

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Fall 2019

### Salud mental comunitaria: Implementación en Chile actual

Emma Baker

*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Community Psychology Commons](#), [Health Communication Commons](#), [Health Policy Commons](#), [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Mental and Social Health Commons](#), [Multicultural Psychology Commons](#), [Politics and Social Change Commons](#), and the [Social and Cultural Anthropology Commons](#)

---

#### Recommended Citation

Baker, Emma, "Salud mental comunitaria: Implementación en Chile actual" (2019). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3244.

[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3244](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3244)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

# Salud mental comunitaria: Implementación en Chile actual

---

Emma Baker

SIT Chile: Identidad Cultural, Justicia Social y Desarrollo Comunitario

Fall 2019

Miriam Rojo, Consejera Académica

Evelyn Encalada Grez, Directora Académica

## **ABSTRACT**

This study explores how familiar community mental health organizations in Valparaíso follow an established model of community mental health, derived from a variety of essays, books, and reports on the topic. Additionally, it serves to present the effect of this relationship on the contemporary social revolution in Chile. The present social and political unrest, manifesting itself in massive protests throughout the country, presents a unique moment in which these themes can be examined. Additionally, Chile encounters high rates of psychological disorders among its population, a lack of protection for the mental health of children and adolescents, and a lack of research about daily mental health support for Chileans, which emphasizes the relevance of investigating to what extent mental health resources and those for families, specifically, adhere to the model. The community mental health model accumulated from a variety of sources outlines several characteristics as goals for community mental health in Chile: a biopsychosocial approach, a focus on prevention, an emphasis on the rights of users as patients and as community members, and respect for diversity. However, currently, no extensive research has not been carried out to determine whether or not this model is implemented, and the research that is available suggests that it is not.

Thus, through a qualitative and exploratory research design using conversations with mental health professionals, a variety of literary sources, and observation, these themes are investigated. Via this methodology, a series of findings are presented regarding interviewees' perception of the ideal model of community mental health, its implementation, and how this relationship affects the current social movement in Chile. The results suggest that, in Valparaíso, community mental health organizations tend to have a clinical, rather than societal, focus and often prioritize mercantilism over users' rights and the acceptance and accommodation of diversity. Additionally, the system operates within municipalities, and therefore, organizations vary greatly in the resources they have to offer. It can be concluded that the definition provided by interviewees in this study corresponds with the established definition of community mental health and does not correspond with its implementation. Additionally, this theme is present in the current social revolution in Chile, though the movement is much broader and rooted in a rich socio-historical context which cannot be neglected.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>8</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>14</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>16</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>27</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero empezar con decir gracias a los personales de SIT Chile: Identidad Cultural, Justicia Social y Desarrollo Comunitario. A Evelyn y Choqui, muchas gracias por sus consejos durante la formulación de mis ideas para esta investigación y por ofrecer Casa SIT como lugar seguro y amable para trabajar cada día durante el período de ISP. A Karina, Vania y Guille, también gracias por asegurar que tendríamos un sitio para desarrollar nuestros proyectos y para contribuir a introducirnos a la cultura rica y fascinante de Chile. Además, estoy agradecida por el apoyo de mi consejera, Miriam Rojas. Muchas gracias por introducirme a recursos y profesionales sumamente valorables en investigar este tema. Estoy también agradecida por la oportunidad de asistir y participar en dos cabildos durante este momento histórico de Chile. Finalmente, muchas gracias a Diego Rivera del Centro de Estudios Interdisciplinarios en Teoría Social y Subjetividad de la Universidad de Valparaíso y Cecilia Olivares de PRAIS por ofrecer su tiempo y conocimiento a este proyecto a través de entrevistas.

## INTRODUCCIÓN

A través de una variedad de ensayos, publicaciones del estado de Chile, y artículos, se desarrolla una definición clara de “la salud mental comunitaria”. Sin embargo, hoy en día en Chile, hay un gran movimiento social, y con esta investigación, se intenta indagar cuál papel tiene esta definición de la salud mental comunitaria dentro del ambiente político actual en el país. Específicamente, se fija en la diferencia entre este modelo y su implementación y cuál efecto ha tenido esta relación en el movimiento. En pocas palabras, se explora cómo lo que debe hacer la salud comunitaria compara con lo que pasa en realidad y cómo esta diferencia ha influido el movimiento político en Chile.

Para empezar, ya existe una base de información que se trata de esta dicha diferencia entre el modelo y las prácticas de la salud mental comunitaria. Sin embargo, hoy en día, Chile se encuentra en una posición especial. La gente chilena se enfrentó con un aumento grande de los precios del transporte público. Desde ese día, la gente ha protestado por varias circunstancias sociales que han resultado de la constitución de la dictadura de Augusto Pinochet que todavía se usa en Chile. En las siete semanas anteriores, la gente chilena ha tenido un papel enorme en manifestarse contra los abusos de derechos humanos en el país. Entonces, es crucial ampliar esta base de conocimiento en el contexto de la revolución actual.

En general, el tema de recursos de salud mental en Chile tiene mucha importancia porque hay una tasa bastante alta de trastornos psicológicos en el país. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Salud, en Chile, la tasa de depresión es de 6,2%, lo que supera la tasa internacional en unos dos puntos porcentuales aproximadamente (González, Larrondo, & Alvarado, 2019). Además, según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de suicidio en Chile también supera la tasa internacional, lo que llama la atención porque el suicidio es una de las causas más comunes de muerte en el mundo (González et al., 2019).

