



**MINISTERIO
DE SALUD**

La vida es lo primero



PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

RESUMEN EJECUTIVO

Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad



1105
x65
x00

2000

UNIDAD DE SALUD MENTAL

Wm 105
m 665
2000

2002

PRESENTACION

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es fruto de la experiencia, reflexión y análisis colectivo de un importante número de personas que, en su condición de usuarios, familiares, técnicos, profesionales, expertos y autoridades, públicas y privadas, expresaron así la voluntad nacional de conducir el desarrollo del país contemplando esta dimensión humana en beneficio de toda la población.

Cada vez más, la salud será un aspecto fundamental del bienestar de las personas, familias y comunidades. No sólo porque se vivirá más años, sino porque la globalización crea nuevas expectativas en las personas. Con mayor razón, la responsabilidad respecto a la salud de la población deberá ser asumida no sólo por el Estado, el que debe garantizar acciones para mejorar calidad de vida, sino también por todos los sectores, a cargo de la promoción y prevención; por el sector salud, en la entrega de servicios oportunos y eficaces, especialmente a los grupos mas vulnerables, por las comunidades, creando espacios de convivencia saludables y por las familias y personas en el autocuidado.

Las actuales características demográficas y epidemiológicas, los acelerados cambios en las condiciones de vida producto del desarrollo, la cobertura y efectividad de los servicios para las enfermedades físicas logrados en el país, explican que las enfermedades mentales hayan llegado a ser -junto a los accidentes y las enfermedades crónicas- uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas.

Chile presenta una elevada prevalencia de enfermedades mentales en todas las edades, y su sistema sanitario, de alta efectividad para responder a los problemas tradicionales de salud de una población demográficamente joven, debe adecuarse a esta nueva realidad. El Ministerio de Salud de Chile -en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve- inició, a partir de 1990, con los gobiernos democráticos que suceden a la dictadura militar, la tarea de desarrollar acciones en el ámbito de la salud mental.

Recogiendo la experiencia y los logros de los últimos años y como un paso decidido en el avance de la respuesta al problema, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría constituye una forma concreta de fijar objetivos y metas en las políticas públicas y de orientar recursos del Estado en acciones para elevar el nivel de bienestar y de salud mental de los chilenos.

El Estado tiene una deuda histórica con la salud mental de la población. Por ello, hacer progresivamente realidad el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es un desafío que el país y sus autoridades asumen a través de acciones sectoriales de salud pública, y como corresponde a un Estado moderno y solidario, integrando recursos y acciones intersectoriales con el compromiso activo del conjunto de la sociedad.

Expresión de la prioridad que este Ministerio asigna al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es que, a pesar de las restricciones presupuestarias que el país ha vivido, su implementación se inicia el año 2000, mediante la optimización de los recursos de salud mental existentes y la expansión en un 30% del presupuesto público en este ámbito.


Dr. Alex Figueroa Muñoz
Ministro de Salud



Santiago de Chile, Enero 2000

8118

Agradecimientos

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

A las organizaciones de familiares y pacientes

A los profesionales y técnicos de la salud

A las autoridades del Ministerio

A los expertos internacionales

A todos los que nos apoyaron y estimularon

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

INDICE



INTRODUCCION	5
I. VALORES Y PRINCIPIOS: UN MODELO DE ACCION	6
II. INTERSECTORIALIDAD	7
III. ACCIONES : PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	11
A. Actividades de nivel primario de resolución	11
B. Actividades en la atención de urgencia	12
C. Actividades de nivel secundario y terciario de resolución	12
D. Prioridades del programa	15
1. Promoción y prevención en salud mental	15
2. Niñas, niños y adolescentes con trastorno hipercinético /de la atención	17
3. Trastornos de la salud mental asociados a la violencia	19
4. Personas afectadas por depresión	23
5. Personas con trastornos psiquiátricos severos: Esquizofrenia	25
6. Personas con abuso y dependencia de alcohol y drogas	27
7. Adultos mayores afectados por Alzheimer y otras demencias	29
IV. RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	31
V. AGRUPACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES	35
VI. FINANCIAMIENTO	36
VII. REGULACION	37
AUTORES Y COLABORADORES	39

INTRODUCCION

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

En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, existen, además de los condicionantes biológicos y demográficos, aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias del medio social, económico y ambiental. Grupos nuevos y más numerosos alcanzan mayores riesgos de sufrir enfermedades psiquiátricas, determinando que las necesidades de salud mental en la actualidad y proyectadas al año 2005 sean enormes.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la salud mental, especialmente a partir de 1990, durante los Gobiernos Democráticos que suceden a la dictadura militar. A punto de finalizar este decenio, el Ministerio asumió la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la acción sanitaria, de la forma más participativa y consensuada posible. Las principales fortalezas para hacerlo son:

- Se dispone de suficiente información epidemiológica, comparable con la de países que han debido comenzar a enfrentar el problema de la salud mental algunos años antes que el nuestro.
- La existencia en el país de un importante número de profesionales y técnicos con excelente formación, experiencia, motivación y compromiso y con el suficiente consenso técnico en cuanto a las acciones a realizar.
- La evidencia disponible acerca de la efectividad de los tratamientos clínicos y de las intervenciones de salud pública
- La progresiva organización de los usuarios y familiares.
- La mayor información y sensibilidad acerca de la necesidad de actuar sobre los condicionantes negativos para la salud mental, de parte de todos los sectores sociales, permite al sector salud localizar sus esfuerzos en los aspectos más específicamente sanitarios, sin dejar por ello de participar y liderar, las respuestas promocionales, preventivas y de reinserción social con otros sectores.

El plan Nacional de Salud Mental ha sido elaborado durante el año 1999, recogiendo los avances y la experiencia acumulada, principalmente en esta última década. La propuesta fue analizada por un gran número de profesionales y técnicos, usuarios y familiares, expertos de las sociedades científicas y de colegios profesionales, entidades financiadoras de salud pública y aseguradores de salud privada, políticos y personas sensibles al tema, en una Conferencia Nacional realizada en el mes de mayo. Así mismo, recogió los aportes de expertos de varios países, y organizaciones internacionales, como parte de las actividades del Congreso Mundial de Salud Mental que tuvo lugar en el mes de septiembre.

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

I. VALORES Y PRINCIPIOS: UN MODELO DE ACCIÓN

1. Valores Fundamentales:

- El propósito final es el desarrollo humano y está dirigido a personas, grupos y al ambiente.
- Acceso universal: geográfica, económica y socialmente.
- Considera las particularidades y aportes de las culturas minoritarias.
- Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación informada, basada en el respeto mutuo y la confianza entre éstos y el equipo que presta la atención.
- Financiamiento asegurado para toda la población.

2. Enfoque Técnico:

- Reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas.
- Utiliza enfoques comunitarios, privilegia la atención ambulatoria, promueve y apoya las capacidades de las personas y grupos organizados.
- Integra acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada actividad.
- Las acciones son deliberadamente educativas y participativas.
- Las intervenciones son actualizadas de acuerdo a la evidencia.
- Es consciente de la efectividad y costo de sus acciones.

3. Criterios de Calidad:

- La atención es continua en el tiempo y a lo largo de la vida, por un mismo equipo.
- Cada persona recibe oportunamente el número y tipo de atenciones que requiere.
- La atención se realiza, también, fuera de los establecimientos de salud.
- Usuarios y equipos participan en la planificación y evaluación de las acciones.

4. Soporte Organizativo:

- Servicios articulados en una Red responsable de una población y ámbito geográfico definido, cuyo eje es el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.
- Integra equipos multidisciplinarios en cada dispositivo de la red.
- Integra acciones de servicios públicos, de organizaciones de usuarios y familiares, O.N.G. y privados.

5. Marco Administrativo:

- Los dispositivos públicos de la red tienen, de preferencia, la misma dependencia administrativa y técnica, utilizan la planificación estratégica y las actividades son monitoreadas permanentemente.

II. INTERSECTORIALIDAD

La salud está determinada, en gran medida, por el nivel de desarrollo económico, político y social alcanzado por el país en que se vive y no sólo por la oferta de servicios de salud. Los indicadores globales de salud de los países están fuertemente determinados por sus niveles de ingreso y las diferencias internas de estos, incluyendo la tasa de mortalidad, son función de la distribución del ingreso al interior de las sociedades.

Toda la población de un país asume, mas allá de las diferencias de ingreso, la “**carga psicosocial**” de la vida moderna. Esta se expresa en un “**estrés crónico**” asociado a la incertidumbre, las condiciones de trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, individualismo, competitividad, etc. Esta carga psicosocial es mayor cuando existe “**falta de cohesión social**”, es decir, poca fortaleza de las relaciones sociales, escasa autovalía e insuficiente control de las personas sobre lo que les sucede, situaciones que favorecen una sociedad dominada por el estatus, los prejuicios y la exclusión social, originando grupos antagónicos, conflictos sociales y la estigmatización de los menos aventajados.

La vida de las personas transcurre en espacios como el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, el barrio, etc. y se sabe que la susceptibilidad a las enfermedades está influenciada por una combinación de exposiciones a situaciones sociales estresantes (factores de riesgo) en estos entornos y la protección lograda mediante las capacidades individuales y apoyos sociales (factores protectores), que se aprenden y desarrollan en ellos.

