

II. INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL

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

1. ANTECEDENTES

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

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

general más elevadas, relacionadas con uso de alcohol y drogas, accidentes y violencia”.

- 1.4. La vida de las personas transcurre en entornos con características físicas y relacionales específicas: hogar, escuela, centro de educación superior, lugar de trabajo, barrio, comuna. En ellos se aprenden, se mantienen o modifican los estilos de vida, es decir el modo habitual de hacer frente a las demandas y desafíos de la vida. Las características de estos entornos pueden favorecer o dificultar el desarrollo y el nivel de bienestar psicosocial. Estudios de resiliencia muestran que existen personas que han sido capaces de permanecer “saludables” en medios o entornos adversos, lo que ha permitido identificar y promover factores o condiciones para superar adversidades y estresores. Además, hay evidencia de la relación entre presencia de enfermedad mental, menor escolaridad, estrés laboral y vivienda de mala calidad.
- 1.5. El costo social y económico de las enfermedades recae en todos los sectores del Estado: tanto por la disminución de la productividad del país por discapacidad evitable o muerte prematura, como porque las personas que las sufren y sus familias, requieren mayor cantidad de subsidios sociales y servicios de salud, justicia, vivienda, etc. Estos costos han sido estimados en los estudios de “Carga de la Enfermedad en Chile: Años de Vida Saludables Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad. AVISA” y en el estudio “Costo Económico del Consumo de Alcohol en Chile”, realizados recientemente por el Ministerio de Salud. Pero, en el caso de las enfermedades mentales, existe además, una carga oculta que da cuenta de la sobrecarga emocional de la familias de las personas afectadas, y la mayor tasa de conducta violenta, maltrato intrafamiliar, abuso de alcohol y drogas, suicidio y criminalidad que estas enfermedades generan.
- 1.6. Por otro lado existe creciente conciencia, en los políticos, los planificadores, en las autoridades y en la población misma, de que, en las expectativas y aspiraciones de bienestar individual y colectivo, el peso o importancia de los aspectos psicológicos o mentales es cada vez mayor. Ya no es suficiente tener acceso a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. Las personas aspiran, legítimamente, a una calidad de vida que les permita un mayor grado de bienestar subjetivo, la interrelación armónica con los demás y con el ambiente y el logro de algunas de sus metas personales, familiares o sociales. Cuando una persona sufre una enfermedad mental, ella y su familia aspiran también a recuperar su salud, evitar la discapacidad o alcanzar una nueva forma de inserción social que considere sus limitaciones.
- 1.7. Ya en el año 1986, la 39ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en base a la evidencia acumulada acerca del enorme impacto de las enfermedades mentales en el mundo, resolvió apoyar a los Gobiernos en la realización de acciones intersectoriales para disminuirlas. La Organización Panamericana de la Salud, en 1997, resolvió instar a los Estados miembros a formular y desarrollar Planes Nacionales de Salud Mental.
- 1.8. En la población general coexisten personas y grupos que se encuentran, en un momento dado, en diferentes condiciones respecto a su salud mental: sanas, en

riesgo, con trastornos compensados, no compensados, con discapacidad psíquica, etc. El nivel de salud mental que alcanza cada individuo es resultado de la interacción, en los contextos de vida, de factores protectores y de riesgo. Por consiguiente, **las acciones para mejorarlo y protegerlo, son responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social.**

2. NIVEL DE SALUD MENTAL E INTERSECTORIALIDAD

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

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

El Plan Nacional de Salud Mental es una invitación y un aporte en el esfuerzo de incorporar, como un propósito explícito, la elevación del nivel de bienestar psicosocial de las personas, familias, grupos y comunidades, en el **modelo de desarrollo**, en las **políticas sociales** y en los **valores y principios en que se basa la convivencia ciudadana**, aspectos que son, en última instancia, los determinantes de las acciones de las instituciones públicas y privadas. Con este objetivo, define para el sector salud, un conjunto de acciones específicas a ser realizadas con otros sectores del gobierno y de la sociedad civil. Este Plan del sector salud es un primer paso hacia la construcción de una Política y Plan Intersectorial de Salud Mental para Chile que sea coordinado y conducido por un organismo del Estado con funciones de coordinación entre los Ministerios involucrados y con el resto de la sociedad.

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

Se han realizado también experiencias de coordinación intersectorial en relación al abuso de alcohol y drogas, la salud mental de escolares de enseñanza básica, el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, aspectos legales y policiales de personas con

enfermedades mentales y discapacidad psíquica, con Educación, Justicia, Trabajo, Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Policías (Carabineros e Investigaciones), División de Organizaciones Sociales de la Secretaría General de Gobierno, Comisión Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE Ministerio de Interior), Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), Universidades. En general, en ellas, las acciones han estado dirigidas no sólo a la promoción de la salud sino también a la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas psicosociales o enfermedades mentales.

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

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

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

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

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

- El grado de bienestar subjetivo de las personas, grupos y comunidades, expresado en la autoestima, sexualidad, grupos de referencia y planes futuros.

