

# INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD MENTAL: EL CASO CHILENO

Ramón Florenzano Urzúa\*

## Resumen

*Este trabajo presenta información socio-demográfica y epidemiológica en el planeamiento de servicios de salud mental chilena, que se compara con otros países latinoamericanos, en relación a la importancia del rol que este acopio de información ha jugado en el Plan Nacional de Salud Mental de Chile. Dadas las características generales del país (población infanto-juvenil decreciente y aumento en el número de adultos mayores) y un gasto proporcionalmente pequeño en programas de salud mental, este Plan Nacional ha privilegiado la atención ambulatoria, cercana a las comunidades de usuarios. Los datos epidemiológicos ilustran que los trastornos depresivos, ansiosos y por alcohol/abuso de sustancias químicas son los que presentan mayor prevalencia. Esto ha promovido la necesidad de elaborar una formulación de Garantías Explícitas en Salud para la atención de los trastornos depresivos y por adicciones. Por otra parte, se ha cubierto la atención de la Esquizofrenia de primer brote, ya que dada la gravedad del cuadro requiere del diagnóstico precoz para su tratamiento efectivo. Es asimismo importante la medición sistemática del impacto de los tratamientos formulados. Para ello se presentan datos de la aplicación de un instrumento de evaluación de resultados (el OQ 45.2 de Lambert y cols. en su versión adaptada para Chile de De la Parra, Von Bergen y Del Río (2002)) en un servicio de psiquiatría de corta estadía en un hospital público de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Los principales hallazgos de esta aplicación son las importantes tasas de abandono del tratamiento de los consultantes. Por otra parte, aquellos que completan los tratamientos, presentan mejorías significativas, tanto cuando reciben tratamiento psiquiátricos generales como especialmente intervenciones psicoterapéuticas. Se revisa asimismo el recurso material en términos del número de camas psiquiátricas (que son pocas y concentradas en establecimientos especializados) y el recurso humano en salud mental, mostrando que hay mayor cantidad de psicólogos por habitante, seguido por los psiquiatras, con una carencia marcada de neurólogos, enfermeras y trabajadores sociales especializados. Se concluye revisando los avances del Programa Nacional desde su formulación en 1998 hasta la fecha.*

**Palabras claves:** Plan Nacional de Salud Mental de Chile, datos epidemiológicos de salud mental en Chile.

**Key words:** National Mental Health Plan for Chile, epidemiological data on mental health in Chile.

## Introducción

América Latina en conjunto presenta problemas de salud mental complejos y crecientes. En este artículo queremos revisar alguna evidencia de interés para las políticas públicas en salud mental, ilustrándolas con el caso chileno. Nos centraremos en un punto de vista cuantitativo. Para planificar adecuadamente

los servicios de atención pública, deben contestarse varios niveles de preguntas: ¿Cuál es la situación socio-demográfica global del país-región o localidad? ¿Qué incidencia de trastornos emocionales existen en una población dada? ¿Cuál es la efectividad de las intervenciones con las que contamos para modificar esta situación? ¿Cuál es el recurso físico y humano que se requiere para implementar estas intervenciones? Un modo de contestar estas preguntas puede ser ilustrado con el caso chileno, cuyo Plan Nacional de Salud Mental del año 1998 ha llevado a diversos programas que, insertos dentro de una Reforma de Salud global, ha permitido desarrollar servicios públicos de salud mental en la última década. Este artículo

\*Ramón Florenzano Urzúa  
Hospital del Salvador, Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo.  
Av. La Plaza 700, San Carlos de Aquino, Santiago de Chile, Chile.  
E-Mail: rflorenzano@gmail.com  
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 121-129  
© 2008 Fundación AIGLE.

resumirá parte de la evidencia epidemiológica e información de resultados de impacto de intervenciones, para finalizar con el recurso existente en el caso chileno, en comparación a otros países, de acuerdo a información reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005).