Así mismo, el costo social y económico de las enfermedades recae en todos los sectores del Estado: por la disminución de la productividad, y porque las personas que las sufren y sus familias requieren mayores subsidios sociales y servicios de salud, justicia, vivienda. Existe, además, para las enfermedades mentales, una carga “oculta” por sobrecarga emocional de la familia y mayor tasa de conducta violenta, abuso de sustancias, suicidio y criminalidad

Por consiguiente, **las acciones para mejorar el nivel de salud mental y protegerla, son responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social.**

Estas acciones intersectoriales deben darse en todos los niveles: Ministerios, Secretarías Regionales Ministeriales, Instituciones Autónomas, Municipalidades, etc., pero son especialmente importantes en el espacio comunal. Las acciones deben ser integrales, es decir, dirigidas a:

- La **promoción**, para mejorar la salud mental y reducir los riesgos
- La **prevención**, para evitar, retrasar o atenuar la severidad y duración de los trastornos de la salud mental en personas y grupos con mayores riesgos.
- La **detección temprana** y facilitación del acceso y continuidad **del tratamiento y rehabilitación**, para evitar el sufrimiento y la discapacidad
- La **reinserción social**, evitando la estigmatización y creando redes de apoyo, para mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familias.

Las 6 estrategias y ámbitos prioritarios para las acciones son los siguientes:

- **Salud mental en la educación pre escolar y escolar**
- **Salud mental y trabajo**
- **Salud mental en barrios, poblaciones y comunas**
- **Salud mental de personas en conflicto con la justicia**
- **Salud mental de pueblos indígenas**
- **Comunicación social para una mejor salud mental.**

1. Salud mental en la educación pre escolar y escolar

La comunidad escolar es un sistema en el que un conjunto de personas de distintas generaciones aprende, trabaja, juega y convive. La experiencia de la O.M.S y de la O.P.S en el apoyo a la creación de Redes de Escuelas Saludables ha demostrado que la involucración de Educación en ellas es una oportunidad para incorporar aspectos de salud mental en el ambiente escolar. Los componentes específicos a priorizar en los centros pre escolares, escolares básicos y de enseñanza media son los siguientes:

- a) Respeto y ejercicio de los derechos humanos y la solidaridad.
- b) Participación ciudadana y fortalecimiento de conocimientos y habilidades para ejercer control sobre los asuntos de la vida personal y comunitaria.
- c) Autoestima, reconocimiento y expresión de emociones y afectos.
- d) Habilidades sociales para la comunicación, resolución de conflictos y para una relación igualitaria entre los géneros.
- e) Habilidades que permitan desarrollar estilos de vida saludables y hábitos de autocuidado.
- f) Prevención del abuso de alcohol y drogas, conducta violenta y conducta sexual de riesgo.
- g) Apoyo para niños con problemas de aprendizajes, emocionales, conductuales.
- h) Derivación de niños y adolescentes con trastornos de salud mental para su atención.

2. Salud mental y trabajo

El principal objetivo de los programas de salud mental en el trabajo es que los trabajadores logren un mayor grado de control sobre su salud y bienestar, así como procurar condiciones laborales saludables y facilitadoras del desarrollo humano. Algunas de las líneas de trabajo prioritarias son:

- a) Generar iniciativas que permitan incorporar en la legislación una mayor protección de la salud mental de los trabajadores,
- b) Sensibilizar acerca de los problemas y enfermedades mentales para evitar la estigmatización.
- c) Programas de prevención de abuso de alcohol y drogas, de manejo del estrés, desarrollo de destrezas personales e interpersonales.
- d) Incorporar la detección de depresión y problemas de alcohol y drogas en el examen de salud periódico del trabajador, y facilitar su tratamiento oportuno.
- e) Flexibilizar el otorgamiento de pensión de invalidez para personas con discapacidad psíquica, de modo de favorecer su reinserción laboral.
- f) Establecer un porcentaje fijo de puestos de trabajo, para ser utilizados en la reinserción laboral de personas con enfermedades mentales.

- g) Desarrollo de “empresas sociales” que otorguen empleo a personas con discapacidad psíquica.

3. Salud mental en barrios, poblaciones y comunas

El ambiente social del barrio, población o comuna debe favorecer la instalación de redes sociales capaces de estimular la autonomía, la identidad y el sentido de pertenencia de personas, grupos y comunidades, así como reforzar su capacidad de recuperarse y hacer frente a la adversidad, de manera positiva y efectiva. Las redes de apoyo social son espacios relacionales con alta potencialidad para la detección y apoyo al tratamiento resolutivo y continuo de las personas con enfermedad mental y su reinserción social, lo que requiere de actitudes protectoras basadas en la aceptación y el respeto a las personas con trastornos y discapacidad mental. Algunas de las estrategias prioritarias para las iniciativas comunales son:

- a) Instalar el tema de la salud mental en la agenda política del municipio.
- b) Promover la coordinación y articulación de las acciones de salud mental de los programas y servicios dependientes de todos los sectores.
- c) Incorporar el componente de salud mental en el Plan Comunal de Salud.
- d) Favorecer actividades de defensa de derechos y refuerzo de proyectos de vida.
- e) Facilitar la formación y funcionamiento de grupos de autoayuda.
- f) Proveer dispositivos comunitarios para la reinserción social: hogares protegidos y clubes sociales.
- g) Disponer de Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

4. Salud mental de personas en conflicto con la justicia

En la confluencia de la psiquiatría y la justicia se entremezclan concepciones, paradigmas científicos, objetivos y metodologías distintas. Es fundamental implementar sistemas de coordinación entre ambos sectores, con el objeto de definir responsabilidades y concordar criterios respecto a las personas con enfermedad mental y con problemas con la justicia. Algunas de las líneas de trabajo son:

- a) Definir ámbitos de competencia y mecanismos de financiación intersectoriales.
- b) Consolidar y expandir a todas las Regiones del país el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense.
- c) Desarrollar en Chile la sub especialidad de Psiquiatría Forense.
- d) Reformar el Código Civil.
- e) Establecer sistemas de atención y rehabilitación en salud mental y psiquiatría para los menores en protección judicial o en conflicto con la justicia.



5. Salud mental de pueblos indígenas

La experiencia internacional demuestra que es beneficioso apoyar el desarrollo de las comunidades indígenas existentes, reforzar su identidad cultural, aumentar su grado de cohesión social interna y con el resto de la comunidad nacional y potenciar la sabiduría ancestral de su forma de vida y medicina tradicional, concentrando mayores recursos per capita que para la población general. También es necesario que los servicios, las acciones intersectoriales y la comunicación social integren los valores, los aspectos más positivos de las costumbres, el idioma y las formas de relación social de las culturas indígenas. Algunas líneas de trabajo son:

- a) Definir prestaciones de Salud Mental y Psiquiatría que incorporen la cosmovisión del pueblo indígena, su identidad, lenguaje y organización social.
- b) Favorecer actividades conjuntas de agentes de salud de las culturas indígenas con equipos de salud general y de salud mental y psiquiatría ambulatoria.
- c) Desarrollar, evaluar y comparar programas pilotos en comunidades y con población indígena dispersa.
- d) Discriminar positivamente en el ingreso a carreras de salud a personas de pueblos indígenas.
- e) Realizar investigaciones acerca de la salud mental de pueblos indígenas.

6. Comunicación social para una mejor salud mental.

Su objetivo es impregnar todos los espacios comunicacionales con información, imágenes, experiencias de vida y un lenguaje que, implícitamente, promueva la aceptación de la diversidad social, de género, cultura, etnia; que fomente el conocimiento y respeto de los derechos y responsabilidades; que eduque para el reconocimiento de problemas, apoyo inmediato, acceso y utilización adecuada de los servicios y para desestigmatizar la enfermedad mental y permitir la reinserción social. Para ello, es necesario políticas comunicacionales públicas y una alianza con los medios privados. Algunas de las estrategias comunicacionales prioritarias son:

- a) Implementar campañas de comunicación social a nivel nacional, regional y de Servicios de Salud.
- b) Persuadir a líderes de opinión para su compromiso en temas de salud mental.
- c) Informar regularmente a profesionales y directivos de medios de comunicación y responder a sus solicitudes de información y opinión en temas de salud mental.

III. ACCIONES: PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

El programa es un instrumento orientador de la programación, para lo cual define un conjunto de actividades básicas para una población determinada a ser realizadas en los distintos establecimientos de la red. Los objetivos de las actividades son: desarrollar factores protectores, evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales, detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales y mejorar la calidad de vida de los pacientes de larga evolución y de sus familiares.

A. ACTIVIDADES DE NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCIÓN

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

1. ACTIVIDADES PARA LA ARTICULACIÓN ENTRE EL NIVEL PRIMARIO Y SECUNDARIO, orientadas al aumento y mantención de la capacidad resolutoria del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel de secundario

- **Consultoría de salud mental**

2. ACTIVIDADES PARA LA PROMOCIÓN dirigidas a la población general, orientadas a estimular factores protectores para enfrentar los desafíos de la vida, mejorando la capacidad para manejar el estrés y promoviendo relaciones sociales de apoyo. Son actividades necesariamente intersectoriales

- **Intervención / actividad comunitaria**

3. ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN, dirigidas a personas que son atendidas en los controles preventivos, de crónicos y consultas de morbilidad general en los establecimientos de salud primaria y que no están demandando atención por salud mental, pero que presentan factores de riesgo identificables o síntomas iniciales detectables

- **Intervención psicosocial grupal**
- **Intervención / actividad comunitaria**
- **Consulta médica de salud mental**
- **Consulta de salud mental**

4. ACTIVIDADES PARA EL TRATAMIENTO / RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN, La capacidad de resolución de parte del equipo de salud general, depende de los recursos del establecimiento y de la efectividad de la asesoría que recibe del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria responsable del sector poblacional. Para asegurarla, el médico general debe contar con los fármacos necesarios.