A través de los temas presentados en el cabildo abierto, Salud Primaria y Nueva Constitución, se establecen los puntos problemáticos de la implementación del sistema de la salud en general y su impacto en la sociedad actual en Chile. Según la constitución de Chile, la gente chilena tiene el derecho a la protección de la salud, y

también, según el modelo establecido de salud mental comunitaria, es un derecho. Sin embargo, en la ley del país, no se implementa este mismo compromiso. Existe una gran falta de fondos al sistema de la salud. Por ejemplo, solamente 7,0% del producto interno bruto de Chile es dirigido a los servicios de salud, y sólo 2,14% se asigna a la salud mental, lo que enfatiza que la salud mental no sea prioridad del Estado (Gilliatt, 2014). En 2016, el Proyecto de Ley de Salud Mental se presentó al parlamento chileno (González et al., 2019). Sin embargo, este proyecto de ley todavía falta la designación de fondos a estos servicios y apoyo general para empoderar a los profesionales de la salud mental, robando aún más a los chilenos de los servicios de alta calidad de salud mental, aunque muchos chilenos están viviendo con trastornos psicológicos.

Se dice que todo es mercado en Chile, pero dentro del sistema de la salud y las farmacias, con el mercantilismo, se puede naturalizar la inequidad en vez de considerar la salud como elemento básico o derecho universal. Dentro del sistema, las organizaciones privadas reciben muchos fondos en detrimento de las organizaciones públicas. Además, existen municipalidades que tienen autonomía fuera de la autoridad del estado, y esta descentralización disminuye la responsabilidad entre las organizaciones comunitarias. Además, sólo algunos programas de salud mental reciben fondos especiales, y resto reciben fondos de la municipalidad para el programa de salud en general, lo que causa la concentración del psicólogo en actividades intramuros en unas organizaciones (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007).

Además, hay una falta específica de protección de la salud mental de los niños y adolescentes en el país (González et al., 2019). En la ciudad de Arica, por ejemplo, según a Marcelo Segovia del Consultorio Iris Veliz, hay “una falta en el área del tratamiento para los niños” aunque El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría sugiere que hayan “Equipos de Psiquiatría de Niños y Adolescentes” y un psiquiatra infantil para cada 40.000 niños y adolescentes (Oertel, 2008, p. 16). Estos hechos indican la necesidad de investigar la implementación del modelo de la salud mental comunitaria para las familias, específicamente. La falta de conocimiento sobre los niños y adolescentes chilenos y sobre la protección de su salud mental, en combinación con el hecho que existe una falta de recursos para ayudar con las necesidades cotidianas y culturales, como las que necesitan los padres para cuidar a sus hijos, llama la atención

a la importancia de abordar las necesidades de los padres y las familias (González et al., 2019). Sería sumamente útil investigar el efecto que tiene esta problemática en las vidas de los padres chilenos, quienes forman una base indispensable del desarrollo de la próxima generación del país, y cómo interactúa con el contexto social actual. Indica una inversión en el futuro de Chile ofrecer recursos exitosos para la salud mental dirigido a estos padres específicamente.

Entonces, a través de una investigación cualitativa y exploratoria, se intenta responder a la siguiente pregunta y realizar los siguientes objetivos:

- ¿Cómo siguen el modelo de la salud mental comunitaria los recursos de salud mental para las familias en Valparaíso y cuál efecto ha tenido esta relación en el movimiento actual en Chile?
- Establecer una definición de salud mental comunitaria
- Conocer cómo funcionan las organizaciones de salud mental en la ciudad
- Entender el papel que tiene la situación política con respecto a esta definición y lo que hacen estas organizaciones



## MARCO CONCEPTUAL

Para empezar, se ofrece un resumen histórico sobre las metas del sistema de salud mental comunitaria para acercarse a una definición clara de la salud mental comunitaria que se puede comparar con lo que realmente sucede en Chile actual. En los años 1990, el sistema de salud experimentó cambios estructurales debido a la necesidad de acomodar las nuevas características y necesidades de la población. Estos cambios incluyen “la descentralización, la coordinación intersectorial, y la priorización de los problemas de salud” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 150). Además, se reemplazó el modelo biomédico por el modelo biopsicosocial. Este modelo se centra de “la salud de la población” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 150), lo que es el producto de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, haciéndose una estrategia integral, en vez de solamente una estrategia que se fija en tratar las enfermedades.

En el año 2000, se publicó el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que también tiene un enfoque biopsicosocial con su implementación de redes de salud mental. Se vinculan las organizaciones comunitarias, ambulatorios y hospitalarios con las de salud mental para formar una red de apoyo. El PNSMP requiere la constitución de equipos multidisciplinarios entre los diferentes niveles de atención: psicológicos, enfermeros, asistentes sociales, terapeutas y matronas, por ejemplo. El PNSMP detalla cuáles trabajos debe tener cada grupo de profesionales en un equipo (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007).

Este plan tiene 7 prioridades: la promoción y prevención en salud mental, los trastornos de salud mental asociados con la violencia (el maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y la represión política en el periodo 1973–1990), los trastornos de hiperactividad y de la atención en niños y adolescentes, la depresión, los trastornos psiquiátricos más importantes (como la esquizofrenia), la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, y el abuso y la dependencia del alcohol y las drogas (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 150). También, quita énfasis al uso de las consultorías, que se centran en el tratamiento de las enfermedades, y enfatiza la promoción de factores protectores en la población, como la intervención comunitaria, recuperación y rehabilitación de diversos tipos. En adición, el PNSMP enfatiza el rol de

las organizaciones locales, y por eso, los establecimientos del sistema tienen administración municipal, por eso, “su conformación variaba de acuerdo con las decisiones locales” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 151). Parece que, con el PNSMP, queda más clara una pauta específica de cómo debe ser la salud mental comunitaria.

En general, hay pocas investigaciones que se tratan del cumplimiento de las acciones propuestas entre estos equipos y para los psicológicos en particular. Además, no había muchas investigaciones tampoco sobre la actividad laboral de los psicólogos en el sector público y como corresponde al PNSMP (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007). Se puede captar este tema efectivamente al presentar la pauta para la salud mental comunitaria y la realidad de su implementación y, después, indagar el papel que tiene con respecto al movimiento social en Chile.