### Epidemiología de trastornos psiquiátricos en Chile

Chile, como toda América Latina es un país de transición demográfica rápida, con una disminución de su población joven y crecimiento progresivo de sus ancianos. La tabla 1 muestra cómo junto a Argentina, Uruguay y Cuba es uno de los países envejecidos de la Región, enfrentando al futuro con una población adulta decreciente, que debe alimentar comparativamente a menos niños y más adultos mayores. Su estructura de morbilidad lo coloca en una situación intermedia entre el mundo desarrollado y los países más pobres, con una creciente expectativa de vida, con menor mortalidad por enfermedades infecto contagiosas y con mayor cantidad de enfermedades crónicas del adulto y problemas de salud mental.

El autor de los estudios pioneros en población general, realizados en Chile, fue el Dr. José Horwitz con su equipo, en las décadas de 1950 a 1960, en Santiago Metropolitano. Allí concluyó que la prevalencia general de síndromes psiquiátricos era de un

29% y que la patología moderada a severa era de un 19%; la diferencia entre ambos estaba representada por crisis histeriformes (o crisis de nervios). Los datos de Vicente y cols. (2002), en el principal estudio de epidemiología psiquiátrica realizado en Chile entre 1992 y 1998 y comunicado en 2002 con datos generales para la población general de Chile, encuentra que la mayor prevalencia se conforma por trastornos afectivos, ansiosos, somatoformes y abuso de sustancias. Estos estudios investigaron primero muestras representativas de la provincia de Concepción, para luego compararlas con habitantes de Santiago, Iquique y el resto del país. Resumiremos a continuación algunos de los resultados de este estudio, cuyo objetivo general, fue conocer el estado de la salud mental de la población mayor de quince años, en la provincia de Concepción. Para ello se realizó un procedimiento aleatorio de muestreo en cuatro etapas (sorteando comunas, distritos vecinales, manzanas y viviendas). El instrumento aplicado fue elaborado a partir del CIDI (Composite International Diagnostic Interview) de la Organización Mundial de la Salud, en su versión 1.0, con secciones del DIS (Diagnostic Interview Schedule). La información fue recolectada por entrevistadores que eran estudiantes entrenados de psicología y trabajo social. Se supervisó y auditó el 10% de las encuestas, rechazándose aquellas que presentaban inconsistencias o falencias. Los datos fueron analizados utilizando programas computacionales proporcionados por la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Washington. Se encuestaron así ochocientas personas, que constituían una

**Tabla 1. Características de la población de algunos países sudamericanos**  
(Resumido del Atlas de la Salud Mental, OMS Ginebra 2005)

	Chile	Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	Cuba	Ecuador	México	Perú	Paraguay	Uruguay	Venezuela
Población (millones)	15597	38871	8973	180655	44914	11326	13193	104931	25567	6018	3439	26170
Población bajo 15	27%	27%	38%	28%	31%	19%	32%	32%	33%	38%	24%	32%
Población sobre 60	11%	14%	7%	8%	7%	14%	7%	7%	7%	6%	17%	7%
Porcentaje alfabetizados	96%	97%	93,00%	88%	92%	97%	92%	93%	91%	94%	97%	93%
Porcentaje gasto salud	7%	10%	5,30%	7,60%	6%	7%	5%	6%	5%	8%	11%	7%
Expectativa vida hombres	73,8	70,8	61,8	61,8	67,5	75%	67,9	71,7				71
Expectativa vida mujeres	80	78,1	64,7	64,7	76,3	79,3	73,5	76,9				76,8

muestra representativa de los 483.998 habitantes de más de quince años de la provincia de Concepción.

La tabla 2 muestra la prevalencia de vida de diagnósticos psiquiátricos encontrada en ese estudio. Podemos constatar cómo la prevalencia global de trastorno mental es elevada: más de un tercio de la población presenta un cuadro diagnosticable como psiquiátrico. Los trastornos depresivos y ansiosos tienen prácticamente la misma prevalencia, con predominio de las depresiones mayores y distimias entre los primeros y de las agorafobias entre los segundos. El abuso y dependencia de alcohol, seguido por la de nicotina, son los cuadros más frecuentes en el tercer grupo investigado. Los trastornos por estrés post traumático, y los de deterioro psico-orgánico, son también especialmente frecuentes.