Muchas de las personas que presentan una enfermedad mental serán diagnosticadas y tratadas por el equipo de salud general. Un número menor requerirá, además, que su caso sea analizado en una consultoría de salud mental por el equipo de APS que lo atiende con los especialistas del equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria. Algunos de estos pacientes serán derivados al equipo especializado para su diagnóstico e indicación de tratamiento, el que podrá ser realizado en muchos casos por el mismo equipo de salud general que lo refirió. Los pacientes portadores de una enfermedad mental de larga evolución y/o con discapacidad, que han sido diagnosticados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y referidos a su consultorio con indicaciones, recibirán, además, actividades de rehabilitación para su reinserción social.

- **Consulta médica de salud mental**
- **Consulta de salud mental**
- **Intervención psicosocial grupal**
- **Visita de salud mental**
- **Psicoterapia individual / grupal**
- **Intervención / actividad comunitaria**

B. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA

En los servicios de urgencia son atendidas habitualmente personas con intentos de suicidio, episodios de sintomatología psicótica aguda, crisis depresivas y ansiosas, intoxicación por alcohol o drogas y por lesiones debidas a violencia, especialmente intrafamiliar y abuso sexual. Con el apoyo del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, los equipos de urgencia pueden realizar detección, intervención en crisis y derivación de estas personas. Los servicios de urgencia de los Hospitales tipo 1, deben contar con horas de psiquiatra, de preferencia con turnos de 24 horas.

- **Consultoría de salud mental**
- **Consulta psiquiátrica**

C. ACTIVIDADES DE NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO DE RESOLUCIÓN

1. PARA LA ARTICULACIÓN ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA AMBULATORIA CON LOS EQUIPOS DE SALUD GENERAL (APS) Y DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA. orientadas al aumento y mantención la capacidad resolutive del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel de secundario

- **Consultoría de salud mental**

2. ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN: el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria realiza el diagnóstico y tratamiento ambulatorio de las personas referidas por el equipo de salud general, de otros servicios clínicos o de urgencias. En una proporción variable, según el diagnóstico, la atención especializada consiste en una exploración psiquiátrica / psicológica y derivar nuevamente al paciente al equipo general, con indicaciones de tratamiento. En otros casos asume transitoria o permanente el tratamiento y rehabilitación, prestándole también atención fuera de las estructuras sanitarias, en espacios tales como centros para niños con autismo, talleres protegidos, hogares protegidos y en los entornos naturales, como el hogar, escuela o trabajo.

El equipo **de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria** es responsable de asegurar al paciente acceso al tipo de prestación que requiera y de informar y consultarle cualquier cambio de su esquema de atención. Las atenciones de hospitalización y de comunidad terapéutica son realizadas por equipos clínicos distintos al Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

- **Consulta psiquiátrica**
- **Psicodiagnóstico**
- **Consulta psicológica clínica**
- **Consulta de salud mental especializada**

- Intervención psicosocial grupal especializada
- Psicoterapia individual o grupal
- Día comunidad terapéutica ambulatoria
- Día comunidad terapéutica en internación
- Día hospitalización diurna
- Día cama de hospitalización de corta y mediana estadía
- Día cama en hogar protegido

Cuadro resumen ACTIVIDADES, BENEFICIARIOS Y PRESTADORES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA				
ACTIVIDAD / PRESTACION		CON / DIRIGIDA A		PROFESIONAL o TECNICO
NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCION				
1	Consultoría de salud mental*	Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria		Equipo de Salud General
2	Consulta medica de salud mental	Paciente		Médico General
3	Consulta de salud mental.	Paciente		Psicólogo
4	Intervención psicosocial grupal	Familiares / cuidadores		Enfermera, Asistente Social, Matrona,
5	Visita de salud mental	Domiciliaria	Familiares / cuidadores	T. Ocupacional, otro
		Laboral	Jefes / compañeros trabajo	
		Escolar	Profesores / compañeros	
6	Intervención / actividad comunitaria	Organizaciones de usuarios / pacientes / familiares/ sociales / laborales / escolares / justicia / policía / O.N.G. / fundaciones o empresas privadas / medios de comunicación, etc.		Equipo de Salud General
7	Psicoterapia individual o grupal **	Pacientes		Psicólogo Clínico
NIVEL SECUNDARIO Y TERCARIO DE RESOLUCION				
8	Consultoría / enlace de salud mental**	Atención Primaria	Profesionales del equipo de salud general	Equipo S. Mental y Psiquiatría Ambulatoria
		Otros Servicios Clínicos	Profesionales de otros servicios clínicos	
		Servicios de Urgencias	Profesionales de atención de urgencia	
9	Consulta psiquiátrica	Paciente / familiares		Psiquiatra
10	Psicodiagnóstico	Paciente		Psicólogo
11	Consulta psicológica clínica	Paciente / familiares		Psicólogo clínico
12	Consulta de salud mental especializada	Paciente Familiares / cuidadores		T. Ocupacional, Enfermera,
13	Intervención psicosocial grupal especializada	Pacientes Familiares / Cuidadores		Asistente Social de Equipo de Psiquiatría
14	Psicoterapia individual o grupal	Paciente		Psicólogo Clínico Psiquiatra
15	Día comunidad terapéutica ambulatoria	Paciente		Equipo Comunidad Terapéutica
16	Día comunidad terapéutica en internación	Paciente		Equipo Comunidad Terapéutica
17	Día hospitalización diurna	Paciente		Equipo Clínico
18	Día cama hospitalización de corta / mediana estadía	Paciente		Psiquiátrico
19	Día cama hogar protegido	Paciente		Equipo del Establecimiento

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

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

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

ACTIVIDAD / PRESTACION		ACCIONES	
1	Consulta medica de salud mental	Evaluación médica y diagnóstico Indicaciones y prescripción farmacológica Psicoeducación Alta o referencia a atención especializada	
2	Consulta de salud mental.	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Referencia a atención médica	
3	Intervención psicosocial grupal	Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Entrenamiento en comportamientos de autoayuda Motivación para la participación en grupos de usuarios y familiares	
4	Visita de salud mental	Domiciliaria	Evaluación y diagnóstico social y familiar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
		Laboral	Evaluación y diagnóstico social y laboral Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
		Escolar	Evaluación y diagnóstico social y escolar Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades
5	Intervención / actividad comunitaria	Actividades grupales de sensibilización, intercambio de información, capacitación, asesoría y coordinación	
6	Psicoterapia individual o grupal	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	
7	Consultoría de Salud mental	Con Equipo Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria	Atención conjunta de pacientes y/o familiares Reuniones clínicas y de coordinación
8	Consultoría / Enlace de Salud mental	Equipo de Salud General Equipos de otros Servicios Clínicos Equipo Servicio de Urgencia	Atención conjunta de pacientes y/o familiares Reuniones clínicas y de coordinación
9	Consulta psiquiátrica	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico Psicoeducación y apoyo emocional Alta o contrarreferencia a atención primaria	
10	Psicodiagnóstico	Aplicación de tests psicológicos	
11	Consulta psicológica clínica	Evaluación y diagnóstico psicológico Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral	
12	Consulta de salud mental especializada	Evaluación y diagnóstico psicosocial Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral	
13	Intervención psicosocial grupal especializada	Psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades Actividades de rehabilitación social y laboral Entrenamiento en comportamientos de autoayuda Motivación para la participación en grupos de usuarios y familiares	
14	Psicoterapia individual o grupal	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento de cada paciente	
15	Día comunidad terapéutica ambulatoria	Entrenamiento en habilidades para la vida en comunidad Actividades y terapias grupales con pacientes y familiares	
16	Día comunidad terapéutica en internación	Entrenamiento en habilidades para la vida en comunidad Actividades y terapias grupales con pacientes y familiares	
17	Día hospitalización diurna	Evaluación y diagnóstico Actividades y terapias individuales y grupales con pacientes y familiares Administración de terapias farmacológicas	
18	Día cama hospitalización de corta / mediana estadía	Evaluación y diagnóstico Actividades y terapias con pacientes y familiares Administración de terapias farmacológicas	
19	Día cama hogar protegido	Apoyo y protección para actividades de vida diaria Entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y domésticas	

D. PRIORIDADES DEL PROGRAMA

El programa es una respuesta a todas las necesidades de la población en salud mental, ningún problema, enfermedad, grupo o persona están excluidos de la atención. Para esta etapa se definen los énfasis estratégicos o prioridades, en base de criterios de magnitud, epidemiología, impacto social, costo económico, eficacia de las intervenciones y disponibilidad real de recursos humanos con capacidades suficientes:

- 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL**
- 2. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO HIPERCINETICO / DE LA ATENCIÓN**
- 3. TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA VIOLENCIA: MALTRATO INFANTIL, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y REPRESIÓN POLÍTICA 1973-1990**
- 4. PERSONAS AFECTADAS DE DEPRESIÓN**
- 5. PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS – ESQUIZOFRENIA**
- 6. PERSONAS CON ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS**
- 7. ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

Otras prioridades (epilepsia, salud mental de pueblos indígenas, trastornos emocionales de la infancia, trastornos ansiosos, trastornos afectivos bipolares, retardo mental) se irán abordando en la medida en que la implementación del plan responde a las definidas para este período.

1. PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Principales estrategias para la promoción y prevención en salud mental:

- a) Fortalecer a las personas, familias y grupos, mediante el desarrollo de habilidades (que configuran un estilo de vida favorecedor de la salud mental) que se aprenden en la interacción con los demás y con el ambiente, logrando:
 - formas de comunicación efectiva y la capacidad de enfrentamiento al estrés, en las distintas etapas de la vida: comunicación interpersonal / habilidades sociales positivas, reconocer y expresar sentimientos y emociones, establecer y mantener vínculos afectivos, resolver conflictos, dedicar tiempo libre a actividades recreativas / deportivas / artísticas, tener una actividad sexual responsable, ser capaz de resistir la oferta de drogas y exceso de alcohol.
 - Disminución de los comportamientos violentos, abuso de alcohol / consumo de drogas, aislamiento social / afectivo, sentimientos de baja autoestima, dedicación absorbente y competitiva a la actividad laboral / ausencia de intereses vinculados al esparcimiento.
- b) Aumentar el grado de cohesión social, creando un tejido social protector y favorecedor del desarrollo humano, disminuyendo la intensidad y complejidad de las demandas y desafíos de la vida. La existencia y calidad del tejido social depende y se expresa en los entornos naturales de interacción entre las personas.

Acciones para la promoción y prevención

- Las acciones relacionadas con las políticas nacionales y regionales son principalmente responsabilidad de Ministerios Sociales y Subsecretarías Regionales (SEREMIS).
- Las acciones de promoción y prevención a realizar con usuarios o consultantes y sus familias de mayor riesgo de acuerdo a la edad, género y a la especificidad de los factores

condicionantes o desencadenantes y con organizaciones comunitarias, profesionales de otros sectores, líderes y monitores locales autoridades y medios de comunicación locales en escuelas, lugares de trabajo, barrios y poblaciones son responsabilidad de los equipos de salud general con la asesoría y apoyo de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

- **Normativa técnica que regula la intervención**

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

- **Demanda estimada al año**

2 agrupaciones o centros educacionales o laborales y un grupo de personas de alto riesgo por cada 6.500 habitantes.

- **Prestaciones:**

Intervención psicosocial grupal, Intervención / actividad comunitaria y Consultoría de salud mental.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

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

Población general o grupos específicos, en conjunto con equipo de salud general de APS.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

Los manuales enumerados en la atención primaria.

- **Demanda estimada al año**

1 agrupación, centro educacional o laboral, o un grupo de personas de alto riesgo por cada 6.500 habitantes.

- **Prestaciones:**

Consultoría de salud mental.

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

- Los niños con trastorno hiperactivo / de la atención, que no reciben tratamiento oportuno tienen mayores probabilidades de sufrir accidentes, de fracaso y deserción escolar, de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Este trastorno suele generar disfuncionalidad a nivel de la familia, y los niños que lo presentan sufren con mayor frecuencia maltrato físico y psicológico.
- Constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil, así como también es el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años.
- Con la información científica disponible, se puede señalar que se trata de un trastorno con una base biológica (variaciones de la estructura anatómica cerebral, de neurotransmisores, hormona tiroidea, etc.) determinado genéticamente, con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente.
- Tan importante como la base biológica es la influencia de factores psicosociales del ambiente familiar y escolar del niño, los que pueden ser determinantes para la expresión sintomatológica, para la mantención del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos.
- Las acciones para la promoción, prevención y detección son más efectivas si se realizan en los establecimientos de educación pre escolar y en el primer ciclo básico de las escuelas.
- Los equipos de Salud general deben realizar acciones de capacitación a los docentes con el fin de realizar una intervención y un tratamiento precoz al niño y su familia.

ATENCION PRIMARIA

- **Grupo de población a la que está dirigida**
- Niños, adolescentes y sus familias consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud y en el sistema de libre elección y privado de salud
- **Normativa técnica que regula la intervención**
- “Orientaciones Técnicas para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hiperactivos en Atención Primaria”, Ministerio de Salud, 1998.
- “Salud Mental en la Escuela. Manual para la prevención, detección y manejo de problemas” Ministerio de Salud, 1997
- “Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE 10”, OMS, 1996.
- **Prevalencia poblacional**
Por cada 1.000 niños escolares de enseñanza básica, 62 de ellos presenta un T.H.A.
- **Demanda estimada al año**
Por cada 1.000 niños de entre 5 y 15 años, 12 de ellos demandarán atención de salud por un T.H.A.
- **Prestaciones:**
Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Intervención / actividad comunitaria y Consultoría de salud mental

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

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

Niños con trastorno hiperactivo / de la atención severo, con comorbilidad o resistente al tratamiento, de al menos 3 meses, indicado por el equipo de salud general.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

No existe normativa nacional para la atención especializada en T.H.A.

- **Demanda estimada al año**

De cada 1.000 niños de entre 5 y 15 años, se estima que 2,4 de ellos requerirá de atención especializada para tratamiento por T.H.A..

- **Prestaciones:**

Consultoría / enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica, Consulta psicológica clínica, Psicoterapia individual o grupal, e Intervención psicosocial grupal especializada



3. TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA VIOLENCIA

El respeto a los derechos humanos como un valor fundamental en la convivencia social, el aumento de la violencia en las relaciones entre las personas y grupos, la evidencia acerca de los daños que ésta produce en la salud y su proyección transgeneracional, sustentan la definición de la violencia como un problema emergente de salud pública en Chile. Los daños producidos por la exposición a violencia física, psicológica o abuso sexual dependen, principalmente, de la etapa del ciclo vital de la persona afectada y del contexto psicosocial en que se da la relación entre los que ejercen la violencia y los que la sufren.

En las acciones para la promoción y prevención es fundamental considerar tanto los aspectos socioculturales asociados a la ocurrencia de la conducta violenta, como los problemas de salud mental y las enfermedades mentales en jóvenes y adultos, tales como el Abuso y Dependencia de alcohol y drogas, Trastornos psiquiátricos severos, Esquizofrenia y Trastornos Bipolares, Trastornos de la Personalidad y Desórdenes o Disfunciones Sexuales en el Adulto y la mayor vulnerabilidad de los niños con conducta difícil (Trastorno de Hiperactividad / de la Atención y Trastornos de Conducta Disocial).

Como poblaciones específicas de esta prioridad programática, se describen las actividades dirigidas a Niños y adolescentes afectados por maltrato, Mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar y Personas afectadas por violencia política en el período 1973 - 1990.

3.1. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE SUFREN MALTRATO

- La violencia intrafamiliar y el maltrato infantil constituyen una forma de abuso de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia que se dan en la familia. El maltrato afecta el bienestar psicosocial del niño, del adulto responsable del maltrato, de la familia y de su entorno social.
- Tiene implicancias policiales y judiciales ya que la Ley 19.324, del año 1994, define el maltrato desde el punto de vista legal y la dimensión psicológica de éste, y considera no sólo la sanción del ofensor, sino también su tratamiento.
- Los niños afectados por maltrato pueden presentar daños físicos y psicológicos, alteraciones en el desarrollo, trastornos emocionales y conductas disociales que se proyectan a la edad adulta, así como fracaso y deserción escolar. Lo más frecuente es que se produzca por acción u omisión de familiares del niño.
- Con el fin de disminuir el maltrato a niños /niñas, las acciones deben focalizarse en la detección e intervención precoz en las actividades del Programa de Salud del Niño
- Existe evidencia de intervenciones costo efectivas en la prevención de depresión, aislamiento e intento de suicidio en niños y adolescentes en que se ha detectado abuso sexual y maltrato.

ATENCION PRIMARIA Y DE URGENCIA

• Grupo de población a la que está dirigida

Niños, adolescentes y sus familias consultantes en establecimientos de atención primaria y de urgencia en el sistema público de salud y a médicos en el sistema de libre elección y privado de salud

- **Normativa técnica que regula la intervención**

- “Orientaciones Técnicas y Programática en Maltrato Infantil”, Minsal, 1994.
- “Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia”, Ministerio de Salud, 1998
- “Manual de Apoyo Técnico a las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”, Minsal, 1998.

- **Prevalencia Poblacional**

De cada 1.000 niños y adolescentes menores de 19 años, 500 de ellos están expuestos a maltrato.

- **Demanda estimada al año**

Por cada 1.000 niños y adolescentes (menores de 19 años) atendidos en consultorios 50 presentan maltrato con daño físico.

- **Prestaciones:**

Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Visita de salud mental, Intervención / actividad comunitaria, Consultoría de salud mental

ATENCION ESPECIALIZADA

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

- Niños y adolescentes afectados por maltrato severo
- Niños y adolescentes afectados por maltrato cuya familia presenta disfuncionalidad o patología de salud mental en alguno de sus miembros
- Niños y adolescentes afectados por maltrato que presentan trastornos de salud mental que favorecen este maltrato o trastornos de su salud mental producidos por éste.

- **Normativa técnica que regula la intervención:** los mismos documentos descritos para atención primaria.

- **Demanda estimada al año**

El 20% de los casos de maltrato con daño físico en niños y adolescentes de entre 0 y 19 requerirá atención especializada : 10 por cada 1.000 niños y adolescentes.

- **Prestaciones**

Consultoría/enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica, Consulta psicológica clínica, Consulta de salud mental especializada, Intervención psicosocial grupal especializada y Psicoterapia grupal.

