de septiembre de 2017

Anneliese Dorr Álamos - 17 de octubre de 2017

Sergio Espejo Yaksic - 18 de octubre de 2017

Matías González Tugas - 31 de octubre de 2017

Camila Bejar - 22 de enero de 2018

Belén Segovia - 23 de enero de 2018

María Pía Fuenzalida - 26 de enero de 2018

PACIENTES

María - 28 de junio de 2017

Cecilia - 19 de julio de 2017

Mirna - 31 de agosto de 2017

Karin - 3 de noviembre de 2017

Ruth - 3 de noviembre de 2017