Como ejemplo del tópico, aun en otra ciudad, se puede analizar una investigación previa que compara la pauta del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y cómo se implementa en realidad en la ciudad de Arica. Con respecto al modelo de la salud mental comunitaria, en el Consultorio Remigio Sapundar en Arica, Mario Roco, representante de la organización, explica que es difícil realizar su trabajo porque tiene que tomar en cuenta el contexto de la cultura del área (Oertel, 2008). Podría ocurrir lo mismo en la ciudad de Valparaíso, y podría tener un impacto profundo en la revolución actual que se trata, en parte, de temas que tienen que ver con la relación entre la salud mental y otros temas sociales.

Además, Scharager Goldenberg y Molina Aguayo (2007) representan la implementación del modelo comunitario en comparación con las expectativas al caracterizar el quehacer de los psicólogos en los centros públicos de salud primaria y al analizar el grado en que sus actividades se ajustan a las especificaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Esta investigación enfatiza que, en general, no correspondan mucho las metas para la salud mental comunitaria y lo que pasa en realidad en el país. Los resultados de la investigación sugieren que se dedica más tiempo a consultas e intervenciones individuales que a actividades de prevención o promoción grupales o comunitarias. De hecho, “contrario a lo recomendado en el PNSMP, los psicólogos del nivel de atención primaria del sistema público de salud en

Chile dedicaban la mayor parte de su jornada laboral a actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual, en desmedro de actividades comunitarias dirigidas a fortalecer los factores protectores de la salud mental” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 149). De una manera semejante, la mayoría de los encuestados indicaron que necesitan un plan de estudios que incluya los temas de la psicología clínica y comunitaria, las políticas públicas, y gestión y especificidades de la APS, lo que indica que a los profesionales les interesa tener los recursos para tener una perspectiva comunitaria en su trabajo. Según la pauta del PNSMP, los psicólogos deben hacer cuatro actividades que constituyen intervenciones comunitarias, pero no se hacen con la frecuencia sugerida, especialmente los fuera de APS; de hecho, 76,0% de los encuestados reconocieron que no habían hecho un programa así (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 152).

Entre la población de Chile, hay muchos problemas de salud mental; entonces, no se posible usar el modelo de atención clínica individual debido a la enorme cobertura que requeriría porque las tareas que tienen los psicólogos en los centros requieren toda su jornada laboral, y no les queda suficiente tiempo para realizar actividades preventivas y de protección de la salud entre familias en riesgo o en la comunidad en general. Entonces, hay un “considerable déficit en los recursos humanos que requiere el PNSMP” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 156). Esta investigación representa más evidencia no se siguen la pauta del PNSMP en Chile. Todavía queda oscura el rol del movimiento actual en esta relación.

**CUADRO 3.** Frecuencia de las consultas de salud mental realizadas por los psicólogos en el nivel primario de salud, Chile, diciembre de 2003–noviembre de 2004

Tipo de consulta	De 1 a 5 veces por semana		Algunas veces al mes o nunca	
	%	IC95% <sup>a</sup>	%	IC95% <sup>a</sup>
Evaluación y diagnóstico psicológico	79,9	73,47–86,27	20,1	13,73–26,53
Clasificación de trastornos de salud mental y enfermedades psiquiátricas	62,4	52,77–71,99	37,6	28,01–47,23
Aplicación de técnicas para el desarrollo de habilidades psicosociales	60,1	52,28–67,98	39,3	32,02–47,72
Derivación según el protocolo	48,7	40,85–56,61	51,3	43,39–59,15
Evaluación y diagnóstico psicosocial	30,1	21,86–38,30	69,9	61,70–78,14
Actividades de rehabilitación social	18,8	12,59–25,08	81,2	74,92–87,41
Capacitación sobre las enfermedades psiquiátricas a los pacientes y sus familiares	11,0	5,99–15,94	89,0	84,06–94,01
Actividades de rehabilitación laboral	5,8	2,10–9,59	94,1	90,41–97,90

<sup>a</sup> IC95%: intervalo de confianza de 95%.

**CUADRO 4.** Intervenciones y actividades asociadas de promoción, prevención y tratamiento de salud mental, desarrolladas por los psicólogos en el nivel primario de salud, Chile, diciembre de 2003–noviembre de 2004

Intervenciones y actividades asociadas	De 1 a 5 veces a la semana		Nunca	
	%	IC95% <sup>a</sup>	%	IC95% <sup>a</sup>
<b>Intervenciones psicoterapéuticas</b>				
Individual	93,3	89,36–97,14	1,8	–0,24–3,93
Grupal	55,5	47,59–63,52	15,0	9,31–20,76
Familiar	25,8	18,69–33,01	15,0	9,13–20,80
Pareja	15,4	9,40–21,37	17,5	11,18–23,78
<b>Intervenciones psicosociales grupales</b>				
Desarrollo de habilidades cognitivas y afectivas	55,8	47,89–63,65	14,7	9,12–20,37
Desarrollo de la capacidad de autoayuda	51,6	43,63–59,64	17,0	10,97–23,01
Promoción de la participación de los pacientes en grupos de pacientes	37,2	29,29–45,04	27,0	19,79–34,27
Rehabilitación social	21,6	14,73–28,32	54,2	45,93–62,40
Rehabilitación laboral	4,9	1,33–8,53	78,2	71,29–85,05
<b>Intervención comunitaria</b>				
Intervención comunitaria de prevención	9,2	4,53–13,77	60,8	52,96–68,61
Intervención comunitaria de promoción	7,9	3,56–12,23	63,8	56,09–71,54
Diagnóstico comunitario	3,3	0,42–6,20	83,4	77,45–89,44
Elaboración de programas de intervención comunitaria	2,7	0,06–5,27	76,0	69,09–82,91

<sup>a</sup> IC95%: intervalo de confianza de 95%.

También, Silvia Fuentes ofrece una definición de la salud “integral”, lo que alinea con la definición del PNSMP. La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; sino este concepto incluye una variedad amplia de factores ambientales, sanitarios, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Entonces, se incluye la salud mental como parte crucial de esta concepción multidimensional que se usa para referir “a las dimensiones constitutivas de la salud de las personas, la dimensión que comprende el ámbito de lo psíquico, lo que remite a procesos subjetivos” (Fuentes, 2017, p. 3).