3.2. MUJERES Y ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- La Violencia Intrafamiliar ejercida hacia mujeres y adultos mayores provoca daños en su salud física y psicológica. Los daños físicos pueden incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Los daños en la salud mental pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados. Estos efectos son tan severos que implican elevados costos de atención médica, ya sea en los Servicios de Urgencia como en el nivel primario y secundario.
- En el nivel primario de atención, con el fin de disminuir la ocurrencia y el impacto de la violencia, las acciones de salud están orientadas a la pesquisa precoz de estas situaciones y brindar una atención oportuna a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológicas. En esta atención debe evaluarse el riesgo vital, la pertinencia y el momento en que el accionar de salud debe ampliarse a otros miembros de la familia, responsables o potenciales protectores.

- Por las implicancias policiales y judiciales del problema, cada equipo y establecimiento de atención primaria debe diseñar y mantener actualizados los procedimientos para la denuncia del agresor y protección inmediata o diferida de la víctima.

ATENCION PRIMARIA Y DE URGENCIA

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

Mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria y de urgencia en el sistema público de salud y a médicos en el sistema de libre elección y privado de salud.

- **Normativa y orientación técnica que regula la intervención**

- “Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”, Ministerio de Salud, 1998.

- **Prevalencia poblacional**

En uno de cada cuatro hogares chilenos se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Se estima que por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 65 años, 336 de ellas sufre algún grado de violencia en sus relaciones familiares, y por cada 1.000 adultos mayores, 40 de ellos lo sufren

- **Demanda estimada al año**

- Por cada 1.000 **mujeres** atendidas en establecimientos de APS, 60 presentarían una situación de violencia grave en el hogar que motiva una consulta por alguna molestia física o psicológica
- Por cada 1.000 **personas mayores de 65 años atendidas** en establecimientos de APS, 5 presentarían una situación de violencia grave en el hogar o institución de residencia que motiva una consulta por alguna molestia física o psicológica

- **Prestaciones**

Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Visita de salud mental, Intervención / actividad comunitaria y Consultoría de salud mental

ATENCION ESPECIALIZADA

- **Grupo de población que debe tener acceso a las prestaciones**

- Mujeres y adultos mayores con situaciones de violencia con riesgo vital para su integridad física, de suicidio u homicidio y quienes presenten patología mental asociada a la situación de violencia
- Hombres agresores referidos por la ley 19.325.

- **Orientación técnica que regula la intervención**

“Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar”, Ministerio de Salud, 1998.

- **Demanda estimada al año**

- Por cada 1.000 **mujeres** de entre 15 y 65 años, 12 de ellas requerirán de atención especializada por una situación de violencia grave en el hogar.
- Por cada 1.000 **personas mayores de 65 años**, 1 de ellas requerirá de atención especializada por una situación de violencia grave en el hogar o institución de residencia.

- **Prestaciones**

Consultoría / enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica, Psicodiagnóstico, Consulta psicológica clínica y Psicoterapia grupal .

3.3. PERSONAS AFECTADAS POR LA REPRESIÓN POLÍTICA EJERCIDA POR EL ESTADO EN EL PERÍODO 1973-1990 (PRAIS)

- El Ministerio de Salud, como expresión de la Política Nacional de Reparación Social desarrolla, desde 1991, actividades para la atención en salud - física y psicológica - de las personas que fueron afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período de dictadura (Programa de Reparación Integral en Salud y Derechos Humanos: PRAIS).
- Esta política se sustenta en las recomendaciones del Informe de Verdad y Reconciliación, la Ley de Reparación y Reconciliación, la Ley de Exonerados políticos y la Ley de Retornados. Según informes estatales, internacionales y de instituciones privadas, se estima que la población directamente afectada alcanza a un 10% de la población existente en el período 1973 - 1990; es decir, alrededor de 800.000 personas.
- El conjunto de actividades en salud, está orientada a la atención integral de las personas, física, mental, familiar y social-comunitaria. El trauma psicosocial producto de la represión política afecta al grupo familiar.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Grupo de población a la que está dirigida**
Familias de detenidos desaparecidos y de ejecutados políticos. Personas que vivieron situaciones de tortura, amedrentamiento, detención, clandestinidad, relegación, exilio y exoneración política, y su grupo familiar.
- **Normativa técnica que regula la intervención**
 - "Programa de Reparación y Atención Integral de Salud y Derechos Humanos, 1991.
 - "Norma Técnica para la Atención de Personas Afectadas por Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973- 1990" (en elaboración).
- **Demanda Estimada al año:**
 - 5 de cada 1.000 personas afectadas por situaciones de represión política, demandarían atención de salud.
- **Prestaciones**
Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental especializada, Consulta psiquiátrica, Psicodiagnóstico, Psicoterapia individual o grupal, Intervención psicosocial grupal especializada, Psicoterapia individual y grupal, Intervención / actividad comunitaria y Visita de salud mental.

4. PERSONAS AFECTADAS POR DEPRESION

- En el último tiempo se ha demostrado el efecto discapacitante de la depresión, y su impacto negativo en la vida de las personas y su familia. En el estudio chileno sobre Carga de Enfermedad, ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA), en mujeres.
- Se presenta asociada a situaciones que generan un alto grado de estrés, por una disposición o tendencia heredada a la depresión, o bien por una combinación de ambos factores. El abuso de alcohol y otras drogas puede favorecer o desencadenar una depresión.
- Las personas con depresión generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultantes) en atención primaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y en general, retrasan el tratamiento específico. Lo anterior hace necesario orientar las acciones de salud a la detección precoz y tratamiento oportuno de este problema en la atención primaria.
- Existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunos tratamientos psicológicos y farmacológicos. La educación al paciente y su familia optimiza la efectividad del tratamiento de la depresión y se orienta a la comprensión del trastorno y el uso de recursos personales y sociales que contribuyen a su mejoría.
- El tratamiento de la depresión se orienta a reducir o eliminar los síntomas del trastorno y estimular los recursos personales y sociales de autoayuda. Es decir, a restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas.

ATENCION PRIMARIA

- **Grupo de población a la que está dirigida.**
Población mayor de 15 años, focalizando en:
Adolescentes, mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria y a médicos generales en el sistema de libre elección y privado de salud
- **Normativa técnica que regula la intervención**
- Guía Metodológica "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención", Ministerio de Salud, 1998.
- "Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE 10", OMS, 1996.
- **Prevalencia poblacional**
De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 75 de ellas presentan un trastorno depresivo
- **Demanda estimada al año**
De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 30 de ellas demandarán efectivamente atención
- **Prestaciones**
Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Psicoterapia / grupal, Intervención / actividad comunitaria y Consultoría de salud mental

ATENCION ESPECIALIZADA

- **Grupo de población a la que está dirigida**
Personas con trastornos depresivos severos, con riesgo de suicidio, complicados con comorbilidad psiquiátrica y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud

general y/o atendidas en servicio de urgencias.

- **Normativa técnica que regula la intervención**
- Programa educativo de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre Trastornos Depresivos, Módulo I (Colaboración OPS y Asociación de Psiquiatría de América Latina APAL, 1997)
- **Demanda estimada al año**
Por cada 1.000 personas mayores de 15 años, 6 de ellas requerirán atención especializada para tratamiento por depresión
- **Prestaciones:**
Consultoría / enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica, Psicodiagnóstico, Psicoterapia individual y grupal y Día cama de hospitalización de corta y mediana estadía

5. PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS : ESQUIZOFRENIA

- Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. Comprometen las funciones que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Se deteriora su capacidad de relación, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas.
- Los avances científicos permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar comportamientos que interfieren en la convivencia, favoreciendo las posibilidades de reinserción social y laboral del paciente y modificando en parte el pronóstico de este trastorno.
- Los tratamientos que integran el uso de psicofármacos, con intervenciones psicosociales, son los que demuestran el mayor nivel de efectividad, que alcanza a 60% de los casos. Las intervenciones de rehabilitación y reinserción forman parte del tratamiento desde su inicio y se confunden con éste.
- Los programas que han demostrado mayor costo efectividad se basan en estrategias comunitarias. Son clínicamente efectivos para el cuidado de personas severamente enfermas, y permiten reducir los costos, aumentando la satisfacción del paciente.
- La activa participación de las familias y de instancias de la comunidad que proporcionan un soporte social, permite una mayor cobertura, un seguimiento más eficaz del paciente y co-responsabilidad en la atención continua de los casos, lo que genera un menor consumo de los recursos de mayor costo dentro del sistema de salud, como son las hospitalizaciones y la atención por especialistas.

ATENCIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO

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

Población mayor de 15 años consultantes en establecimientos de atención primaria, en el sistema público de salud y a médicos no especialistas, en el sistema de libre elección y privado de salud.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

“Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la CIE 10” (OMS, 1996).

- **Prevalencia poblacional**

De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 5 de ellas presentan esquizofrenia

- Demanda estimada para fase aguda : 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años.
- Demanda estimada para seguimiento de pacientes estabilizados: 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años.
- **Prestaciones**

Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Visita de salud mental, Intervención / actividad comunitaria, Visita de salud mental y Consultoría de salud mental.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

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

Población mayor de 15 años que posea un diagnóstico de esquizofrenia.

- **Normativa técnica que regula la intervención:**

Mientras no exista normativa nacional, se propone utilizar como Norma Técnica de consulta la “Guía Técnica de Recomendaciones para el Tratamiento de la esquizofrenia”, la cual ha sido traducida y resumida a partir del Schizophrenia Bulletin (24(1):1-10,1998).