**Tabla 2 . Prevalencia de vida de algunos diagnósticos psiquiátricos según el estudio chileno de trastornos psiquiátricos. Criterios DSM III R. (Modificado por Vicente y cols., 2002)**

TRASTORNO	PORCENTAJE
Cualquier Trastorno CIDI / DIS	36
Trastornos Afectivos	15
Depresión mayor	9
Trastorno bipolar	2,2
Distimia	8
Trastornos Ansiosos/Somatomorfos	16,2
Pánico sin agorafobia	1,6
Ansiedad Generalizada	2,6
Agorafobia	11,1
Estrés Postraumático	4,4
Abuso/Dependencia de Sustancias Psicoactivas y Alcohol	14,4
Dependencia al alcohol	6,4
Abuso de alcohol	3,6
Abuso de marihuana	0,9
Dependencia a drogas	2,6
Dependencia a nicotina	3,9
Trastornos Esquizofrénicos	1,8
Esquizofrenia	0,9
Trastornos esquizomorfos	0,9
Personalidad Antisocial	1,6
Somatización	3,5
Deterioro Psico-Orgánico Severo	3,7

Distintos estudios de distribución de la morbilidad en consultorios de medicina interna o general, muestran que entre un tercio y un quinto de los pacientes atendidos, presentan una neurosis o cuadro "funcional". También un número apreciable de los enfermos hospitalizados en servicios médicos o quirúrgicos presentan síntomas psicológicos. Florenzano y cols. (2005) encontraron que un 25% de los hombres hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital del Salvador de Santiago eran bebedores excesivos o alcohólicos (porcentaje que subía al 55% de los tuberculosos hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica). En el mismo Servicio de Medicina se encontró un 30% de síndromes depresivos de considerable magnitud.

#### *Evaluación de resultados de servicios de salud*

La última década se ha caracterizado por el interés creciente en documentar cuantitativamente la evidencia de los resultados terapéuticos, y poner a disposición de los clínicos en su ejercicio diario esta información en el movimiento denominado Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Uno de los elementos claves de la MBE es el requerimiento de que sus resultados sean evaluados. La investigación al respecto, como lo señalan Barkhan y Mellor-Clark (2000), ha pasado por varias etapas: desde la eficacia, pasando por el control de calidad hasta la efectividad, el tema de hoy en día.

Se han diseñado diversos sistemas amplios, entre cuyos ejemplos podemos citar el CORE (Clinical Outcomes in Routine Practice) que consiste en un cuestionario de 44 ítems que pide información sobre bienestar subjetivo (4), síntomas (12), nivel de adaptación (12), además de 6 ítems adicionales sobre el riesgo hacia sí mismo o hacia los demás. Este cuestionario ha sido aplicado en múltiples unidades del NHS inglés.

Otro instrumento ampliamente difundido es el Outcome Questionnaire (OQ 45.2) que ha sido utilizado por nosotros a partir del cuestionario diseñado por Lambert y cols. (2004), validado en Chile por De la Parra, Von Bergen y Del Río (2000). Hemos usado esta escala en la red de servicios de salud mental del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y en especial en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS), un hospital general público en Santiago de Chile y en sus unidades de tratamiento (Calderon y cols., 2007; Correa y cols., 2006; Florenzano, 1984; Florenzano y cols., 2005).

El Outcome Questionnaire (Lambert y cols., 2004) es un instrumento breve, cuyas 45 preguntas se aplican en 5 a 10 minutos, que mide cambio entre una y otra aplicación, constituyendo además una medida de criterio para clasificar al paciente en categorías de resultados (mejoría, no cambio o deterioro) después de una terapia. Se diseñó para evaluar cuatro categorías de funcionamiento: síntomas de alteración emocional (especialmente depresión, ansiedad y somatización), relaciones interpersonales y desempeño de rol social, así como calidad de vida (aspectos positivos y satisfacción vital). Su análisis factorial confirmó la presencia de las tres primeras sub-escalas, pero también encontró un factor general de salud mental determinado por el puntaje global (Mueller, Lambert, y Burlingame, 1996). En definitiva, sus autores han acopiado información que muestra que este instrumento permite medir el cambio terapéutico (en contraste con los procedimientos habituales que subrayan el valor del diagnóstico para la planificación del tratamiento). Los estudios muestran que el cambio se produce en forma diversa: los síntomas y el rol social mejoran antes que las relaciones interpersonales. La consistencia interna del OQ 45 en múltiples estudios es consistentemente alta ( $\alpha=.93$ ) y la confiabilidad test-retest típicamente encuentra valores de .84. Su validez concurrente ha sido demostrada con otras escalas como la SSCL 90 de Hopkins, el inventario de depresión de Beck, y en una variedad de países (México, Chile, Puerto Rico, Alemania, Holanda e Italia). Los Puntajes de Corte (PC) establecidos para la población chilena, es decir aquellos que diferencian una población funcional de una disfuncional, tanto para la escala total como para cada una de sus subescalas, se puede ver en la tabla 3.