Para complementar el modelo integral de salud, Fuentes describe la “perspectiva crítica” (Fuentes, 2017, p. 4) de la salud mental, lo que se considera la salud como bienestar ligada a la calidad de vida, incluye factores biológicos, psicológicos, sociales, singulares, culturales y históricos. Además, incluye “las capacidades, recursos y estrategias que de modo individual, familiar y colectivo despliegan no solo para afrontar la enfermedad sino para conservar la salud y vivir” (Fuentes, 2017, p. 7). La definición que ofrece Fuentes complementa el tema susodicho de una mirada biopsicosocial.

Se ofrece otra definición del concepto de los recursos comunitarios de salud mental que alinea bien con el concepto que describe Fuentes. Los recursos de salud mental tienen sus orígenes en la perspectiva que las personas con trastornos psicológicos requieren más que medicamentos para vivir en la comunidad. Entonces, fuera del apoyo que puede ofrecer un hospital psiquiátrico, estas personas necesitan tener recursos sociales que vienen de colaboración con varias agencias locales (Patel,

Minas, Cohen, & Prince, 2014), una perspectiva que tiene que ver con el uso de la red de apoyo dentro del PNSMP y la mirada biopsicosocial. Además, como filosofía, estas organizaciones deben ofrecer el cuidado menos restrictivo, lo que significa ofrecer el tratamiento sin obstruir la libertad personal de los pacientes o su estatus/privilegio en la comunidad. Crucialmente, los que reciben este tipo de servicio deben poder trabajar, moverse, y resolver sus asuntos como quieran (Patel et al., 2014). Además, se fija en el papel que tiene la sociedad y sus recursos para apoyar a una persona que está viviendo con desafíos de salud mental. Los autores enfatizan que estos recursos deberían apoyar la libertad social de la gente (Patel et al., 2014), lo que llama la atención a los derechos humanos que tienen los usuarios.

De una manera importante, se vincula esta definición con el derecho a la salud mental para todos los miembros de una comunidad. Según a Cohen, en su presentación de la salud mental comunitaria en el Día Mundial de la salud, la salud mental comunitaria tiene que “reconocer los derechos de ciudadanía de las personas en recuperación” (citado en O’Brien, 2014, p. 9). Entonces, es evidente que esta definición apoya el derecho al acceso a los servicios de salud mental y los derechos sociales que tienen los que usan estos servicios como usuarios. En pocas palabras, es necesario que haya recursos disponibles en la sociedad para mejorar la comunidad entera, no sólo para apoyar a los individuales; idealmente, “todos los miembros participan y tienen el poder de intervenir en las decisiones relativas a la comunidad”, según a Pérez Soto (citado en O’Brien, 2014, p. 11). Este tema es sumamente importante dentro la revolución actual en Chile; con el sistema neoliberal que tiene el país y su priorización del mercantilismo, no apoya la salud mental como derecho el gobierno de Chile. Entonces, tiene sentido que podría tener importancia dentro del movimiento.

A través de este modelo de la Unidad de Salud Mental (2018), se hace más claro exactamente cuáles características deben las organizaciones de salud mental para seguir con esta definición de la salud mental comunitaria, y la definición que se provee compendia las características de las definiciones ya mencionadas, también. Su Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario en Salud Mental se centra en cuatro características: trabajo en red de

prevención/promoción, psicopatología, gestión clínica e inclusión de la persona en la organización y en la sociedad. Además, se presentan las siguientes metas claras que deben apoyar los sistemas comunitarios de salud mental (Unidad de Salud Mental, 2018, p. 32), y se puede usar estas metas como la base de la definición de la salud mental comunitaria que se usará en esta investigación.

1. Vínculo con los demás y las cosas en un campo espacio temporal concreto, histórico, situado, de lugares, contextos y situaciones.
2. Pertenencia, identidad, protección, seguridad, afecto, valoración, reconocimiento, apoyo, compenetración personal.
3. Esquemas intencionales fijadores de sentido de sus actuaciones.
4. Sistemas de posibilidades para sus procesos de personalización y autoconfiguración.
5. Un campo concreto de rutinas, de usos y costumbres, saberes y valores.
6. Un campo práctico de convivencia con los demás, donde se vivencia y experimenta lo común y donde se participa en una comunidad.
7. Diversidad

## METODOLOGÍA

Se realizó esta investigación con una paradigma cualitativa y exploratoria. Entonces, se investiga este tópico a través de conversaciones, observaciones, y con lecturas durante el mes de noviembre, 2019. Como primer paso, era importante reconocer e identificar unas organizaciones y profesionales y su trabajo con respecto a la falta de recursos adecuados de salud mental. Con investigación en la Red y conversaciones con Miriam Rojo, se identificó organizaciones que son recursos de la salud mental comunitaria. Como fuentes, se usan entrevistas formales con Nicolás Fuster, Director Alterno del Centro de Estudios Interdisciplinarios en Teoría Social y Subjetividad de la Universidad de Valparaíso y Diego Rivera, Secretario Académico de CEI-TESyS, también. En adición, se llevó cabo una entrevista con una Trabajadora Social y encargada del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud de Valparaíso. Se documentaron unas observaciones sobre el ambiente de PRAIS, también.

Además, se documentaron observaciones como producto de asistir el Cabildo Abierto – Salud Primaria y Nueva Constitución en COLMED Viña del Mar y el Conversatorio Popular Mental y Física. Se obtuvieron algunos datos sobre el tópico a través de participar en las conversaciones y presentaciones de estos dos eventos. Estas conversaciones son útiles para establecer la relevancia de estos temas en el contexto de Chile actual. Como metodología, se usará trabajo de campo como entrevistas con los profesionales y asistencia a eventos comunitarios además de hacer investigación académica. Por fin, para conocer las investigaciones que se tratan de la salud mental comunitaria en Chile, se analizó una variedad de investigaciones científicas, informes estatales, e investigaciones de estudiantes anteriores. Este proceso sirve, también, para identificar las brechas en las investigaciones publicadas para que se pueda considerar cómo se puede abordar estos temas en la investigación en cuestión.