- **Demanda estimada al año**

El 100% de los casos con diagnóstico de esquizofrenia en Atención Primaria o por médicos no especialistas, requerirán intervenciones de Salud del Nivel Especializado.

- **Prestaciones:**

Consultoría/enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica, Psicodiagnóstico, Consulta de salud mental especializada, Psicoterapia individual y familiar, Intervención psicosocial grupal especializada, Día hospitalización diurna, Día cama de hospitalización de corta y mediana estadía, Día cama en hogar protegido, Visita de salud mental e Intervención / actividad comunitaria

6. PERSONAS CON ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

- El abuso y dependencia de alcohol y drogas se asocia con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando una pérdida económica al país superior a los US \$ 3.000 millones.
- Las personas que abusan o dependen de alcohol y drogas generan, en forma encubierta, consultas más frecuentes en atención primaria y servicios de urgencia, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades.
- El tratamiento del abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia, a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, siempre se orienta a alcanzar la abstinencia indefinida. El tratamiento debe incluir el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual), presente en más del 40 % de los casos (trastornos afectivos y ansiosos).
- Para ambos tipos de sustancias, el objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Para tal efecto, existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunas intervenciones psicológicas y farmacológicas, y de programas grupales de autoayuda.
- La participación de familiares y de otras personas de la red de apoyo aumenta la efectividad del tratamiento.
- La provisión de la atención debe focalizarse en el tratamiento temprano, antes de que se produzca el deterioro y mientras se dispone del apoyo del medio laboral o educacional.

ATENCION PRIMARIA

- **Grupo de población a la que está especialmente dirigida**
Adolescentes y adultos jóvenes, especialmente hombres, consultantes en establecimientos de atención primaria y a médicos generales en el sistema de libre elección y privado de salud.
- **Normativa técnica que regula la intervención**
- Guía Metodológica “Normas Técnicas y Programática en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica”, Ministerio de Salud, 1993.
- Guía Metodológica “Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas”, Ministerio de Salud, 1996.
- “Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol”, Ministerio de Salud, 1995.
- **Prevalencia poblacional**
De cada 1.000 personas mayores de 12 años, 150 presentan abuso o dependencia
- **Demanda estimada al año**
De cada 1.000 personas mayores de 12 años, 15 demandarán atención de salud
- **Prestaciones:**
Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Visita de salud mental, Psicoterapia grupal, Intervención / actividad comunitaria y Consultoría de salud mental.

ATENCION ESPECIALIZADA

- **Grupo de población a la que está dirigida**
Personas con dependencia a alcohol y drogas, de un nivel intermedio o severo, complicadas con deterioro biopsicosocial y/o comorbilidad psiquiátrica, y/o resistentes al tratamiento realizado por el equipo de salud general

- **Normativa técnica que regula la intervención:** los mismos documentos descritos para atención primaria.
- **Prevalencia poblacional**
Por cada 1.000 personas mayores de 12 años, 50 de ellas presentan dependencia
- **Demanda estimada al año**
Por cada 1.000 personas mayores de 12 años, 5 de ellas demandarán atención de especialidad
- **Prestaciones:**
Consultoría enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica, Psicodiagnóstico, Psicoterapia individual o grupal, Intervención psicosocial grupal especializada, Consulta psicológica clínica, Intervención / actividad comunitaria, Consulta de salud mental especializada, Visita de salud mental, Día hospitalización diurna Día comunidad terapéutica ambulatoria y Día comunidad terapéutica en internación, Día cama hospitalización de corta estadía.

7. ADULTOS MAYORES AFECTADOS POR ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

- La etiología y patogenia de la demencia es múltiple. En 55% de ellas corresponde a la enfermedad de Alzheimer, un 15% a demencias vasculares y un 13% a causas mixtas.
- La demencia afecta progresivamente las capacidades intelectuales, entre las que se incluye el deterioro de la memoria, el empobrecimiento del juicio y de la conciencia de sí mismo y de la propia situación. Afecta también la vida emocional y afectiva de la persona, con labilidad emocional y/o irritabilidad, apatía, egocentrismo. Todo lo anterior determina una menor capacidad de rendimiento social y laboral en comparación con lo mostrado previamente.
- La pérdida de independencia es progresiva y paralela al deterioro cognitivo, lo que implica la necesidad imperiosa de proteger a los pacientes y asistir a las familias para el cuidado de su familiar, informarlos, disminuir sus niveles de tensión y apoyarlos emocionalmente.
- Existe evidencia de la importancia de detectar muy precozmente los cambios cognitivos y conductuales que indiquen una demencia, con el objeto de orientar a la familia acerca de cómo retrasar el avance de la enfermedad, y evitar los conflictos interpersonales que se producen cuando los síntomas iniciales son mal interpretados por la familia. Se trata de ayudarlos a mantener al paciente activo, estimulado, integrado socialmente.
- Los equipos de atención primaria pueden asumir a la mayoría de las personas con demencia en la comunidad, con el apoyo regular de especialistas en psiquiatría y neurología.

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Grupo de población a la que está dirigida**
Población mayor de 65 años consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud y en el sistema de libre elección y privado de salud.
- **Normativa técnica que regula la intervención**
- “Pautas diagnósticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la CIE 10” (OMS, 1996).
- “Depresión, Demencia e Insomnio” Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Ministerio de Salud, 1999.
- **Prevalencia poblacional**
Por cada 1.000 personas mayores de 65 años, 100 de ellas podrían llegar a presentar la enfermedad.
- **Demanda estimada al año**
Por cada 1.000 beneficiarios mayores de 65 años, se estima demandarán consulta, directa o indirectamente, 50 personas.
- **Prestaciones:**
Consulta médica de salud mental, Consulta de salud mental, Intervención psicosocial grupal, Visita de salud mental, Intervención / actividad comunitaria y Consultoría de salud mental

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Grupo de población a la que está dirigida**
La atención en psiquiatría está dirigida a: agitación, agresividad, o psicosis resistente a tratamiento en la atención primaria, depresión resistente o complicada, conducta suicida, evaluación para ser institucionalizados.
La atención en neurología está dirigida a: evolución muy rápida de la enfermedad, signos

neurológicos focales, signos parkinsonianos y otros signos sospechosos de patología cerebral.

- **Normativa técnica que regula la intervención**

No existe una normativa a nivel nacional. Existen guías clínicas extranjeras como "Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Alzheimer's Disease And Other Dementias Of Late Life". Supplements To The American Journal Of Psychiatry (Volumen 154, N° 5, Mayo 1997).

- **Demanda estimada al año**

El 100% de las personas que demanden atención por demencia requerirán de atención especializada alguna vez durante el curso de la enfermedad. Por cada 1000 beneficiarios mayores de 65 años, se estima que se referirán a psiquiatra o neurólogo 6,25 personas cada año.

- **Prestaciones:**

Consultoría/enlace de salud mental, Consulta psiquiátrica o neurológica, Psicodiagnóstico, Intervención psicosocial grupal especializada, Día hospitalización diurna, Día cama hospitalización de corta estadía y Día cama en hogar protegido.

IV. RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

La red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general, y responder a las necesidades de las personas, en cualquier estado del proceso de salud - enfermedad en que se encuentren. La red debe cuidar que las acciones se desarrollen en un espacio cercano al domicilio y que las personas puedan acceder oportunamente al tipo de servicios que requieren. Deben dar cuenta de las necesidades de la población general, de las personas con alto riesgo de desarrollar enfermedades, de las personas con sufrimiento psíquico y de aquellas con enfermedades mentales que presentan problemas judiciales.

Cada Servicio de Salud, a través de sus Unidades de Salud Mental, debe disponer de un **plan estratégico de desarrollo de la red**, atendiendo a las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas y culturales propias y a partir de los dispositivos de salud disponibles. Deben constituirse **Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria** como centro articulador de la red, a cargo de la población asignada residente en un área geográfica definida. Cada equipo deberá asegurar la cooperación y co-responsabilidad para con los pacientes de las distintas unidades asistenciales y comunitarias y la oportuna transmisión de la información necesaria entre ellas.

El rol de agentes de control social de las **agrupaciones de usuarios y familiares** es fundamental en la red de servicios de salud mental y psiquiatría, así como en su calidad de proveedores de servicios, especialmente en el ámbito de alternativas residenciales, centros diurnos, clubes sociales y grupos de autoayuda.

En la **"Norma Técnica para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría"** se definen los aspectos básicos del desarrollo y funcionamiento de la red, en cuanto a prestaciones, establecimientos, funciones, formas de articulación y soporte organizacional.

DESARROLLO ESTRATEGICO DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA.

Los componentes que han sido priorizados para la etapa inicial de desarrollo de la red, con sus respectivos estándares nacionales de referencia (**E.N.R.**) para la población beneficiaria y que podrán tener una expresión flexible en cada Servicio de Salud, son, por nivel de resolución, los siguientes:

A. NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCION: Barrio – Comuna

Las Actividades del Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Para este nivel se implementarán en Postas Rurales, Consultorios Rurales y Generales Urbanos, Centros de Salud Familiar y Hospitales tipo 3 y 4.

En Especial, la Consultoría de Salud Mental: actividades conjuntas con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria (reuniones clínico - técnicas, atención conjunta de pacientes), al menos de una sesión al mes por establecimiento, para lograr que las actividades del programa de Salud Mental que realiza el equipo de salud general alcancen y mantengan una alta capacidad de resolución.