**Tabla 3 . Puntajes de corte en la adaptación chilena del Outcome Questionnaire (OQ 45.2), modificado por Von Bergen y De la Parra**

OQ Total:	73
Área de Sintomatología:	43
Área de Relaciones Interpersonales:	16
Área de Rol Social:	14

El Índice de Cambio Confiable (ICC), se refiere a la diferencia entre el puntaje inicial y final que indica que el cambio terapéutico es significativo (al exceder el error muestral de medición) tanto para el Cuestionario Global como para cada una de sus áreas (Tabla 4).

**Tabla 4. Puntajes de Índice de Cambio Confiable (ICC) en la adaptación chilena del Outcome Questionnaire (OQ 45.2), modificado por Von Bergen y De la Parra**

OQ Total:	17
Área de Sintomatología:	12
Área de Relaciones Interpersonales:	9
Área de Rol Social:	8

*Evaluación de resultados de psicoterapia: los estudios del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador*

El Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS) es la unidad terciaria de derivación y hospitalización para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que atiende una población de alrededor de un millón de beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Sus pacientes llegan o bien desde la red de atención primaria y secundaria (conformados por Centros Comunitarios de Salud Mental o Centros Comunitarios de Salud Familiar) o bien desde otros servicios clínicos del hospital general (dentro de los cuales un porcentaje importante vienen del Servicio de Urgencia). El SPHDS da más de 36.000 atenciones anuales, hospitalizando un promedio de 400 pacientes anuales e ingresando más de 2.000 casos nuevos por año a través de su unidad de triage. Cuenta con un hospital diurno, y su consultorio adosado tiene una variedad de unidades de tratamientos especializados (intervención en crisis, trastornos afectivos, trastornos ansiosos, farmacodependencias, terapia cognitivo conductual, y trastornos de personalidad).

En este trabajo, administramos sistemáticamente el OQ 45.2 de Lambert a pacientes consultantes en un servicio clínico de psiquiatría en un hospital general, en tres oportunidades, para determinar tasas de atrición o abandono y luego variación en los promedios y DS de los puntajes globales del cuestionario. Medimos los porcentajes de permanencia en tratamiento y de atrición o abandono de mediciones, y analizamos el total de ingresos a las dos unidades mayores del Servicio (Consultorio Adosado e Internación) así como a sus unidades especializadas, determinándose el total de los que recibieron una medición inicial ( $M_1$ ) al ingresar al SPHDS. Como se puede ver en la Tabla 5, que contrasta el total de consultantes por el lapso de medición, con el número de aplicaciones de la primera medición ( $M_1$ ), entre el 49,6% y el 96,8% fueron medidos inicialmente, destacándose por sus altos niveles de medición inicial las unidades cognitivas

**Tabla 5. Número de pacientes ingresados a las unidades asistenciales del SPHDS y porcentajes de aplicación de primera medición del OQ 45.2 (M1), Santiago de Chile, 2004-2007**

	Ingresos	Mediciones	% Medición
Consultorio Adosado (Triage)	8100	4843	59,8
Internación	390	236	60,5
Hospital Día	140	110	78,6
Unidad Trastorno Afectivos (UTA)	300	218	72,7
Unidad Trastornos Personalidad (UTDP)	270	134	49,6
Unidad Intervención en Crisis (UIC)	140	133	95,0
Unidad Trastornos Ansiosos y Cognitivo Conductual (UCC)	95	92	96,8
Unidad Farmacodependencias (UFD)	790	483	

conductual, de intervención en crisis; los menores niveles se encontraron en las unidades de trastornos de personalidad y en el consultorio adosado global, medido desde su unidad de ingresos (Triage).