Para analizar los resultados de esta investigación, se transcribieron las conversaciones y se separan en función de sus fuentes distintos. De cada entrevista, se resumieron los temas centrales y cómo se relacionan con el marco conceptual que se desarrolló de la salud mental comunitaria.

Es increíble y masivo la revolución social actual que esta pasando en Chile. Al mismo tiempo, sin embargo, se limita esta investigación que es un poco difícil encontrar profesionales dispuestos a conversar porque muchas de las organizaciones comunitarias están en paro. Específicamente, fue difícil acercarse al tema de la familias y niños, una población que queda sin mucha investigación con respecto a este tema. Sin embargo, con el tamaño masivo del movimiento, se puede hacer entrevistas con profesionales con mucha pasión por la justicia social con muchas perspectivas bien desarrolladas sobre el modelo ideal de la salud mental comunitaria, su implementación, y cómo afecta el movimiento. Por supuesto, estos profesionales se encuentran haciendo un trabajo sumamente importante en la oficina y también manifestarse en las calles en las semanas pasadas. Entonces, tiene sentido clara y buena que las organizaciones han estado en paro.



## RESULTADOS

Se describe el papel que tiene cada profesional con respecto a la salud mental comunitaria y la revolución actual en Chile. Al usar las entrevistas y presentaciones de cada persona, se presentan sus ideas sobre el modelo ideal de la salud mental comunitaria y su implementación en este contexto único de Chile actual.

### **Entrevista con Diego Rivera López, Profesor de CEI-TESSYS de la Universidad de Valparaíso, el 28 de noviembre**

Diego Rivera López, profesor de CEI-TESSyS de la Universidad de Valparaíso, tiene licencia en la sociología y magister en filosofía; se fija en la subjetivación política, los estudios culturales, a el neoliberalismo como sus líneas de investigación, lo que le permite contribuir a esta investigación con una perspectiva sobre el modelo de salud mental comunitaria desde una mirada de la cultura y la sociología y con ciertas ideas sobre la influencia de su implementación en el ambiente político de Chile.

De una manera que alinea bien con el paradigma de la investigación, Rivera López distingue entre lo que se esperaría de la salud mental comunitaria y lo que pasa en realidad. En práctica, con CESFAM y APS, se depende en la gestión, y tienen un enfoque que se centra en el individuo. Además, las organizaciones así existen en municipalidades, cada con recursos variables; entonces, algunas no tienen los recursos que necesitan, y algunas sí. Por otro lado, según a Rivera López, se esperaría un enfoque territorial en que se toma en consideración “¿Cómo es el espacio socio-estructuralmente?” (Rivera López, Noviembre 28, 2019) para modificar los recursos que existen al conocer las necesidades del área. Rivera López se pregunta cuál es el propósito de tener municipalidades si no se analizan así.

Como el modelo establecido de la salud mental comunitaria, Rivera López reconoce el papel que tienen los factores sociales y estructurales en la salud mental. Por ejemplo, conoce el papel que tienen estos factores en cómo se interpretan la salud mental dentro de una comunidad. Con respecto a la religión, algunas personas no creen en ciertos tratamientos o prácticas. Entonces, se necesario que toman en cuenta estos conceptos las organizaciones de la salud mental comunitaria en diseñar el tratamiento mejor para sus usuarios.

Diego Rivera López profundizó exactamente de cuáles maneras las organizaciones de salud mental comunitaria no cumplen con el modelo de salud mental comunitaria. En general, existe la despolitización de la salud mental; las organizaciones suelen usar un enfoque clínico y no parecen reconocer los factores sociales que influyen los trastornos y como se tratan. Para Rivera López y con el modelo establecido, también es crucial reconocer los factores estructurales que pueden contribuir a los trastornos psicológicos, lo que no toman en cuenta las fichas clínicas y el Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales.

Además, el modelo que se establece en esta investigación incluye reconocimiento de la diversidad entre los usuarios. Sin embargo, Rivera López afirmó que hay discriminación para los haitianos en el tratamiento; se enfrentan con bajo respeto de los profesionales porque se asocia el color de piel con la clase social. Además, no tienen en cuenta la diversidad sexual las organizaciones de salud mental comunitaria, lo que tiene que ver con la falta de política pública que se trata de este asunto. En adición, para Rivera López, parece que las organizaciones no toman en cuenta los derechos de sus usuarios. En práctica, se refieren a los “usuarios” en vez de los “pacientes” para enfatizar la autonomía de ellos, pero de una manera consistente se prioriza la meritocracia sobre los derechos de los que usan estos servicios. Muchas veces, se encierran las publicaciones de la psicología de la población en general, lo que los roba del conocimiento actual sobre la salud mental, también. Esto constituye otra manera en que no se implementa el modelo descrito de la salud mental comunitaria, lo que debe apoyar los derechos de los usuarios como usuarios y en la sociedad en general. En práctica, no se implementa muy bien el modelo descrito ni un modelo territorial, como lo que sugiere Rivera López, en las organizaciones en Valparaíso; según a Rivera López, es común que los que usan una organización no viven cerca. Entonces, aunque existe algún tipo de intervención comunitaria como parte de una organización, es difícil llevar a cabo.

Para acercarse al papel de la salud mental en el movimiento social en Chile, según la perspectiva de Rivera López, no se habla mucho de la salud mental dentro del movimiento. Está presente en la Red, pero dentro de las familias no es así. Sin embargo, el tema de la salud mental es muy presente en los asuntos centrales de la

gente. Se relacionan, por ejemplo, asuntos sociales con la falta de salud mental; un dicho común en el movimiento es “no es depresión; es capitalismo” (Rivera López, Noviembre 28, 2019). Hay reconocimiento, además, de las prioridades injustas del estado; pero ejemplo, actualmente se ha aumentado los fondos que recibe la defensa, pero no se han aumentado los fondos de la salud mental, aunque la gente chilena reconoce que viven una existencia en vez de una vida llena de esperanza y satisfacción.