- 1) **Psicólogos en los Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos:** al menos un psicólogo a jornada completa (44 horas/semana), para realizar actividades del Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y capacitar y asesorar al resto de los técnicos y profesionales del establecimiento
- 2) **Centros de Salud Mental Familiar - COSAM:** deben estar dotados de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria

B. NIVEL SECUNDARIO DE RESOLUCION - Comuna – Provincia

Las actividades del Programa de SM y P de este nivel requieren de:

- 1) **Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria:** conformados por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y monitor, son los coordinadores y articuladores de la red de la población beneficiaria de una área territorial. Realiza labor asistencial directa, capacitación y asesoría a los dispositivos del nivel primario, a la comunidad organizada y establece vínculos intersectoriales. Son los responsables del flujograma de atención del paciente, y de la evaluación y monitoreo sistemático del funcionamiento y estado de la red. Los aspectos más importantes para las actividades de estos equipos, responsables de humanizar las acciones de la red, son la multidisciplinariedad, el trabajo en equipo, la sectorialización, la integralidad de las acciones, la continuidad del cuidado, la articulación con la Atención Primaria, el protagonismo de usuarios y familiares, la relación con otros sectores, el desarrollo profesional continuo y los Incentivos.

E.N.R.: Un equipo, con cargos 44 horas, por cada 40.000 niños, adolescentes, adultos y adultos mayores beneficiarios, inserto en el establecimiento más cercano al lugar de residencia de las personas, tales como Centro Comunitario de Salud Mental Familiar, Consultorio de Referencia en Salud, Centro de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital General tipo 1, 2 y 3, Consultorio Adosado de Especialidades, Hospital Psiquiátrico.

- 2) **Equipos de Psiquiatría de Niños y Adolescentes,** conformados por al menos un psiquiatra infantil y otros profesionales con especialización en niños y adolescentes. La mayoría de los problemas y enfermedades mentales de niños y adolescentes se resuelven en el nivel primario y por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, con el apoyo y recepción de referencias del equipo de psiquiatría de niños y adolescentes.

E.N.R.: 1 psiquiatra infantil por cada 40.000 niños y adolescentes

- 3) **Hospital de Día:** alternativa a la hospitalización cerrada de pacientes que cuentan con red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de la internación.

E.N.R.: 1 plaza por cada 10.000 a 14.000 adultos

- 4) **Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía:** para el manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros Servicios Clínicos.

E.N.R.: 1 cama por cada 5.000 a 7.000 adultos. Todos los Hospitales tipo 1 país deben contar con Servicios de Psiquiatría.

- 5) **Servicio de Urgencia:** los Servicios de Urgencia Generales deben realizar detección de problemas de salud mental, el manejo farmacológico agudo, la intervención en crisis y la derivación. Los Hospitales tipo 1 requieren de al menos 8 horas al día de psiquiatras en su Servicio de Urgencia.

6) **Hogares Protegidos:** flexibles y diversificados según necesidades, tanto para corta estadía (crisis, post internación) como para larga estadía. Recibe los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria.
E.N.R.: 1 plaza por cada 2.083 adultos beneficiarios.

7) **Agrupaciones de Usuarios y Familiares:** deben contar con apoyo técnico y financiero para su desarrollo organizacional, terapéutico y rehabilitatorio: priorizando grupos de autoayuda (alcohol y drogas), clubes sociales, centros de rehabilitación y hogares protegidos para personas con discapacidad psíquica severa.

8) **Comunidades Terapéuticas:** para personas con dependencia severa a alcohol y drogas, con internación 24 horas o tipo hospital de día. Los Servicios de Salud deben disponer de fondos para la compra de servicios a las instituciones que están acreditadas.

C. NIVEL TERCIARIO DE RESOLUCION: Provincia – Región

La articulación entre los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria y los equipos de las distintas sub especialidades del nivel terciario, con el fin de mejorar la resolutiveidad y evitar referencias innecesarias, se logra a través de reuniones clínicas conjuntas y consultorías periódicas del nivel terciario al secundario. Los componentes prioritarios del nivel terciario son los siguientes:

1) **Hospital de Día para Niños y Adolescentes.** Para observación diagnóstica, contención de la conducta y tratamientos intensivos farmacológicos y psicosociales.

E.N.R.: 1 plaza por cada 20.000 a 28.000 niños y adolescentes.

2) **Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para Adolescentes:** entre 10 y 19 años (menores de 10 años son atendidos en hospital de día o en Servicios de Pediatría, con apoyo de psiquiatría de enlace), en los Hospitales Pediátricos o anexos a un Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía.

E.N.R.: 1 cama por cada 10.000 a 14.000 personas entre 10 y 19 años.

3) **Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía:** pacientes resistentes, con patología de alta complejidad, o co-morbilidad que requieren de un período mayor a 2 meses (hasta 12 meses) de hospitalización

E.N.R.: 1 cama por cada 25.000 mayores de 19 años.

4) **Unidad de Adicciones Ambulatoria:** para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica (patología dual) con una red social para apoyo y contención, permanecen 4 a 8 horas diarias, de lunes a viernes, máximo 6 meses.

E.N.R.: 1 plaza por cada 16.000 mayores de 15 años.

5) **Unidad de Adicciones con Hospitalización:** para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica (patología dual) con red social disfuncional, o no susceptibles desintoxicación ambulatoria.

E.N.R.: 1 plaza por cada 50.000 mayores de 15 años.

6) **Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Represión Política 1973-1990 (PRAIS):** Atención ambulatoria orientado a familiares y víctimas, por equipos multidisciplinarios.

E.N.R.: 1 equipo de acogida (al menos 2 profesionales a tiempo parcial) por cada Servicio de Salud y 1 equipo de tratamiento por cada 5.000 a 7.000 beneficiarios.

7) **Unidades de Psiquiatría Forense:** Servicios de Psiquiatría con medidas de protección especial para personas que han cometido delitos graves y que han sido sobreseídos a causa de una enfermedad mental. Al menos con dos niveles: de Mediana Complejidad y

Alta Complejidad, coordinadas con las redes de salud mental y psiquiatría, para facilitar el flujo progresivo de estas personas desde ellas a Servicios de Psiquiatría Generales, Hospitales de Día, Hogares Protegidos, Centros de Rehabilitación, Programas de Seguimiento Ambulatorio y Reinserción Social y Laboral.

E.N.R.: 1 de Alta Complejidad (20 camas) y 3 de Mediana Complejidad (90 camas) para el país.

8) Los cuatro **Hospitales Psiquiátricos** existentes se integran al desarrollo estratégico de esta red, contribuyendo al nivel secundario (Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria) y terciario de resolución (Sub Especialidades). La población actualmente internada en sus servicios de crónicos (1.700 personas) continuará su proceso gradual de externalización, de mejoría de condiciones de vida y expresión de sus derechos.

El funcionamiento de la red de Salud Mental y Psiquiatría para la realización de las actividades del Programa definido en el Plan, requiere de la participación de distintas instancias de gestión de la red de servicios. En cada una de ellas debe asegurarse la participación activa de los usuarios, pacientes y familiares. **El soporte organizacional** en dichas instancias es el siguiente:

- A nivel nacional, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- A nivel regional, los Asesores de Salud Mental de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMD).
- A nivel de cada uno de los Servicios de Salud, las Unidades de Salud Mental.
- En cada Consultorio Urbano, Rural y Centro de Salud Familiar, el Jefe o Coordinador del Programa de Salud Mental.
- En cada Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, el Jefe de Equipo.



V. AGRUPACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES

Uno de los pilares fundamentales del plan es la activa participación de las agrupaciones de usuarios y familiares. En los últimos años, la mayor conciencia de los derechos humanos y el aumento de pacientes severos y/o discapacitados integrados a la comunidad, han favorecido el surgimiento de agrupaciones de usuarios y familiares cuyos objetivos son más amplios que la auto ayuda: defensa de los derechos de los pacientes, movilización social por más y mejores servicios, educación de la comunidad y la organización para proveer servicios.

Las evaluaciones sistemáticas de los grupos de autoayuda recomiendan su incorporación a políticas y planes de salud mental y psiquiatría, ya que favorecen los conocimientos y habilidades, elevan la autoestima, el bienestar y el acceso al apoyo de redes sociales, así como una disminución del número de días de hospitalización y una reducción de la utilización de servicios de salud. También es necesario educar a la población general acerca de la disponibilidad y beneficios de las agrupaciones de auto ayuda y de usuarios e incorporar en la formación de post grado las habilidades para trabajar con estas agrupaciones y realizar acciones de motivación y capacitación dirigidas a personas con capacidades de liderazgo para que conduzcan estos movimientos.