(22,9%), y a los que se mantenían en tratamiento más de 60 días después de su ingreso, en los casos ambulatorios (7%).

Recibieron mediciones estando ya en terapia, como se puede ver en la Tabla 6, (M2) un porcentaje menor de casos, variando entre el 73,3% de la Unidad de Internación, al 16,6% de los ingresados al Consultorio Adosado general a través de triage de enfermería. Estos porcentajes disminuyeron aún más en la tercera medición (M3), que corresponden al control post-alta en el caso de los pacientes hospitalizados

Al analizar las variaciones promedio de los puntajes en el OQ 45.2 (Tabla 7), se puede constatar que en la gran mayoría de las unidades estos disminuyeron ya en la segunda medición, y aún más en la tercera. Estas positivas variaciones se confirman al contrastar los índices de cambio confiable, cuyos mayores cambios fueron para los pacientes hospitalizados (ICC M2 39,2 e ICC M3 29,6) y menores para los pacientes de Hospital Día (ICC M2 9,8 e ICC M3 11,7).

**Tabla 6. Porcentajes de atrición en mediciones M2 y M3, pacientes vistos en Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador**

	Total M1	% M2	% M3
Consultorio Adosado (Triage)	4843	16,6	7
Internación	236	73,3	22,9
Hospital Día	110	67,3	20,9
Unidad Trastorno Afectivos (UTA)	218	43,6	15,6
Unidad Trastornos Personalidad (UTDP)	134	22,4	5,2
Unidad Intervención en Crisis (UIC)	133	36,1	13,5
Unidad Trastornos Ansiosos y Cognitivo Conductual (UCC)	92	27,2	10,9
Unidad Farmacodependencias (UFD)	483	104	36

**Tabla 7. Variaciones promedio en Unidades de tratamiento SPHDS, 2003 a 2007**

Unidad	Media M1	Media M2	Media M3	ICC M1 M2	ICC M1 M3
M1 Triage (n=4843)	91,5	77,84	71,93	13,7	19,6
M1 Internación (n=236)	107,58	68,35	77,94	39,2	29,6
M1 Hospital Día (n=110)	85,83	76,03	74,17	9,8	11,7
M1 Unidad Crisis (n=133)	97,85	83,31	62,67	14,5	35,2
M1 UTA (n=435)	96,8	85,5	80,5	11,3	16,5
M1 TDP (n=134)	103,65	94,37	83,43	9,3	20,2
M1 UTAC (n=92)	95,83	82,2	62,1	13,6	33,7
M1 UFD (n=483)	90,88	81,12	67,25	9,76	23,12

El principal problema para interpretar los resultados anteriores es el elevado porcentaje de pérdida y abandono experimentados durante el seguimiento de los pacientes en este estudio naturalístico. Esta alta atrición, por otra parte, es un elemento que debe tomarse en cuenta, ya que parece ser una constante en los servicios públicos de salud mental: el promedio de atenciones ambulatorias en casos tratados en el nivel especializado está entre dos y tres. Olivos (2007) ha documentado el mismo hecho en su práctica privada en Santiago de Chile: el promedio de atenciones de sus 5.000 casos reportados en un seguimiento de treinta años es de 3,5 atenciones. Nuestros resultados por otra parte no están en varianza con lo reportado por la literatura internacional (Wiersbicki y Pekarik, 1993) ni chilena: el número promedio de atenciones por paciente nuevo en Chile, en los consultorios psiquiátricos adosados a hospitales generales (como el del SPHDS) es de 4,5, mientras que en las consultas privadas es de 3,1 (WHO. MINSAL, 2006).