Los saqueos se pueden ubicar con los factores sociales que se necesitan considerar con respeto al tratamiento de la enfermedad mental. Según a Rivera López, se rompen porque no sienten parte de la comunidad y experimentan un “malestar constituyente” (Rivera López, Noviembre 28, 2019) que tiene raíces en derechos humanos que el estado contradice. La gente “entiende sus propios relatos” (Rivera López, Noviembre 28, 2019) y conoce las organizaciones en su comunidad, lo que puede facilitar la creación de un sistema territorial de la salud mental que fortalece un sentido tejido dentro de una comunidad.

En pocas palabras, Diego Rivera López establece la importancia de un enfoque territorial para que las municipalidades no limiten los recursos que tienen las organizaciones y, por eso, pueden “adaptar a la necesidad de cada espacio” (Rivera López, Noviembre 28, 2019). El concepto de malestar es territorial, y por eso, la solución tiene que ser territorial, también.

### **Entrevista con Carmen Escobar, Trabajadora Social de PRAIS, el 28 de noviembre**

Carmen Escobar, Trabajadora Social de PRAIS, ofrece una perspectiva única porque su línea de trabajo requiere que trabaje con gente de una manera personal en una organización de salud mental comunitaria y que participe en el movimiento actual en Chile, lo que le deja ofrecer ciertos pensamientos sobre su relación. Además, ella encuentra día a día los obstáculos dentro el sistema de salud mental en implementar su modelo de salud mental comunitaria, lo que parece mucho al modelo establecido en esta investigación.

A través de esta conversación, Carmen Escobar elabora el modelo de la salud mental comunitaria que usa PRAIS, lo que alinea bien con el modelo que se estableció anteriormente. PRAIS se estableció para “superar el trauma” (Escobar, Noviembre 28,

2019) de los que sufrieron violaciones de los derechos humanos durante la dictadura de Pinochet entre 1973 y 1990. PRAIS usa redes asistenciales para acercarse a la atención integral, también. Las redes incluyen profesionales de la salud física y la justicia para apoyar a los usuarios en un contexto social amplio.

A través de la observación entre el edificio de PRAIS, se puede entender su visión y como se entiende el modelo de salud mental comunitaria a través de un cartel puesto en la oficina. Su modelo aliena con el modelo establecido anteriormente en esta investigación, específicamente con la importancia del respeto para los derechos humanos. PRAIS apoya los derechos sociales de sus usuarios dentro de la organización y en la comunidad en general: “Adquieren el derecho a organizarse y cooperar con el equipo PRAIS en la difusión del Programa y en la promoción de respeto a los derechos humanos. Adquieren el derecho de organizarse y participar en los consejos de participación que la ley de Autoridad Sanitaria crea, tanto en los establecimientos como a nivel de la red y secretaria regional” (Servicio de Salud, 2019).

Escobar establece la relación directa entre la historia de Chile, y la dictadura específicamente, y los asuntos abordados en el movimiento actual porque ha sido injusticia profunda en el país desde 1973, según a Escobar. Ella menciona el dicho común, “No es 30 pesos; es 30 años” (Escobar, Noviembre 28, 2019). Lo que esta pasando hoy en día representa el “cumulo de una rabia contenida” (Escobar, Noviembre 28, 2019) por la injusticia en las pensiones, la educación, el seguro medico, las violaciones de los derechos humanos ciudadanos perpetuadas por las políticas y la policía.

Escobar, también, estableció la diferencia entre los efectos del movimiento en los usuarios de PRAIS y en la población en general. Con respecto a los que atiende PRAIS, es común experimentar el “retro humanitación” (Escobar, Noviembre 28, 2019) en que se interpretan los eventos actuales como una segunda dictadura. Entonces, según a Escobar, es común que no quieren salir de sus casas y, por eso, tienen deterioro físico y trastorno psicológico, lo que representa la intersección del contexto social y la atención de salud mental.

Finalmente, Escobar establece las debilidades del sistema de la salud mental comunitaria en Valparaíso y cómo va limitando lo que puede hacer PRAIS con su

modelo. En turno, este hecho la atrae a participar en las manifestaciones y aun hacer una propuesta al Congreso de una nueva ley de la salud mental integral; según a Olivares, “este programa es muy crítico” (Escobar, Noviembre 28, 2019) del sistema. Según a Escobar, las políticas públicas no permiten la asignación de fondos suficientes a PRAIS para hacer lo que necesita hacer; siente que “PRAIS está atrapado” (Escobar, Noviembre 28, 2019) dentro de estas políticas dañosas. PRAIS ha creado un “Plan de Contingencia” para aumentar la ancha de sus redes asistencial y mejorar la implementación de la salud mental comunitaria en Valparaíso, pero nunca han sido escuchados por el estado. Estas políticas se centran en el capitalismo y la mercancía y no se ofrecen sueldos suficientes a los profesionales. Además, el sistema no apoya la atención de salud mental integral que apoya la persona entera dentro de una variedad de contextos sociales. Valparaíso se acerca a la salud mental desde una mirada psiquiátrica; “...se trata la persona como un enfermo” (Escobar, Noviembre 28, 2019).

Por estas razones, PRAIS esta presente en la revolución actual. PRAIS empezó la terapia colectiva para sus usuarios que se han manifestado. La Red Asistencial sirve para proteger sus derechos y hacer un registro de los que han participado.

**Christian Viera, Abogado y Doctor en Derecho, Cabildo Abierto Salud Primaria y Nueva Constitución de COLMED en Viña del Mar, el 15 de noviembre**

Christian Viera trabaja como abogado y tiene experiencia estudiar la salud y cómo se relaciona con los derechos humanos. Esta perspectiva le deja ofrecer ciertos pensamientos que tienen que ver con el movimiento y el modelo de la salud mental comunitaria y cómo reflejan derechos conseguidos por los chilenos.