La participación en una agrupación de familiares permite optimizar el logro de metas que, en relación a la familia, sirven de base al tratamiento de una persona con enfermedad mental. Principalmente, establecer, entre el clínico y la familia, una auténtica alianza de trabajo, concordando metas, responsabilidades y expectativas y comprender las situaciones que generan estrés a la familia, así como los recursos de esta que pueden ser fortalecidos para enfrentarlas. Aunque los estudios son escasos, la participación en agrupaciones de familiares ha demostrado estar asociada a un mejor nivel de información, mayores habilidades para enfrentar la vida, reducción de la carga del "cuidador", por el sentimiento de contar con apoyo emocional y una mejor relación con el familiar enfermo, con mayores capacidades para apoyarlo. Los roles más importantes de las organizaciones de usuarios y familiares son, principalmente, en:

- a) La sensibilización de la comunidad, las autoridades, los medios de comunicación, etc. respecto de las enfermedades mentales, su impacto en las familias y la importancia social de aceptar la diversidad.
- b) Definir y dar a conocer sus necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y psicosocial de sus familiares como también a su desarrollo como organizaciones de autoayuda.
- c) Defender los derechos de los pacientes: dignidad y su derecho a ser tratados con respeto y sin discriminación, acceder a servicios médicos de calidad, con información y consentimiento.
- d) Ejercer presión social para generar más y mejores servicios de salud mental y psiquiatría y para acciones intersectoriales que mejoren la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.
- e) Ser una instancia de autoayuda formal e informal para el apoyo emocional, la educación acerca de la enfermedad y su tratamiento y la resolución conjunta y solidaria de problemas comunes.
- f) Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de los discapacitados psíquicos, encarando la estigmatización de manera audaz y propositiva.
- g) Proveer servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para sus familiares con discapacidad psíquica.

Las principales agrupaciones nacionales existente son las siguientes:

- Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados Psíquicos (ANAFADIS)
- Corporación de Beneficiarios del programa PRAIS
- Corporación Alzheimer
- Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT)
- Padres y Amigos de los Autistas (PANAUT)
- Asociación de Padres de Niños con Epilepsia (APADENE)
- Alcohólicos Anónimos (AA)
- Familiares de Alcohólicos Anónimos (AL-ANON)
- Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH)
- Consejo Nacional de Consumidores y Usuarios

VII. FINANCIAMIENTO

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere de un aumento planificado y equilibrado del financiamiento público, (diferenciado y protegido en los presupuestos y mecanismos de traspaso y gestión) y la reorientación de los recursos existentes, así como definir exigencias similares a las Entidades Aseguradoras Privadas de Salud. El Plan Nacional deberá ser, también, un instrumento que atraiga y canalice recursos de otros sectores para acciones intersectoriales y comunitarias de salud mental. Las 7 principales estrategias para el financiamiento del Plan son:

- 1. Aumentar los recursos para salud mental, desde 1,2 actual** (en Norteamérica y Europa oscilan entre el 8% y el 16%) **al 5% del presupuesto total de salud del país** en el curso de los próximos 10 años. Destinar un porcentaje fijo (30%) de los recursos totales para salud mental a acciones de promoción y prevención.
- 2. Asegurar la calidad y cobertura de las acciones**, con procedimientos de traspaso de recursos a los entes gestores basados en el logro de metas claras en plazos definidos y estudiar formas de incentivo al desempeño colectivo que permitan motivar e intencionar las actividades del programa y el desarrollo de la red en las siguientes modalidades:
 - Financiar acciones de promoción y prevención, con un reforzamiento del 20% por persona inscrita en el costeo del per cápita del atención primaria.
 - Incorporar al arancel de facturación del nivel secundario institucional las prestaciones del equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.
 - Incorporar las prestaciones del Programa en el sistema de libre elección FONASA.
 - Regular a ISAPRES y MUTUALES para el financiamiento de las prestaciones del Programa para su población beneficiaria
- 3. Asegurar los recursos humanos necesarios para la realización de las actividades / prestaciones:** nuevos cargos y contratos, reciclaje / capacitación de los existentes, formación de los nuevos recursos humanos, incentivos para los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.
- 4. Crear la infraestructura publica para las redes de servicios de Salud Mental y Psi-**

quiatria, en coordinación y colaboración con el sector privado, incorporando las necesidades a los planes de inversión para el desarrollo de las Redes de Servicios de Salud General, así como reconvertir, arrendar y habilitar los espacios existentes.

5. **Contar con usuarios con capacidad de participación y colaboración en las acciones del plan**, asignando un porcentaje fijo del presupuesto global del plan (1%) a las Organizaciones de Pacientes, de Autoayuda, de Familiares, de Usuarios, de Beneficiarios para el desarrollo organizacional, para actividades de autoayuda y compra de servicios.
6. Asignar recursos a acciones regulares de Comunicación Social para **difusión, sensibilización y educación** con objetivos de promoción, prevención, tratamiento precoz y continuo y reinserción social, laboral y escolar.
7. **Asegurar el Perfeccionamiento Continuo del Plan**, asignando un 1% del presupuesto global a Sistemas de Evaluación y Acreditación, asesoría de expertos e investigación.

El costo anual de las actividades del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, para la población beneficiaria de FONASA ha sido estimado, según el siguiente cuadro resumen, en M\$ 60.768.401 (pesos año 1999), en cuanto a recursos humanos, fármacos y procedimientos de apoyo diagnóstico. Se ha considerado también la atención de urgencia psiquiátrica. Los valores utilizados para este cálculo son los vigentes para FONASA Modalidad Institucional del año 1999.

PRIORIDADES	COSTO TOTAL (en miles de pesos año 1999)
Trastornos Hipercinéticos	1.099.785
Trastornos S. Mental asociados a Violencia	7.557.587
Depresión	4.073.996
Esquizofrenia	13.272.041
Demencias	1.471.770
Dependencia a sustancias	12.594.620
Urgencia Psiquiátrica	1.252.714
Promoción y Prevención	18.230.520
Apoyo a Organizaciones de Usuarios y Familiares	607.684
Evaluación Plan Nacional	607.684
TOTAL	60.768.401

VI. REGULACION

El desarrollo y perfeccionamiento del Plan Nacional requerirá de una nueva legislación (ley de Salud Mental) que asegure y proyecte el resguardo y ejercicio de los derechos de las personas con enfermedades mentales y del acceso de la población general a acciones de promoción, prevención y tratamiento.

El marco normativo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que oriente el desarrollo de la red de servicios y permita para asegurar la calidad y cobertura de sus acciones constituye un apoyo a la acción clínico - administrativa. Se requiere de una amplia difusión y de un liderazgo persuasivo comprometer y masificar su utilización. Existe un conjunto de 27 documentos vinculados al Plan :

- a) Políticas, Plan y Gestión (2)
- b) Trastornos Hiperkinéticos y de la Atención (1)
- c) Trastornos de Salud Mental asociados a Violencia (6)
- d) Depresión (4)
- e) Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas (10)
- f) Trastornos Psiquiátricos Severos : Esquizofrenia (3)
- g) Alzheimer y otras Demencias (1)

Estas y las nuevas regulaciones que se requieran deben ser actualizadas regularmente. Todos los dispositivos de la red, deberán ser autorizados y acreditados (privilegiando la autoacreditación o acreditación entre pares) para asegurar el acceso y para asesorarlos en el mejoramiento permanente de la calidad de la atención y para desarrollo de nuevas modalidades de atención que sean necesarias. Se requerirá de un sistema de registro para monitoreo de la accesibilidad y calidad.

AUTORES Y COLABORADORES

El Equipo Profesional de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud es responsable de la redacción final de este documento:

Alberto Minoletti Scaramelli
Walter Brockering Alacid
Myriam George Lara
Verónica Monreal Alvarez
Alfredo Pemjean Gallardo
María Elena Varela Alamos
Rafael Sepúlveda

Carmen López Stewart
Luis Flores Pizarro
Patricia Jiménez Polti
Patricia Narváez Espinoza
Ximena Rayo Urrutia
Silvia Yermani Valenzuela
Adriana Dreckmann

Las instituciones, organizaciones y establecimientos que entregaron su insustituible aporte:

Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados por Causa Psíquica - ANAFADIS
Corporación Alzheimer
Corporación Metropolitana de Beneficiarios PRAIS
Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas
Padres de Niños Autistas - PANAUT
Alcohólicos Anónimos
Familiares de Alcohólicos Anónimos AL-ANON
Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile URACH
Consejo Nacional de Consumidores y Usuarios
Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos
Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia
Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Sociedad Chilena de Salud Mental
Colegio de Psicólogos de Chile
Colegio Médico de Chile A.G.; Colegio Médico de Chile/ Consejo Regional Santiago
Colegio Terapeutas Ocupacionales de Chile
Colegio de Enfermeras de Chile
Escuelas de Medicina de las Universidades de Chile ; de Los Andes ; de Santiago de Chile
Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile
Escuela de Terapeutas Ocupacionales Universidad de Chile
Escuela Enfermería Universidad de Chile
Comisión de Salud Cámara de Diputados
Comisión de Familia Cámara de Diputados
Asociación de Isapres de Chile A.G.
Instituto Nacional de Geriatria
Comisión Nacional de Psiquiatría Forense
Seremi Salud Región Metropolitana
PRAIS S. Salud Metropolitano Sur; S.S.M. Sur Oriente; S.S.M. Sur; S,S,M, Occidente
COSAM Pudahuel ; Ñuñoa ; Melipilla
CRS Hospital El Pino
Hospitales Psiquiátricos El Peral, Pilliphe Pinel ; Salvador de Valparaíso;
Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak
Consultorios Salvador Bustos, El Bosque, Recreo
Hospitales Barros Luco Troudeau; Félix Bulnes; Luis Calvo Mackenna; José Joaquín Aguirre ; Exequiel
González Cortés; Felix Bulnes
Unidades de Salud Mental de todos los Servicios de Salud del País



Mas de 250 personas que contribuyeron con sus conocimientos, experiencias, propuestas y criticas, sin las cuales este documento no habría sido posible.





**MINISTERIO
DE SALUD**