Tomando en cuenta lo anterior, es interesante constatar que, por lo menos dentro de los casos con tres mediciones, los tratamientos producen mejoría en todas las unidades estudiadas, y que las variaciones alcanzan índices de cambio confiable ya en la segunda medición (M2) en los pacientes hospitalizados, y en la tercera (M3) en Triage, en Intervención en Crisis, en Trastornos Afectivos, en Trastornos de Personalidad, en Trastornos Ansiosos con tratamien-

to cognitivo conductual, y en Farmacodependencias. Estos resultados son alentadores, ya que se trata de pacientes que en muchos casos son vistos como de difícil recuperación. Los mayores cambios se encuentran en las Unidades de Crisis y Cognitivo Conductual, avalando los resultados de la literatura respectiva: en el primer caso, muchos de los pacientes presentan trastornos de estrés agudo, o sea son cuadros de reciente data, y en el segundo, las intervenciones cognitivas conductuales son las que más se prestan a mediciones del plazo aquí reportado. El menor cambio en M3 se encuentra en el Hospital de día, que ve pacientes con discapacidad psíquica crónica.

### Recursos físicos y humanos para enfrentar problemas de salud mental

Un último elemento a considerar es con cuántos recursos contamos para enfrentar la elevada demanda de atención por problemas emocionales antes descrita. La tabla 8 muestra cómo hay una variabilidad importante en la inversión en recursos físicos y humanos al comparar entre los países de la Región. La tabla 9 subraya las características de la misma variabilidad del recurso humano: en el caso chileno, se caracteriza por una cantidad importante de psicólogos, una carencia de enfermeras y de asistentes sociales, así como de neurólogos. Los psiquiatras se encuentran en una posición intermedia.

**Tabla 8 . Número de camas por mil habitantes, para enfermos mentales en hospitales psiquiátricos y hospitales generales. Características de la población de algunos países sudamericanos (Resumido del Atlas de la Salud Mental, OMS Ginebra 2005)**

	Chile	Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	Cuba	Ecuador	México	Paraguay	Uruguay
Camas Hospitales Psiquiátricos	1	5,4	0,5	2,4	0,5	5,7	1,5	0,5	0,6	4,8
Camas Psiquiátricas Hospitales Generales	0,3	0,6	0,04	0,1	Sin info	1,5	0,2	0,1	0,1	0,6

**Tabla 9 . Número de profesionales de salud mental por 100.000 habitantes en algunos países sudamericanos (Resumido del Atlas de la Salud Mental, OMS Ginebra 2005)**

Profesionales por 100.000	Chile	Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	Cuba	Ecuador	México	Perú	Paraguay	Uruguay
Psiquiatras	4	13	1	5	2	10	2	3	2	1	5
Neurólogos	0,8	1,6	0,5	sin info	sin info	sin info	sin info	1,2	sin info	0,3	Sin info
Psicólogos	15,7	10,6	5	31,8	sin info	9	29	29	4	sin info	15,1
A. Sociales	1,5	11	sin info	sin info	sin info	12	0,04	0,2	1	sin info	sin info
Enfermeras	1,1	sin info	sin info	sin info	sin info	sin info	0,5	sin info	6	0,1	0,9

## CONCLUSIONES

Los datos (chilenos) aquí presentados ilustran, sean comparativos con otros países de América Latina, sea con datos locales, la importancia de la epidemiología como una herramienta metodológica para planear los servicios de salud. Una aproximación sistemática va desde los datos macrosociales, tales como tamaño de la población, distribución etaria e indicadores de calidad de vida, pasando por la frecuencia de los trastornos emocionales, y por los resultados con respecto a la efectividad de los tratamientos posibles de implementar, hasta la determinación de los recursos de los cuales se dispone, sean materiales o humanos. El Atlas de Salud Mental de la OMS, con datos de los países en desarrollo del sistema de Naciones Unidas, que ha sido utilizado como base de información para los datos acá presentados, es una herramienta útil para analizar la situación de diversos países. Es necesario poder desarrollar estudios interpaíses con metodologías homogéneas, especialmente en el área de la epidemiología psiquiátrica.