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

3. AMBITOS Y ESTRATEGIAS INTERSECTORIALES EN SALUD MENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. SALUD MENTAL EN LA EDUCACION PRE ESCOLAR Y ESCOLAR

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

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

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

La experiencia de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud en el apoyo a la creación de Redes de Escuelas Saludables ha

demostrado que la involucración de Educación en ellas es una oportunidad para incorporar también aspectos de salud mental en el ambiente escolar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Iglesias

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

3.2 SALUD MENTAL Y TRABAJO

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

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

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

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

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

Algunas de las líneas de trabajo prioritarias en el ámbito de la salud mental de los trabajadores para Chile son:

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

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

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

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

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

3.3 SALUD MENTAL EN BARRIOS, POBLACIONES Y COMUNAS

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

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

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

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

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

Las redes de apoyo social, así entendidas, podrían desarrollar, en los barrios y comunas, espacios para que se realicen actividades tendientes a la detección y atención oportuna, resolutive y continua de las personas con enfermedad mental y a su reinserción social. Además, la construcción de la organización comunitaria puede fomentar actitudes

protectoras de la salud mental como son la aceptación, respeto e integración de las personas con problemas, trastornos y discapacidad mental.

Algunas de las estrategias prioritarias para las iniciativas comunales son:

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

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

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

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

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

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

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

Policía: Carabineros e Investigaciones.

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

3.4. SALUD MENTAL DE PERSONAS EN CONFLICTO CON LA JUSTICIA

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

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

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

El insuficiente respeto a los derechos humanos de un sector reducido y poco visible socialmente, el de los enfermos mentales sobrepoblados por enfermedad mental que permanecían en las cárceles, ha permitido avanzar en acciones integradas con el sector justicia para comenzar la reflexión sobre los condicionantes negativos y protectores de los sistemas policiales y judiciales sobre la salud mental de los usuarios y de las personas que trabajan en ellos. El primer paso ha sido el diseño y puesta en marcha del **Sistema Nacional de Psiquiatría Forense**, iniciado a fines de 1998, con participación de los Ministerios de Justicia y Salud, los Servicios de Salud, Gendarmería y el Servicio Médico Legal.

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

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

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

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

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

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

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

Congreso Nacional: Cámaras de Diputados y Senadores.

3.5. SALUD MENTAL DE PUEBLOS INDIGENAS

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

algunos pueblos indígenas una frecuencia elevada de abuso y dependencia de alcohol y de intentos de suicidio en el género masculino.

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

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

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

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

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

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

1. Implementar y evaluar experiencias pilotos de programas de salud mental con población indígena viviendo dentro y fuera de comunidades, con participación protagónica de sus agentes de salud y sus organizaciones, y utilizando un enfoque integral que corrija injusticias de tenencia de tierras, acceso a educación, administración de justicia, preservación de cultura y utilización de medios de comunicación.
2. Diseñar e implementar prestaciones de promoción y protección de la salud mental, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con enfermedad mental, que incorporen la cosmovisión del pueblo indígena, su identidad étnica y lenguaje, y su organización social.

3. Favorecer un trabajo articulado entre agentes de salud de la propia cultura indígena con equipos de salud de atención primaria y equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, promoviendo el respeto a las prácticas de salud tradicional.
4. Discriminar positivamente el ingreso a carreras de salud mental de personas de pueblos indígenas.
5. Realizar investigaciones sobre la salud mental de pueblos indígenas que permitan profundizar el conocimiento sobre magnitud de los problemas y consecuencias, la concepción tradicional sobre salud y enfermedad mental, y las respuestas familiares y comunitarias.

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

- **Pueblos Indígenas:** Organizaciones étnicas, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), y otras entidades relacionadas.
- **Salud:** Ministerio de Salud y Secretarías Regionales, Direcciones de los Servicios de Salud, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria, equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.
- **Universidades:** Escuelas de Medicina, Antropología, Psicología, Enfermería, Servicio Social y Terapia Ocupacional.
- **Otros Organismos del Estado:** Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS – Ministerio de Planificación y Cooperación), Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y Comisiones Regionales (CORECES).

3.6. COMUNICACION SOCIAL PARA UNA MEJOR SALUD MENTAL.

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

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

Un objetivo general para elevar el nivel de salud mental de la población es impregnar todos los espacios comunicacionales con información, imágenes, experiencias de vida y un lenguaje que, implícitamente, promueva la aceptación de la diversidad social, de género, cultura, etnia, fomente el conocimiento y respeto de los derechos y responsabilidades, eduque para el reconocimiento de problemas, apoyo inmediato, acceso y utilización adecuada de los servicios, y para desestigmatizar la enfermedad mental y permitir la

reinserción social. Para ello, es necesario políticas comunicacionales públicas y una alianza con los medios privados en torno a estos aspectos.

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

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

Algunas de las estrategias prioritarias para las iniciativas comunicacionales son:

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

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

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

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

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