“La ley tenemos que empujar con las protestas” (Viera, Noviembre 15, 2019), lo que refleja el rol del movimiento actual en corregir las violaciones de los derechos humanos dentro del sistema de la salud. Él afirmó que, si la gente se convence que es posible generar los cambios necesarios, la participación ciudadana, con solidaridad y la protección de los espacios comunes, puede tener un efecto profundo en las prácticas en el sistema. Además, se necesita incorporar los intereses que afectan la salud en las políticas de diversos tipos. En relación con este tema del movimiento actual en Chile, lo que incluye la lucha a la justicia dentro del sistema de salud, se ha desarrollado una consciencia colectiva.

## **Suyen Quezada, Conversatorio Popular Mental y Física, el 15 de noviembre**

Suyen Quezada tiene magister en psicología integrativa y es una educadora de párvulos. Entonces, Quezada tiene un entendimiento profundo sobre los impactos en la vida diaria de familias y niños el movimiento actual en Chile, lo que tiene que ver con los recursos de salud mental que se ofrecen en Chile para apoyar a la gente en momentos así.

Durante este conversatorio, se estableció que muchos chilenos profesionales, quienes trabajan dentro del sistema de la salud mental, sienten una responsabilidad personal en sus vidas diarias para luchar; cada día se hace una “acción política” (Quezada, Noviembre 15, 2019) cuando expresan las exigencias que vienen de las insuficiencias del sistema. También se refleja a través de este conversatorio el papel que tiene las manifestaciones en Chile actual en representar los asuntos que encuentra la gente chilena. Sin embargo, no se trató muy específicamente de las organizaciones de salud mental comunitaria y su implementación del modelo este conversatorio; sino, se centraba mas en los efectos psicológicos del movimiento en los chilenos. Sin embargo, se puede extraer el sentido de la enormidad y universalidad de la revolución contemporánea; entonces, tiene sentido que reflejaría los asuntos centrales que afectan la salud mental de la gente chilena. Además, este conservatorio enfatiza la responsabilidad que siente la gente para cambiar la injusticia a través de las manifestaciones.

## CONCLUSIONES

Para comenzar, se hizo la investigación con los siguientes objetivos:

- Establecer una definición de salud mental comunitaria
- Conocer cómo funcionan las organizaciones de salud mental en la ciudad
- Entender el papel que tiene la situación política con respecto a esta definición y lo que hacen estas organizaciones

Se cumplió estos objetivos con detalle y profundidad, y se puede dividir los resultados según estas metas establecidas.

En combinación, los resultados de las entrevistas, el cabildo, y el conversatorio sugieren ciertos temas centrales sobre la relación investigada. Con respecto a como funcionan las organizaciones de salud mental comunitaria en Valparaíso en realidad, se estableció el enfoque clínico y en el individuo fuera de los contextos sociales. En adición, hay alta discriminación dentro de este sistema, y muchas veces no se consideran los derechos sociales de los usuarios, con respecto al conocimiento universal sobre los conceptos psicológicos. Además, se añadió que estas organizaciones funcionan dentro de distintas municipalidades que tienen recursos muy variables, y las privadas suelen tener más. En general, no hay fondos y sueldos bajos dentro del sistema porque se prioriza el mercantilismo. No se mencionó la implementación de las medidas de prevención o intervención.

Se estableció una definición del modelo de la salud comunitaria, lo que corresponde mucho con lo que se estableció a los principios de la investigación a través de las lecturas mencionadas. Este modelo se caracteriza por una mirada territorial que considera una variedad de factores sociales y estructurales, o la asistencia integral. Se ve la salud como derecho y trata de fortalecer los derechos sociales de los usuarios.

Después de todo, parece que la brecha entre el modelo y su implementación tiene un papel dentro del movimiento actual, pero es importante tener en mente la anchura profunda del movimiento y sus asuntos centrales porque representa la manifestación de resistencia a varias injusticias sociales. El mismo tiempo, sin embargo, es presente el asunto de la salud mental comunitaria y la falta de fondos que recibe el sistema. También, se puede decir que los saqueos representan un “malestar

constituyente”, según a Diego Rivera López. Los profesionales, eligen participar en el movimiento en apoyar sus usuarios por su trabajo, se manifiestan en las calles, o empujan las leyes formales, y para los profesionales y la población en general igual, existe un sentido de responsabilidad participar en la revolución social chilena actual.

Después de llevar a cabo esta investigación, se puede hacer unas recomendaciones de la implementación del PNSMP, el Cabildo Abierto Salud Primaria y Nueva Constitución, y las dos entrevistas:

- Se debe considerar el multi-culturalismo en salud
- Se debe usar un mecanismo de financiamiento para apoyar la pauta del PNSMP (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007).
- “Se necesitan acciones de prevención y promoción de la salud, basadas en estrategias esencialmente grupales y comunitarias” (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007, p. 155).
- La educación de los profesionales debe incluir información sobre el sistema de salud mental y intervenciones psicosociales y comunitarias (Scharager Goldenberg & Molina Aguayo, 2007).
- Se debe establecer alianzas, como las redes de PRAIS, entre las organizaciones de salud mental comunitaria y otras organizaciones en la comunidad que apoyan los derechos sociales de los usuarios y otros profesionales como los pediátricos, kinesiólogos, y geriatras.
- Para fortalecer el relato territorial, tiene que conseguir y fortalecer un objetivo común, piensa en “la persona con quien estas tocando la cacerola”. El Movimiento Feminista es fuerte, por ejemplo, porque se empezó desde los sentidos y esta “disputando la forma en que se relacionan”, según a Diego Rivera López. Este concepto de solidaridad fue presente, también, entre las Pobladoras en la edad de la dictadura de Pinochet con las ollas comunes entre estos grupos. El modelo de PRAIS, también, se centra en esta idea de ayuda otro a otro.