Con la información previa, se ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental, inicialmente en 1998 y con una reformulación al año 2002. Su propósito final es el desarrollo humano, planteándose que las personas deben tener acceso universal (geográfica, económica y social) a las prestaciones de psiquiatría y salud mental, incluyendo a los grupos minoritarios o discriminados. El plan se caracteriza porque:

- Involucra activamente al paciente y sus familias en una relación informada e interactiva con los equipos profesionales.
- Reconoce las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las personas como los focos de las acciones del programa.
- Propone proporcionar atención continua y oportuna, de alta calidad técnica y humana.
- La atención es continua en el tiempo y a lo largo del ciclo vital, incorporando una dimensión familiar, dada por los mismos profesionales o equipos
- Utiliza enfoques comunitarios, privilegiando la atención ambulatoria y promoviendo la participación de los grupos de usuarios y sus familiares organizados.
- Las intervenciones se actualizan de acuerdo con la salud mental basada en la evidencia.
- Es consciente del costo-efectividad y el costo-eficacia de cada acción.
- Los usuarios y los equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones.

- El soporte organizativo está dado por una articulación en Red que es responsable de una población y de un sector geográfico definidos, cuyo eje es el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio.

- Los dispositivos de esta red son formados por equipos multidisciplinarios.

- Integra las acciones de los servicios públicos, de las organizaciones de usuarios y familiares, de organizaciones no gubernamentales y de grupos privados.

- Las actividades se monitorean permanentemente.

Las estrategias para la implementación del plan incluyen:

- Desarrollar intersectorialmente acciones de promoción de la salud mental que se hayan demostrado efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia o encuentro y que utilicen técnicas modernas de comunicación social.

- Desarrollar intervenciones que hayan demostrado el mejor costo-efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental.

- Incentivar mediante apoyo logístico y financiero a las organizaciones de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de auto-ayuda, y facilitarles el control social de la calidad de la atención profesional.

- Privilegiar las prestaciones preventivas y los tratamientos proporcionados por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservando los recursos profesionales complejos para la asesoría al nivel primario y para el tratamiento de los casos complejos.

- Restringir la hospitalización a los casos más complejos y a los casos donde el manejo comunitario no sea factible por razones individuales o familiares.

- Evaluar en forma sistemática las actividades de la Red en cuanto a satisfacción de usuarios y prestadores, y de indicadores tales como el nivel de información y comprensión que tiene el usuario acerca de su tratamiento, tiempos de espera, de traslado, continuidad de la atención y sistemas de vigilancia epidemiológica.

Desde el lanzamiento de este Plan, se ha implementado progresivamente la ampliación de las Redes de Salud Mental mediante la formación de equipos multidisciplinarios en los diversos niveles de atención, aumentando el número de servicios de psiquiatría en hospitales generales, de hospitales de día y de otras instancias cercanas a la comunidad.

Asimismo, se ha incorporado a la Reforma de la Salud prestaciones de salud mental, tales como:

- Primer Episodio de Esquizofrenia (2005)
- Depresión (2006)
- Consumo Perjudicial y Consumo de Alcohol y Drogas en Menores de 20 años (2007)

Las Guías Clínicas para cada una de estas condiciones contienen algoritmos y normas para los diversos niveles de atención, así como existen normas adicionales publicadas para las intervenciones específicas, por ejemplo psicoterapia grupal para el Tratamiento de la Depresión, Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora, para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia, etc. Dichas normas se encuentran disponibles en la página web del Ministerio de Salud ([www.minsal.gov.cl](http://www.minsal.gov.cl)).

Entre los problemas que enfrenta la implementación de este Plan Nacional, se encuentra el bajo porcentaje del presupuesto de salud que se invierte en Salud Mental: sólo el 2,14%. Si bien esto es un aumento significativo sobre el 1,2% que se gastaba en 1999, es difícil pensar que se llegará a la meta del 5% propuesto para el año 2010. Del total del gasto, un tercio es asignado a los hospitales psiquiátricos, que como se pudo observar en la tabla 8, concentran todavía la mayoría de las camas de salud mental en Chile.

Los servicios de salud mental han sido re-organizados en una red de salud mental territorial, existente en cada uno de los 29 servicios de salud chilenos. Esto preferencia la atención ambulatoria cercana al lugar de residencia de los usuarios. En el 2004 (13) se contaba con 472 centros de atención primaria de salud con servicio de psicología (un psicólogo a cargo); 38 centros comunitarios de salud mental; 58 unidades de psiquiatría ambulatoria; 40 hospitales de día; 18 Servicios de Psiquiatría de corta estadía en hospitales generales; 25 Centros Diurnos y 96 Hogares y Residencias protegidas. Esta red reemplaza el rol tradicional de los establecimientos asilares que albergaban pacientes mentales crónicos. La mayoría de los casos son tratados en forma ambulatoria, con una tasa de 1272 personas por 100.000 habitantes, comparado con 67 por 100.000 habitantes que son hospitalizados en servicios de psiquiatría de hospitales generales y 33 por 100.000 hospitalizados en hospitales psiquiátricos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance: The role of practice-based evidence in the psychological therapies. En N. Rowland y S. Goss (Eds). *Evidence-based Counselling and Psychological Therapies*. Londres: Routledge.
- Calderon, A., Florenzano, R., Toloza, P., Zuñiga y C., Vaccarezza, A. (2007). Evaluation of the treatment of patients with severe depression, in a psychiatric service in a public hospital in Santiago, Chile. *World J. Biol. Psych*, 8, 1, 104-105.
- Correa, J., Florenzano, R., Rojas, P., Labra, J. F., Del Río, V., y Pasten, J. A. (2006). El uso del Cuestionario OQ 45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*, 44, (4), 258-262.
- De la Parra, G., Von Bergen, A., y Del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, 40, 3, 201-209.
- Florenzano, R. (1984). Evaluación de Métodos de Tratamiento del Alcoholismo: Consideraciones Metodológicas. *Cuadernos Médico-Sociales*, 14, 49-55.
- Florenzano, R., Perales, P., González, I., Artero, M., Del Río, V., y Mandujano, I. (2005). Evaluación de la Eficacia del Tratamiento Ambulatorio en la Unidad de Triage del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. *Psiquiatría y Salud Mental*, 22 (1-2), 43-52.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C. y cols. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Mueller, R. M., Lambert, M. J., y Burlingame, G. M. (1996). Construct validity of the Outcome Questionnaire: A confirmatory factor analysis. *J. Personality Assessment*, 70, 248-262.
- Olivos, P. (2007). *30 Años de Consulta Psiquiátrica: Análisis de un Registro de Casos*. Presentado en el 9º Congreso Chileno de Psicoterapia, Reñaca, Chile, Agosto 2007.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *World Mental Health Atlas*. Ginebra: Autor.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio Chileno de prevalencia de patología Psiquiátrica. *Rev Med Chile*, 130, 527-536.
- Wiersbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.



WHO. MINSAL (2006). Sistema de Salud Mental en Chile: Informe WHO. AISM. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

**Abstract:** This paper reviews socio-demographic and epidemiological contributions to the planning of mental health services in Chile, as compared to other Latin American countries, and highlights the role that intelligence gathering has played in the National Mental Health Plan in Chile. Given the general characteristics of the country (descending birth rates and an ageing adult population) and a relatively low budget for mental health programs, the National Plan has concentrated on community out-patient care. Epidemiological data show that depressive disorders, anxiety and alcohol / chemical abuse are the most prevalent. This has led to the development of Explicit Guarantees in health care for depressive disorders and addictions. Moreover, this includes the first stages of schizophrenia, a serious mental disturbance that requires early diagnosis for treatment to be effective. It is also important to measure the impact of these treatments systematically. Accordingly, the results obtained by using an assessment tool (Lambert et al.'s OQ 45.2 as adapted for Chile by Von Bergen and De la Parra) in a psychiatric short stay in a public hospital of the Metropolitan Region of Santiago de Chile are analyzed. The main findings of this application are high drop-out rates during treatment by consultants. However, those who complete their treatment show significant improvements after receiving general psychiatric treatment and especially after psychotherapeutic interventions. This article also examines material resources (in terms of the number of psychiatric beds, which are few and concentrated in specialized establishments) and human resources in mental health. Professional psychologists are shown to be the largest group, followed by psychiatrists, with a noticeable lack of neurologists, nurses and specialized social workers. It concludes by reviewing the progress to date of the National Program since it was formulated in 1998.