Después de esta investigación, quedan ciertas preguntas a las que no se respondieron o de que no se trataba esta investigación en particular:



- ¿Qué es son unas maneras efectivas en que puede contribuir la gente chilena al movimiento actual? ¿Y los con discapacidades o enfermedades mentales?
- ¿Cómo siguen otras organizaciones el modelo establecido de salud mental comunitaria? Se puede usar observación y compararla con el modelo que tiene la organización y el modelo establecido dentro de esta investigación.
- ¿Para un miembro de la población en general, que papel tiene la salud mental comunitaria dentro del movimiento actual?
- ¿Hay algunas instancias en que es mas importante tomar en cuenta el modelo comunitario con los pacientes que otros?
- ¿Hay otras organizaciones que usan la Red Asistencial? ¿Cómo la usan?
- ¿Cuál papel tiene la intervención en el modelo de la salud mental comunitaria y su implementación?

## BIBLIOGRAFÍA

- Fuentes, S. (2017). Salud mental y vulnerabilidad. Recuperado de <http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/salud-mental-y-vulnerabilidad>.
- González, C., Larrondo, P., & Alvarado, R. (2019). Improving the public mental healthcare in Chile: Towards a mental health law – world federation for mental health. Retrieved from <https://wfmh.global/improving-the-public-mental-healthcare-in-chile-towards-a-mental-health-law/>.
- O'Brien, C. (2014). La psiquiatría comunitaria en la Corporación Bresky. *SIT: Identidad Cultural, Justicia Social, y Desarrollo Comunitario*, 1-24.
- Oertel, C. (2008). La Red de Salud Mental en el Sistema Público: Su Funcionamiento en el Caso de Arica. *SIT: Identidad Cultural, Justicia Social, y Desarrollo Comunitario*, 1-35.
- Patel, V., Minas, H., Cohen, A., & Prince, M. (Eds.). (2014). *Global mental health: Principles and practice*. [Google Books version]. [https://books.google.cl/books/about/Global\\_Mental\\_Health.html?id=2VwGAQAQBA&rintsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&=false](https://books.google.cl/books/about/Global_Mental_Health.html?id=2VwGAQAQBA&rintsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&=false)
- Scharager Goldenberg J. & Molina Aguayo M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica* 22(3), 149–159.
- Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. (2019). *¿Qué es el programa PRAIS?* Valparaíso, Chile: Ministerio de Salud.
- Unidad de Salud Mental División de Gestión de la Red Asistencial. (2018). *Modelo de gestión centro de salud mental comunitaria* (1-287). Santiago, Chile: Ministerio de Salud.

## Participantes

Entrevista con Diego Rivera López, Profesor de CEI-TESYS de la Universidad de Valparaíso, el 28 de noviembre

Entrevista con Carmen Escobar, Trabajadora Social de PRAIS, el 28 de noviembre

Cabildo Abierto Salud Primaria y Nueva Constitución de COLMED en Viña del Mar, el 15 de noviembre

Conversatorio Popular Mental y Física, el 15 de noviembre

## ANEXO

**CUADRO 3.** Frecuencia de las consultas de salud mental realizadas por los psicólogos en el nivel primario de salud, Chile, diciembre de 2003–noviembre de 2004

Tipo de consulta	De 1 a 5 veces por semana		Algunas veces al mes o nunca	
	%	IC95% <sup>a</sup>	%	IC95% <sup>a</sup>
Evaluación y diagnóstico psicológico	79,9	73,47–86,27	20,1	13,73–26,53
Clasificación de trastornos de salud mental y enfermedades psiquiátricas	62,4	52,77–71,99	37,6	28,01–47,23
Aplicación de técnicas para el desarrollo de habilidades psicosociales	60,1	52,28–67,98	39,3	32,02–47,72
Derivación según el protocolo	48,7	40,85–56,61	51,3	43,39–59,15
Evaluación y diagnóstico psicosocial	30,1	21,86–38,30	69,9	61,70–78,14
Capacitación sobre las enfermedades psiquiátricas a los pacientes y sus familiares	18,8	12,59–25,08	81,2	74,92–87,41
Actividades de rehabilitación laboral	11,0	5,99–15,94	89,0	84,06–94,01
Actividades de rehabilitación laboral	5,8	2,10–9,59	94,1	90,41–97,90

<sup>a</sup> IC95%: intervalo de confianza de 95%.

PAGINA 11

**CUADRO 4.** Intervenciones y actividades asociadas de promoción, prevención y tratamiento de salud mental, desarrolladas por los psicólogos en el nivel primario de salud, Chile, diciembre de 2003–noviembre de 2004

Intervenciones y actividades asociadas	De 1 a 5 veces a la semana		Nunca	
	%	IC95% <sup>a</sup>	%	IC95% <sup>a</sup>
<b>Intervenciones psicoterapéuticas</b>				
Individual	93,3	89,36–97,14	1,8	–0,24–3,93
Grupal	55,5	47,59–63,52	15,0	9,31–20,76
Familiar	25,8	18,69–33,01	15,0	9,13–20,80
Pareja	15,4	9,40–21,37	17,5	11,18–23,78
<b>Intervenciones psicosociales grupales</b>				
Desarrollo de habilidades cognitivas y afectivas	55,8	47,89–63,65	14,7	9,12–20,37
Desarrollo de la capacidad de autoayuda	51,6	43,63–59,64	17,0	10,97–23,01
Promoción de la participación de los pacientes en grupos de pacientes	37,2	29,29–45,04	27,0	19,79–34,27
Rehabilitación social	21,6	14,73–28,32	54,2	45,93–62,40
Rehabilitación laboral	4,9	1,33–8,53	78,2	71,29–85,05
<b>Intervención comunitaria</b>				
Intervención comunitaria de prevención	9,2	4,53–13,77	60,8	52,96–68,61
Intervención comunitaria de promoción	7,9	3,56–12,23	63,8	56,09–71,54
Diagnóstico comunitario	3,3	0,42–6,20	83,4	77,45–89,44
Elaboración de programas de intervención comunitaria	2,7	0,06–5,27	76,0	69,09–82,91

<sup>a</sup> IC95%: intervalo de confianza de 95%.

PAGINA 12

PNSMP = Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría